



การพัฒนาแบบวัดอัตลักษณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการ
สุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้โมเดลโค้งพัฒนาการที่มี
ตัวแปรแฝง



สุปราณี หมั่นยา

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรการศึกษาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาวิจัยและประเมินผลการศึกษา
ปีการศึกษา 2563
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

การพัฒนาแบบวัดอัตลักษณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการ
สุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้โมเดลโค้งพัฒนาการที่มี
ตัวแปรแฝง



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรการศึกษาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาวิจัยและประเมินผลการศึกษา
ปีการศึกษา 2563
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนาแบบวัดอัตลักษณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การ
บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัว
แปรแฝง"

ของ สุปราณี หมื่นยา

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
การศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยและประเมินผลการศึกษา

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์ ดร.เทียมจันทร์ พานิชย์พลินไชย)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปกรณ์ ประจันบาน)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชำนาญ ปาณาวงษ์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายฝน วิบูลรังสรรค์)

อนุมัติ

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล มุณีสว่าง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

| | |
|------------------------|--|
| ชื่อเรื่อง | การพัฒนาแบบวัดอัตลักษณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง |
| ผู้วิจัย | สุปราณี หมื่นยา |
| ประธานที่ปรึกษา | รองศาสตราจารย์ ดร. ปกรณ์ ประจันบาน |
| ประเภทสารนิพนธ์ | วิทยานิพนธ์ กศ.ด. สาขาวิชาวิจัยและประเมินผลการศึกษา, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2563 |
| คำสำคัญ | อัตลักษณ์, การบริการสุขภาพ, หัวใจความเป็นมนุษย์, โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง |

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนาแบบวัดและเกณฑ์ปกติของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล และ 2) เพื่อศึกษาพัฒนาการและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 1,500 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ มัชยฐาน พิสัย ควอไทล์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์การกระจาย ความเบ้ ความโด่ง เพอร์เซ็นต์ไทล์ คะแนนมาตรฐานที่แบบแจกแจงปกติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และการวิเคราะห์โค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows, โปรแกรม Microsoft Office Excel และโปรแกรม M plus

ผลการวิจัย พบว่า

1. อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก 7 องค์ประกอบย่อย 75 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) องค์ประกอบหลักด้านจิตบริการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย คือ องค์ประกอบย่อยที่ 1 ด้านคุณภาพการพยาบาล

แบบองค์รวม (Quality of Holistic Nursing) จำนวน 6 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบย่อยที่ 2 ด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทร (Caring) จำนวน 6 ตัวบ่งชี้ และองค์ประกอบย่อยที่ 3 ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล (Code of Ethics in Nursing) จำนวน 15 ตัวบ่งชี้ รวมทั้งหมด 27 ตัวบ่งชี้ 2) องค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบย่อย คือ องค์ประกอบย่อยที่ 1 ด้านทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking Skills) จำนวน 10 ตัวบ่งชี้ และองค์ประกอบย่อยที่ 2 ด้านคุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking Attributes) จำนวน 7 ตัวบ่งชี้ รวมทั้งหมด 17 ตัวบ่งชี้ 3) องค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบย่อย คือ องค์ประกอบย่อยที่ 1 ด้านการส่งเสริมการดูแลตนเอง (Self-Care Promotion) จำนวน 20 ตัวบ่งชี้ และองค์ประกอบย่อยที่ 2 ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Patient Advocacy) จำนวน 11 ตัวบ่งชี้ รวมทั้งหมด 31 ตัวบ่งชี้

2. แบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลมีลักษณะเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ จำนวน 75 ข้อ ให้คะแนนข้อละ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 375 คะแนน ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ พบว่า ข้อคำถามมีความตรงเชิงเนื้อหาทุกข้อ มีค่าอำนาจจำแนก ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ และมีความเที่ยง เท่ากับ 0.991 แบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และมีความตรงเชิงโครงสร้าง ($\text{Chi-Square} = 1424.646$, $\text{df} = 1343$, $\text{p-value} = 0.0597$ $\text{CFI} = 0.999$, $\text{RMSEA} = 0.006$ และ $\text{SRMR} = 0.027$)

3. เกณฑ์ปกติในการแบ่งระดับอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล จำแนกออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในระดับสูง มีคะแนนดิบตั้งแต่ 351 คะแนนขึ้นไป มีช่วงคะแนนเปอร์เซ็นต์ไทล์ 75.00 ขึ้นไป อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในระดับค่อนข้างสูง มีคะแนนดิบตั้งแต่ 320-350 คะแนน มีช่วงคะแนนเปอร์เซ็นต์ไทล์ 50.00-74.99 อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในระดับค่อนข้างสูง มีคะแนนดิบตั้งแต่ 300-319 คะแนน มีช่วงคะแนนเปอร์เซ็นต์ไทล์ 25.00-49.99 และอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในระดับต่ำ มีคะแนนดิบน้อยกว่า 299 คะแนน มีช่วงคะแนนเปอร์เซ็นต์ไทล์ น้อยกว่า 25.00

4. โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยค่าเฉลี่ย อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลเมื่อเริ่มต้น

มีค่าเป็น 4.261 และมีค่าเฉลี่ยอัตราพัฒนาการในทางบวกหรือเพิ่มขึ้นตลอดช่วงเวลาการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลจากการวัดครั้งที่ 1 ถึงการวัดครั้งที่ 4 ด้วยอัตราพัฒนาการ 0.088

5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ในการวัดซ้ำจำนวน 4 ครั้ง คือ เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลและความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาด้วยกัน



| | |
|-----------------------|--|
| Title | DEVELOPMENT OF THE IDENTITY TEST AND FACTORS AFFECTING THE GROWTH OF HUMANIZE HEALTH CARE IDENTITY OF NURSING STUDENTS USING THE LATENT GROWTH CURVE MODEL |
| Author | SUPRANEE MUENYA |
| Advisor | Associate Professor Professor Pakorn Prachanban |
| Academic Paper | Thesis Ph.D. in Educational Research and Evaluation - (Type 2.1), Naresuan University, 2020 |
| Keywords | Identity, Healthcare, Humanize, The latent growth curve model |

ABSTRACT

The main purpose of this research is 1) to develop the humanize health care identity scale and norm of nursing students, and 2) to study growth of humanize health care identity and to determine the effect of hypothesized covariates on growth of humanize health care identity of nursing students. The sample of the study consisted was 1,500 nursing students in nursing colleges under the jurisdiction of Institute of Praboromarajchanok, Ministry of Public Health who were selected by using multistage random sampling. The research instrument was the questionnaire is factors affecting the growth of humanize health care identity of nursing students. The data were analyzed by using median, interquartile, range, mean, standard deviation, coefficient of variation, skewness, kurtosis, percentile, T-score, correlation coefficient, exploratory factor analysis, confirmatory factor analysis and the latent growth curve model, SPSS for Windows, Microsoft Office Excel, and M-plus were employed for data analysis.

The result revealed that:

1. The humanized health care identify of nursing students composed of three main component and seven sub-components and seventy-five indicators

includes; 1) the main components in service mind had 3 sub-components (27 indicators) namely Quality of Holistic Nursing (6 indicators), Caring (6 indicators) and Code of Ethics in Nursing (15 indicators) 2) the main components in Analytical thinking had 2 sub-components (17 indicators) namely Analytical Thinking Skills (10 indicators) and Analytical Thinking Attributes (7 indicators) 3) the main components in Participation had 2 sub-components (31 indicators) namely Self-Care Promotion (20 indicators) and Patient Advocacy (11 indicators).

2. The humanized health care identify scale of nursing students is a five level scale with 75 items. The score 5 points per item and full score are 375. Regarding the quality of the humanized health care identify scale was found that the questions had content validity and discrimination, Moreover, construct validity of all questions met the criteria. The reliability was 0.991. The humanized health care identify scale of nursing students correlated with empirical data and construct validity (Chi-Square = 1424.646, df = 1343, p-value = 0.0597 CFI = 0.999, RMSEA = 0.006, SRMR = 0.027)

3. The norms for assessing of The humanized health care identify of nursing students can be divided into 4 levels; humanized health care identify at a high level when score was over than 351 point, percentile rank over than 75.00, humanized health care identify at a fairly high level when score was between 320 and 350 points, percentile rank between 50.00 to 74.99, humanized health care identify at a fair level when score was between 300 and 319 points, percentile rank between 25.00 to 49.99 and humanized health care identify at a low level when score was lower than 299, percentile rank lower than 25.00

4. The growth of humanize health care identity of nursing students using the latent growth curve model was fitted with empirical data. The mean intercept and slope were 4.261 and 0.088, respectively, indicate that on average, nursing students had initial humanize health care identity status of 4.261 and steady increase in growth rate of 0.088 over time.

5. The substantial covariate factor effecting on growth of humanize health care identity of nursing students by repeated measurements 4 times were the attitude toward the nursing profession, relationship between students and peer.



ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความเมตตากรุณาอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ปกรณ ประจันบาน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ แก้ไขข้อบกพร่องที่มีประโยชน์ และมีคุณค่ายิ่ง จนวิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์มากขึ้น ผู้วิจัยรู้สึกทราบบ้างและขอกราบขอบพระคุณ ท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่เสียสละเวลาอันมีค่าและได้ให้ความกรุณา ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางอันมีคุณค่าในการพัฒนาเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้จน เสร็จสมบูรณ์

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ในสาขาวิจัยและประเมินผลการศึกษาทุกท่าน ที่ ประสิทธิ์ประสาทความรู้และให้ประสบการณ์ รวมทั้งเป็นกำลังใจให้ตลอดระยะเวลาที่ได้เข้ามาศึกษาใน สถาบันแห่งนี้ และขอขอบพระคุณ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรที่มอบทุนสนับสนุนการ จัดทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการและคณาจารย์วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราช ชนทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการประสานงาน ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัย เป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยใน สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลครั้งนี้เป็นอย่างดี

เหนือสิ่งอื่นใด ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ของผู้วิจัยที่ให้กำลังใจและให้การสนับสนุน ทั้งด้านกำลังใจ กำลังใจ กำลังทรัพย์และกำลังสติปัญญา ด้วยความรัก ความห่วงใย ตลอดจนสนับสนุน ให้ผู้วิจัยได้รับการศึกษาจนถึงระดับดุขภูษิตันนี้ รวมทั้งขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้กำลังใจ และคอยช่วยเหลือซึ่งกันและกันเสมอมา

คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแต่ผู้มี พระคุณทุก ๆ ท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิทยานิพนธ์นี้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการแก่ผู้ที่สนใจ บ้างไม่มากก็น้อย

สุปราณี หมั่นยา

สารบัญ

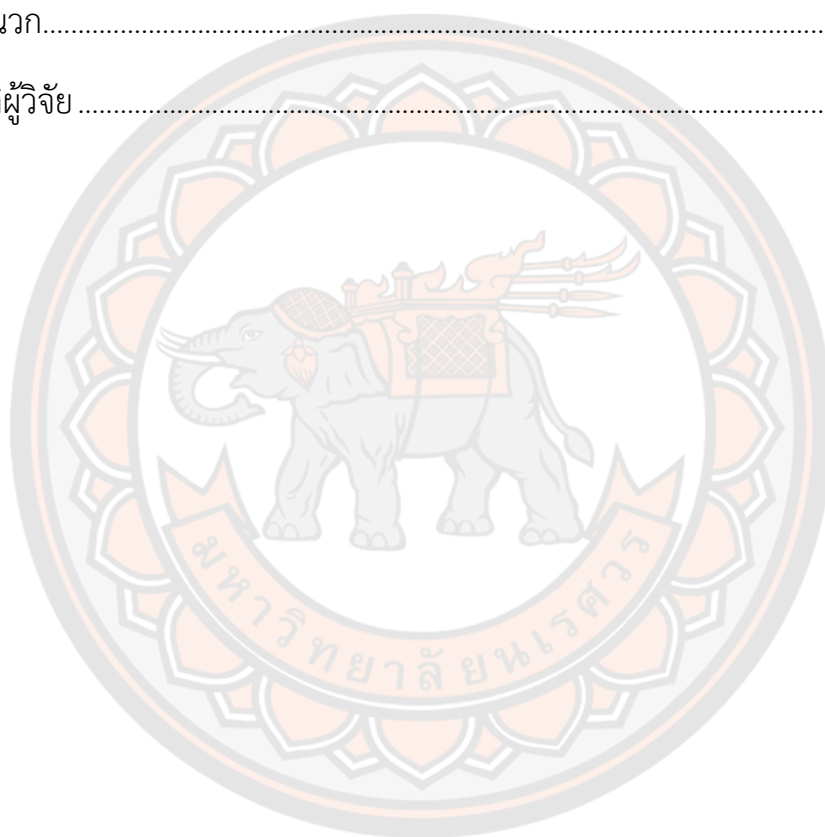
| | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ค |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | ฉ |
| ประกาศคุุณุปการ..... | ฌ |
| สารบัญ..... | ญ |
| สารบัญตาราง..... | ฒ |
| สารบัญภาพ..... | ถ |
| บทที่ 1 บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| คำถามการวิจัย..... | 9 |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... | 9 |
| ความสำคัญของการวิจัย..... | 10 |
| ขอบเขตการวิจัย..... | 11 |
| นิยามศัพท์..... | 14 |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 17 |
| ตอนที่ 1 แนวคิดพื้นฐานอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล..... | 19 |
| 1. ความหมายของอัตลักษณ์..... | 19 |
| 2. ความสำคัญของอัตลักษณ์..... | 20 |
| 3. แนวคิดรูปแบบระบบสังคมสำหรับสถานศึกษา (Social – System Model for School)..... | 21 |

| | |
|--|-----|
| 4. การพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล..... | 23 |
| ตอนที่ 2 แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล (Service mind) | 29 |
| 1. ความหมายของจิตบริการ..... | 29 |
| 2. ความสำคัญของจิตบริการ | 30 |
| 3. แนวคิดเกี่ยวกับจิตบริการ..... | 31 |
| ตอนที่ 3 แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล (Analytical Thinking)..... | 52 |
| 1. ความหมายการคิดวิเคราะห์..... | 52 |
| 2. ความสำคัญของการคิดวิเคราะห์ | 54 |
| 3. แนวคิดเกี่ยวกับการคิดวิเคราะห์..... | 55 |
| 4. องค์ประกอบของการคิดวิเคราะห์..... | 56 |
| 5. ทักษะการคิดวิเคราะห์ | 58 |
| 6. การวัดการคิดวิเคราะห์ | 62 |
| ตอนที่ 4 แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Participation).... | 66 |
| 1. ความหมายของการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ | 66 |
| 2. ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ..... | 66 |
| 3. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ | 68 |
| 4. แนวคิดการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย..... | 83 |
| 5. การวัดการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ..... | 85 |
| ตอนที่ 5 การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)..... | 100 |
| 1. แนวคิดพื้นฐานการศึกษาองค์ประกอบ..... | 100 |
| 2. ความหมายของการวิเคราะห์องค์ประกอบ..... | 101 |

| | | |
|---|--|-----|
| 3. | จุดมุ่งหมายของการวิเคราะห์องค์ประกอบ..... | 102 |
| 4. | รูปแบบของการวิเคราะห์องค์ประกอบ..... | 102 |
| ตอนที่ 6 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) | | |
| | | 103 |
| 1. | วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน..... | 103 |
| 2. | ประโยชน์ของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน..... | 103 |
| 3. | คำศัพท์สำคัญที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน..... | 105 |
| 4. | ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน..... | 107 |
| 5. | ขั้นตอนการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน..... | 108 |
| ตอนที่ 7 มโนทัศน์การวิเคราะห์โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง..... | | 111 |
| 1. | มโนทัศน์เกี่ยวกับการออกแบบการวิจัยเพื่อศึกษาพัฒนาการ..... | 111 |
| 2. | โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง (Latent growth curve models: LGCM) | |
| | | 116 |
| ตอนที่ 8 เกณฑ์ปกติ (Norm)..... | | 120 |
| 1. | ประเภทของเกณฑ์ปกติ..... | 121 |
| 2. | หลักการทางสถิติในการสร้างเกณฑ์ปกติ..... | 122 |
| ตอนที่ 9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล..... | | 123 |
| 1. | เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล..... | 123 |
| 2. | ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา..... | 127 |
| 3. | ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาด้วยกัน..... | 128 |
| ตอนที่ 10 กรอบแนวคิดการวิจัย..... | | 128 |
| 1. | องค์ประกอบอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์..... | 129 |

| | |
|--|-----|
| 2. ตัวแปรที่ส่งผลต่ออัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ . | 134 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... | 135 |
| ตอนที่ 1 การพัฒนาแบบวัดและเกณฑ์ปกติอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล..... | 136 |
| ตอนที่ 2 การศึกษาพัฒนาการและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล..... | 159 |
| จริยธรรมวิจัย..... | 163 |
| บทที่ 4 ผลการวิจัย..... | 164 |
| สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 164 |
| การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 165 |
| ตอนที่ 1 ผลการพัฒนาแบบวัดและเกณฑ์ปกติอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล..... | 166 |
| 1. ผลการพัฒนาองค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล..... | 166 |
| 2. ผลการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล | 187 |
| 3. ผลการพัฒนาเกณฑ์ปกติ (Norm) ของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล | 197 |
| ตอนที่ 2 ผลการศึกษาพัฒนาการและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์ การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล | 202 |
| 1. ผลการสร้างและตรวจสอบโมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล | 202 |
| 2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล | 211 |

| | |
|----------------------|-----|
| บทที่ 5 บทสรุป..... | 216 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 218 |
| อภิปรายผล..... | 223 |
| ข้อเสนอแนะ..... | 231 |
| บรรณานุกรม..... | 233 |
| ภาคผนวก..... | 245 |
| ประวัติผู้วิจัย..... | 297 |



สารบัญตาราง

| | หน้า |
|--|------|
| ตาราง 1 การสังเคราะห์องค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ด้านจิตบริการ..... | 48 |
| ตาราง 2 การสังเคราะห์องค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์..... | 64 |
| ตาราง 3 การสังเคราะห์องค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ..... | 87 |
| ตาราง 4 สรุปตัวบ่งชี้ในแต่ละองค์ประกอบหลัก..... | 97 |
| ตาราง 5 การออกแบบเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาแนวโน้ม (trend study)..... | 112 |
| ตาราง 6 การออกแบบเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาแบบโคฮอร์ต (cohort study)..... | 112 |
| ตาราง 7 การออกแบบเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาแบบบุคคล (panel study)..... | 113 |
| ตาราง 8 การออกแบบเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study)..... | 114 |
| ตาราง 9 การออกแบบเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาเหลื่อมเวลาระยะยาว (sequential study)..... | 115 |
| ตาราง 10 การออกแบบเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาแบบ Time-Lag..... | 116 |
| ตาราง 11 ผลการสังเคราะห์ตัวบ่งชี้ของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล..... | 137 |
| ตาราง 12 ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์..... | 144 |
| ตาราง 13 การปรับปรุงข้อความตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ..... | 146 |
| ตาราง 14 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ จำแนกตามเครือข่าย..... | 149 |

| | |
|--|-----|
| ตาราง 15 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน จำแนกตามเครือข่าย | 153 |
| ตาราง 16 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาพัฒนาการและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล (n = 250) | 160 |
| ตาราง 17 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามเครือข่าย (n = 1,500) | 167 |
| ตาราง 18 ผลการพิจารณาความเหมาะสมของข้อมูล | 169 |
| ตาราง 19 ค่าไอเกน ร้อยละของความแปรปรวนและร้อยละสะสมของความแปรปรวนองค์ประกอบหลักด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล | 171 |
| ตาราง 20 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบหลักด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาลองค์ประกอบย่อยด้านคุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวม | 172 |
| ตาราง 21 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบหลักด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาลองค์ประกอบย่อยด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทร | 173 |
| ตาราง 22 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบหลักด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาลองค์ประกอบย่อยด้านจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล | 173 |
| ตาราง 23 ค่าไอเกน ร้อยละของความแปรปรวนและร้อยละสะสมของความแปรปรวนองค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล | 175 |
| ตาราง 24 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาลองค์ประกอบย่อยด้านทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ | 176 |
| ตาราง 25 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาลองค์ประกอบย่อยด้านคุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์ | 177 |
| ตาราง 26 ค่าไอเกน ร้อยละของความแปรปรวนและร้อยละสะสมของความแปรปรวนองค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ | 179 |

| | |
|---|-----|
| ตาราง 27 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ องค์ประกอบ ย่อยด้านการส่งเสริมการดูแลตนเอง..... | 179 |
| ตาราง 28 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ องค์ประกอบ ย่อย ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย..... | 181 |
| ตาราง 29 ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถาม จำแนกตามองค์ประกอบ (n = 1,500)..... | 188 |
| ตาราง 30 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สามของโมเดลการวัดอัต ลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล..... | 192 |
| ตาราง 31 ผลการวิเคราะห์เกณฑ์ปกติของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล (n=1,500)..... | 198 |
| ตาราง 32 ผลการวิเคราะห์เกณฑ์ปกติ (Norms) เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินผลการวัด อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล (n=250) | 200 |
| ตาราง 33 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 250)..... | 202 |
| ตาราง 34 ค่าสถิติเบื้องต้นของตัวแปรที่มีการวัดซ้ำ จำแนกตามจำนวนครั้งที่วัด..... | 205 |
| ตาราง 35 ผลการทดสอบความเป็น sphericity ของตัวแปรที่มีการวัดซ้ำ..... | 206 |
| ตาราง 36 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของค่าเฉลี่ยตัวแปรที่มีการวัดซ้ำ | 206 |
| ตาราง 37 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรแปรอัตโนมัติ ลักษณะการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลที่ได้จากการวัด แต่ละครั้ง..... | 209 |
| ตาราง 38 ค่าเฉลี่ย และความแปรปรวนของความสามารถเริ่มต้นและอัตราพัฒนาการ ของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล..... | 210 |
| ตาราง 39 เมทริกซ์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม และ ความสัมพันธ์ระหว่างกันของตัวแปรอิสระ..... | 212 |

ตาราง 40 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรอิสระที่ใช้อธิบายพัฒนาการอัตลักษณ์การ
บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลในการวัดครั้งที่ 1..... 213

ตาราง 41 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรอิสระที่ใช้อธิบายพัฒนาการอัตลักษณ์การ
บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลในการวัดครั้งที่ 2..... 213

ตาราง 42 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรอิสระที่ใช้อธิบายพัฒนาการอัตลักษณ์การ
บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลในการวัดครั้งที่ 3..... 214

ตาราง 43 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรอิสระที่ใช้อธิบายพัฒนาการอัตลักษณ์การ
บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลในการวัดครั้งที่ 4..... 214



สารบัญภาพ

| | หน้า |
|---|------|
| ภาพ 1 โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง (Latent growth curve models: LGCM)..... | 117 |
| ภาพ 2 กรอบโมเดลอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา พยาบาล | 133 |
| ภาพ 3 กรอบแนวคิดปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล..... | 134 |
| ภาพ 4 ผลการวิจัยองค์ประกอบหลักด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล | 171 |
| ภาพ 5 ผลการวิจัยองค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล .. | 175 |
| ภาพ 6 ผลการวิจัยองค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ | 178 |
| ภาพ 7 โมเดลการวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา พยาบาล | 196 |
| ภาพ 8 โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความ เป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล..... | 207 |
| ภาพ 9 ผลการวิเคราะห์โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการสุขภาพ ด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล..... | 210 |

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดูแลเป็นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์และการพยาบาลคือศาสตร์แห่งการดูแลมนุษย์ เป้าหมายของการดูแลคือการช่วยเหลือบุคคลให้ค้นพบภาวะดุลยภาพของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ วัฒนธรรมให้มีความสำคัญกับความเป็นมนุษย์ในแง่ของการเคารพในศักดิ์ศรีของทุกคน ให้มีความสำคัญกับประสบการณ์ของบุคคล และเชื่อว่าการพยาบาลคือศิลปะและสุนทรียศาสตร์ (Art, & Aesthetic) (Watson, 2012) การพยาบาลจึงเป็นศาสตร์ที่เกี่ยวกับมนุษย์ ต้องการการเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของคนและตอบสนองความต้องการแบบองค์รวม ซึ่งการดูแลถือเป็นบทบาทและหน้าที่หลักของวิชาชีพพยาบาลที่ต้องปฏิบัติโดยตรงต่อชีวิต สุขภาพและอนามัยของประชาชนด้วยความเอาใจใส่อย่างเอื้ออาทร จำเป็นต้องใช้ศาสตร์ทางการพยาบาล ศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง หลักการและทักษะการปฏิบัติ เพื่อให้การพยาบาลแบบองค์รวมแก่ผู้รับบริการที่เป็นบุคคล ครอบครัว และชุมชนในทุกภาวะสุขภาพ และทุกช่วงวัย ส่งผลให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้ทั้งในภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วย สามารถจัดการและตัดสินใจกับภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม

วิชาชีพพยาบาลมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับชีวิตของมนุษย์ โดยมีการบูรณาการศาสตร์ทางการพยาบาล (Professional meaning) ศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง และการเรียนรู้เกี่ยวกับผู้ใช้บริการ (Client meaning) ในเชิงสังคมวิทยา มานุษยวิทยา มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เรียน ผู้สอน และผู้รับบริการบนพื้นฐานของความเอื้ออาทร ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้จากสภาพจริง (สภาการพยาบาล, 2555) มีหน้าที่ให้บริการสังคมในการดูแลสุขภาพและการเจ็บป่วยของประชาชน ถือว่าเป็นวิชาชีพที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นตลอดเวลา โดยเฉพาะผู้รับบริการ ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยและญาติ ที่มีความแตกต่างของบุคคลและมีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ดังนั้นในการให้บริการสุขภาพแก่บุคคล พยาบาลจึงต้องตระหนักถึงความสำคัญของการทำหน้าที่และให้บริการ โดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วยแต่ละคน หรือเรียกอีกนัยหนึ่งว่า การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งหมายถึง การบริการอย่างเอื้ออาทร มีความรัก ความเมตตาเป็นที่ตั้ง การบริการนั้นจึงจะเกิดผลดีและมีคุณค่าต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในการผลิตบัณฑิตพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องสร้างบัณฑิตให้มีความรู้ ความสามารถและมีเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลในแนวทางที่แสดงถึงความเข้าใจมนุษย์อย่างแท้จริง ซึ่งการจัดการเรียนการสอนในวิชาชีพพยาบาลนั้นต้องมุ่งเน้นให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ มีความปลอดภัยต่อชีวิตของผู้ใช้บริการคำนึงถึง

คุณภาพชีวิตและคุณค่าของชีวิตมนุษย์อย่างเท่าเทียมกัน ทั้งนี้การจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติจะต้องมีความสอดคล้องกัน จึงจะช่วยให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้ภาคทฤษฎีไปใช้ในการปฏิบัติได้ ดังนั้นการเรียนภาคทฤษฎี การเรียนในห้องปฏิบัติการ การพยาบาลในสถานการณ์จำลอง จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะสร้างบัณฑิตให้มีความรู้ มีทักษะทางปัญญา มีความรับผิดชอบ มีทักษะการสื่อสารและสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีทักษะการคิดวิเคราะห์ ตลอดจนปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณธรรมจริยธรรม และยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพ (The High Education Commission, 2008)

สถาบันพระบรมราชชนก เป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่สนับสนุนให้วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดจำนวน 30 แห่ง ทั่วประเทศทำหน้าที่ผลิตบัณฑิตพยาบาลแก่หน่วยงานบริการสุขภาพทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข การจัดการศึกษาพยาบาล เป็นการจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีเป้าหมายเพื่อผลิตบัณฑิตพยาบาล เพื่อให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน สังคมและประเทศชาติ โดยมีอัตลักษณ์ที่สะท้อนผลการจัดการศึกษาที่สอดคล้องกับปรัชญา ปณิธาน วิสัยทัศน์ พันธกิจ และวัตถุประสงค์ของสถานศึกษา สำนักรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (สมศ) ที่ได้กำหนดกลุ่มตัวบ่งชี้อัตลักษณ์/เอกลักษณ์ เป็นตัวบ่งชี้มิติหนึ่งของการประกันคุณภาพภายนอกรอบสาม (พ.ศ. 2554-2558) ของสถาบันการศึกษา การกำหนดอัตลักษณ์ ประกอบด้วย 1) มีความสัมพันธ์กับปรัชญา ปณิธาน วิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยมหลัก ตลอดจนวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งสถานศึกษา สาขาวิชาชีพและสอดคล้องกับกรอบคุณวุฒิระดับชาติ (Thai Qualification of Framework) 2) มีความเหมาะสมโดยอัตลักษณ์ของผู้เรียนต้องมีความเฉพาะเจาะจง ชัดเจน สามารถส่งเสริมให้เกิดขึ้นได้กับผู้เรียนทุกคน และเหมาะสมกับสถานศึกษา 3) มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติและร่วมกันพัฒนาให้ประสบความสำเร็จบรรลุตามปรัชญาและสถานศึกษาที่กำหนด สามารถส่งเสริมให้เป็นเอกลักษณ์ของสถานศึกษา หรือสนับสนุนให้เกิดเป็นภาพลักษณ์ที่ดีหรือสร้างชื่อเสียงให้กับสถานศึกษาได้ (สถาบันพระบรมราชชนก, 2561)

สถาบันพระบรมราชชนก ได้กำหนดอัตลักษณ์บัณฑิต คือ “การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” โดยให้ความหมายว่า การบริการสุขภาพที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตา ใส่ใจในปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง บริการสุขภาพตามปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของผู้รับบริการที่เป็นจริง รับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ และกำหนดองค์ประกอบไว้ 3 ประการ คือ การมีจิตบริการที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตา (service mind) บนพื้นฐานของความสามารถด้านการคิดวิเคราะห์ (analytical thinking) เพื่อนำไปใช้ในการบริการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้รับบริการ และการเคารพในสิทธิของผู้รับบริการ (participation/patient right) เรียกเป็นคำย่อว่า SAP (กลุ่มพัฒนาบุคลากร สถาบันพระ

บรมราชชนก, 2556) ทั้งนี้สถาบันพระบรมราชชนกและวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ในสังกัดมีการพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาล มีอัตลักษณ์สอดคล้องตามปรัชญาของหลักสูตรอย่างต่อเนื่อง เริ่มต้นด้วยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ.2554-2558 การกำหนดเป้าประสงค์ (Key Success Factor: KSF) การใช้กลยุทธ์ปฏิรูประบบการบริหาร การศึกษาหลักสูตรและกระบวนการจัดการเรียนการสอน การพัฒนารูปแบบการศึกษาแบบบูรณาการ การจัดการเรียนการสอนเน้นหัวใจความเป็นมนุษย์ การบูรณาการกับการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร กระทั่งการพัฒนาเป็นนวัตกรรมจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้วัฒนธรรมระบบครอบครัวเสมือน (มกราพันธุ์ จุฑารส, 2553) สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21 พ.ศ.2557- พ.ศ.2561 ที่เน้นจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และเข้าใจทุกข์ของผู้ป่วย (วณิช่า ชื่นกองแก้ว และคณะ, 2557) เพื่อรองรับระบบสุขภาพของประเทศ โดยการสร้างองค์ความรู้ ให้บริการวิชาการด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่สังคมอุดมปัญญา และมีสุขภาพะ จึงได้พัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตแบบบูรณาการและเน้นชุมชนโดยมีนโยบายให้วิทยาลัยในสังกัดนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนตั้งแต่ ปี 2546 เพื่อสร้างบัณฑิตที่มีความรู้และสมรรถนะทางวิชาชีพพยาบาล นอกจากนี้ยังต้องมีความเข้าใจผู้อื่นและรู้จักความเป็นจริงในสังคม สามารถนำความรู้และทักษะที่ตนเองได้รับและฝึกฝนไปสนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองได้ โดยการสอนแบบบูรณาการเป็นการสอนที่ให้เกิดการเรียนรู้ที่ หลากหลาย เข้าใจมนุษย์ ชุมชน สังคมและความเป็น จริยผสมผสานกับความรู้ทางวิชาการและวิชาชีพ การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรจึงเริ่มจากให้นักศึกษาได้เข้าใจความเป็นจริงของมนุษย์และสังคม เป็นอันดับแรก เป็นการปูพื้นฐานที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจมนุษย์ และสังคม จะช่วยให้เข้าใจ ความหมายของสุขภาพที่เป็นจริงและเข้าใจที่มาของพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เนื่องจากการไม่เข้าใจความเป็นจริงของผู้รับบริการ ส่วนหนึ่งมาจากการมองไม่เห็นความจริงของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นผล มาจากการใช้ประสบการณ์ของตนเองหรือใช้ความรู้ที่ได้จากตำราในการระบุปัญหาของผู้รับบริการ และให้การช่วยเหลือตามปัญหาที่มองเห็น ซึ่งล้วนแล้วแต่มาจากกรอบความคิดของผู้ให้บริการที่มอง ตามหลักการทางวิชาการมากกว่าการมองตามหลักความเป็นจริงในชีวิต ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะแก้ไขได้จาก การปรับมุมมองของผู้ให้บริการในการมองผู้รับบริการให้เห็นถึงสภาพจริงที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม สุขภาพของผู้รับบริการ โดยไม่ตัดสินผู้รับบริการก่อนทำความเข้าใจ และหันกลับมามองปัญหาและ ความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ

สถาบันพระบรมราชชนกได้เล็งเห็นถึงความสำคัญ จึงกำหนดอัตลักษณ์บัณฑิตพยาบาลของ สถาบันให้มีการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ การจัดการเรียนการสอนของวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี ทุกแห่งมีเป้าประสงค์เพื่อให้บัณฑิตมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพบนพื้นฐานการดูแล ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และตอบสนองความต้องการของชุมชนสอดคล้องกับการพัฒนาระบบ

สุขภาพต่อไปในอนาคต (สถาบันพระบรมราชชนก, 2560, น. 12) โดยมีการนำนโยบาย และการกำหนดอัตลักษณ์นี้ไปใช้พัฒนานักศึกษาพยาบาลผ่านการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ ซึ่งภาคทฤษฎีจะมุ่งเน้นเนื้อหาสาระที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพไปสู่ภาคปฏิบัติที่ เน้นนำแนวคิดและหลักการต่าง ๆ จากทฤษฎีไปปรับใช้ในการดูแลสุขภาพผู้รับบริการให้สอดคล้องกับ ปัญหา เงื่อนไข และข้อจำกัดในชีวิตของผู้รับบริการแต่ละราย โดยการจัดการเรียนการสอนที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่จะเน้นที่โรค ทำให้ผู้เรียนวางแผนการพยาบาลที่เน้นโรคตามหลักการทางทฤษฎีเพียง อย่างเดียว โดยไม่ได้ศึกษาและทำความเข้าใจกับสภาพความเป็นจริงในชีวิตของผู้รับบริการ ทำให้เน้น เฉพาะแผนการพยาบาลเฉพาะโรคแต่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้รับบริการ ผู้รับบริการจึงไม่ สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้จากผลการดำเนินงานและผล การประเมินคุณภาพทั้งภายในและภายนอกเกี่ยวกับการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ยังคงพบประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนาและข้อเสนอบาง ประการ ได้แก่ ตัวบ่งชี้ไม่แสดงอัตลักษณ์ของสถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยควรพัฒนาเครื่องมือ การประเมินอัตลักษณ์ที่มีความเที่ยงตรง แม่นยำ และควรกำหนดอัตลักษณ์นักศึกษาให้เป็นรูปธรรม นำไปสู่การปฏิบัติได้ (กิตติพร เนาวิสุวรรณ และวิทวัส ดิษยะศริน สัตยารักษ์, 2559) สอดคล้องกับ การประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2545 ของสถาบันพระบรมราชชนก พบว่า สมรรถนะเชิงวิชาชีพพยาบาลและความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล บางครั้งนักศึกษายังมีการ ละเมิดสิทธิของผู้ป่วยขาดความสามารถทางการคิด ทั้งการคิดสร้างสรรค์ การคิดแก้ปัญหาและการคิด ตัดสินใจเฉพาะหน้า ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เน้นการบูรณาการความรู้คู่คุณธรรม (สถาบันพระบรมราชชนก, 2555, น. 15) นอกจากนี้วิทยาลัยควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสนับสนุนให้ เกิดคุณลักษณะตามอัตลักษณ์ของวิทยาลัย นักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลควรได้ฝึกทักษะใน อัตลักษณ์ด้านอื่นไปด้วย เช่น ทักษะการคิดเป็นระบบ การแก้ปัญหาและการคิดเชิงวิเคราะห์ การนำอัตลักษณ์มากำหนดเป็นพฤติกรรมที่ต้องการสร้างความโดดเด่นเฉพาะวิทยาลัย (The High Education Commission, 2008) สอดคล้องกับการประเมินและการจัดทำแนวทางการพัฒนา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของสถาบันบรมราชชนก พบว่า บางครั้งนักศึกษายังมีการละเมิดสิทธิ ของผู้ป่วยในการปฏิบัติการพยาบาล ขาดความสามารถทางการคิด ทั้งการคิดสร้างสรรค์ การคิด แก้ปัญหา และการคิดตัดสินใจเฉพาะหน้า ทั้งนี้ยังเสนอแนะให้สถาบันพระบรมราชชนกสนับสนุนให้ แต่ละวิทยาลัยเน้นการบูรณาการความรู้คู่คุณธรรมส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (สุรีย์ เหล็กขำ และคณะ, 2553)

ดังนั้นสถาบันพระบรมราชชนกและวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำเป็นต้องสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับอัตลักษณ์ของนักศึกษาเพื่อนำมาใช้ในการบริหารการศึกษาโดย เชื่อมโยงบูรณาการกับพันธกิจหลักและพันธกิจสนับสนุนของวิทยาลัยอย่างเป็นทางการจากรายงาน

ผลการติดตามบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ พบว่า อัตลักษณ์บัณฑิตของผู้สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2560 ตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิต โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.10, SD = .50) และมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการขาดความกระตือรือร้นในการให้บริการ รวมถึงการพูดจาสื่อสารที่ไพเราะ และการทำงานเป็นทีม (สรุปผลความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, 2560) และผลการศึกษาจากการประเมินคุณภาพภายนอกวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช มีผลการประเมินอยู่ในระดับดีมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.51) จากผลการประเมินสะท้อนข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับสถาบันและข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับอัตลักษณ์ของบัณฑิต เอกลักษณ์ของสถาบันประกอบด้วย 1) ควรมีนโยบายอัตลักษณ์ของบัณฑิต เอกลักษณ์ของสถาบัน และกำหนดตัวบ่งชี้ที่ชัดเจนเพื่อนำไปบูรณาการกับการจัดการเรียนการสอน โครงการกิจกรรมและการประเมิน ซึ่งจะให้มีเป้าหมายการพัฒนาอัตลักษณ์ของบัณฑิตและเอกลักษณ์ของสถาบันที่ชัดเจนมากขึ้น 2) ควรมีการพัฒนากระบวนการประเมินคุณภาพบัณฑิตและอัตลักษณ์ให้มีความชัดเจนเกี่ยวกับเครื่องมือและเก็บข้อมูลจากแหล่งผู้ให้ข้อมูลที่หลากหลาย เพื่อได้ข้อมูลสารสนเทศที่สามารถนำมาปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ และเอกลักษณ์ของสถาบัน (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช, 2556) นอกจากนี้วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้นำนโยบายการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต “บริการสุขภาพด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์” มาปฏิบัติ โดยการส่งเสริมและดำเนินการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดอัตลักษณ์ดังกล่าวตามที่สถาบัน แต่เนื่องด้วยแต่ละวิทยาลัยมีการกำหนดปรัชญา วิสัยทัศน์ และค่านิยมร่วมที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ซึ่งมีความแตกต่างกันในด้านวัฒนธรรมและความต้องการของแต่ละพื้นที่ ส่งผลให้เกิดการผลิตบัณฑิตที่มีอัตลักษณ์เฉพาะของตนเอง โดยมีการศึกษาอัตลักษณ์บัณฑิตของแต่ละวิทยาลัย และยังมีการจัดทำเครื่องมือในการติดตามบัณฑิตของวิทยาลัยที่สร้างขึ้นเองเฉพาะ เพื่อรองรับผลการประเมินคุณภาพภายนอกจากแหล่งประเมินภายนอกต่าง ๆ จึงทำให้การประเมินและการติดตามอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล ในแต่ละวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพบัณฑิต

เมื่อทบทวนเกี่ยวกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีเพียงการศึกษาเดียวของกิตติพร เนาว์สุวรรณ (2557) เรื่อง การพัฒนาตัวบ่งชี้อัตลักษณ์ของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่า องค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้อัตลักษณ์ของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก 9 องค์ประกอบย่อย 75 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบย่อย 28 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ องค์ประกอบย่อยที่ 1 ด้านคุณภาพการบริการแบบองค์รวม มี 10 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบย่อยที่ 2 ด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ มี 8 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบย่อยที่ 3 ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ มี 7 ตัวบ่งชี้

องค์ประกอบย่อยที่ 4 ด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทร มี 3 ตัวบ่งชี้ 2) องค์ประกอบด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบย่อย 16 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ องค์ประกอบย่อยที่ 1 ด้านคุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์ มี 9 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบย่อยที่ 2 ด้านทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ มี 7 ตัวบ่งชี้ 3) องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย 31 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ องค์ประกอบย่อยที่ 1 ด้านส่งเสริมการดูแลตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ มี 17 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบย่อยที่ 2 ด้านการยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล มี 10 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบย่อยที่ 3 ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย มี 4 ตัวบ่งชี้ และพบว่าทุกตัวบ่งชี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้จากข้อเสนอแนะการทำวิจัย พบว่า ควรมีการศึกษาเพื่อยืนยันเชิงทฤษฎีขององค์ประกอบและตัวบ่งชี้อัตลักษณ์ของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) และควรศึกษาพัฒนาการของอัตลักษณ์ของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาด้านอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล โดยศึกษาระยะยาว (Longitudinal Study) ด้วยการวัดซ้ำ (Repeated Measure) และจากการศึกษาของ กิตติพร เนาว่าสุวรรณ และคณะ (2558) เรื่อง กลวิธีการพัฒนาด้านอัตลักษณ์ของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลสถาบันพระบรมราชชนก พบว่า การจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีหัวใจความเป็นมนุษย์มีวิธีการที่หลากหลายทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ แต่การสร้างการรู้คิดแก่นักศึกษาให้เกิดการซึมซับโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ซึ่งนักศึกษาจะได้เรียนรู้ความเป็นมนุษย์ที่ปรากฏชัดในสถานการณ์จริงนั้น

ทั้งนี้จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่การวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา มีข้อจำกัดในเรื่องการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งส่วนมากเก็บรวบรวมข้อมูลเพียงครั้งเดียว ทำให้ได้สารสนเทศในลักษณะคงที่ (Static) ขาดความเป็นพลวัต (Dynamic) ไม่สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อย่างครอบคลุมสมบูรณ์ ซึ่งข้อจำกัดดังกล่าวสามารถแก้ไขได้โดยการออกแบบการวิจัยที่มีการเก็บข้อมูลระยะยาว หรือการวัดพัฒนาการแนวใหม่ ซึ่งการวัดพัฒนาการแนวใหม่ เป็นการวัดพัฒนาการจากข้อมูลที่มีการวัดซ้ำตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป มีลักษณะการวิเคราะห์คะแนนจริงร่วมกับคะแนนสังเกตได้ พัฒนาอยู่ในรูปโมเดลการวัดที่มีการประมาณค่าความคลาดเคลื่อนในการวัด และมีแนวคิดในการวัดหลากหลาย ซึ่งแนวคิดที่นิยมใช้มี 2 แนวคิด คือ โมเดลสมการโครงสร้างเชิงเส้น (Structural Equation Model: SEM) โดยเฉพาะโมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง (Latent Growth Curve Model: LGCM) และโมเดลพหุระดับ (Multilevel Model: MLM) โดยทั้ง 2 โมเดลนี้ มีแนวคิดพื้นฐานในการวัดการเปลี่ยนแปลงที่เหมือนกัน คือ ต้องการวัดหรือประมาณค่าการเปลี่ยนแปลงภายในบุคคล (Intraindividual change) และการเปลี่ยนแปลงระหว่างบุคคล (Interindividual change) ตามระยะเวลาที่เปลี่ยนไป สำหรับ

การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง ซึ่งต้องมีการเก็บรวบรวมข้อมูลมากกว่าสองครั้ง (Multi-waves) ซึ่งโมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง มีลักษณะเป็นโมเดลสมการโครงสร้าง ที่มีกรอบแนวคิดว่า คะแนนการวัดแต่ละครั้งเป็นคะแนนผสม (Composite score) ที่ประกอบด้วยคะแนน 3 ส่วน คือ คะแนนความสามารถเดิม (True Intercept) อัตราการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการ (True slope) และคะแนนความคลาดเคลื่อนในการวัด (Error score) ซึ่งเป็นองค์ประกอบเฉพาะของการวัดแต่ละครั้ง

ดังนั้นในศึกษาพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องกระทำในระหว่างที่นักศึกษาพยาบาลขึ้นฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย เนื่องจากจะทำให้ทราบถึงอัตราพัฒนาการแล้ว ยังทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยนั้นด้วย เพราะการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจะมีการออกแบบจัดการเรียนการสอนให้เชื่อมโยงกรณีศึกษากับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลบุคคล กระบวนการพยาบาล รวมทั้งการปรับทัศนคติให้นักศึกษาได้เข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ การชี้ชวนให้นักศึกษาได้มองเห็นความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัว ในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลและประสบการณ์การฝึกปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมคุณลักษณะของพยาบาลที่มีการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีผลการศึกษาที่สนับสนุนว่าการเรียนรู้จากภาคปฏิบัติซึ่งเป็นการเรียนรู้จากสภาพจริงจะช่วยให้ศึกษามีพฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ได้ (สุทธนันท์ กัลป์กะ และผกาสรณ์ อุไรวรรณ, 2556) จากการศึกษาของประไพ กิตติบุญวัลย์ และคณะ (2556) พบว่า ปัจจัยสนับสนุนการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ประกอบด้วย การเป็นแบบอย่างของอาจารย์นิเทศ กิจกรรมการฝึกปฏิบัติแบบครอบครัวกรณีศึกษา การเรียนรู้และการปลูกฝังจากครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของนาถา และเอมมาล (Naglaa, & Amal, 2015) และการศึกษาของจาฟา มัวยา นาซิและ ฮูตาฟา (Jafar, Muayyad, Nazih, & Huthaifa, 2015) พบว่า นักศึกษาจะมีความเครียดน้อยลง ถ้าอาจารย์นิเทศ อาจารย์พี่เลี้ยง พยาบาลประจำการ เข้าใจ เห็นใจให้ความรู้ให้การดูแลแบบเอื้ออาทร และมีสัมพันธภาพที่ดีซึ่งเป็นกุญแจสำคัญที่ส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ที่ดีและฝึกปฏิบัติทักษะได้อย่างมั่นใจมากขึ้น และการศึกษาของจิราพร วรวงศ์ และคณะ (2562) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดผลสำเร็จในการพัฒนาอัตลักษณ์บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล คือ อาจารย์เป็นต้นแบบของการบริการสุขภาพและการทำงาน อาจารย์มีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการเป็นผู้เรียนรู้ร่วมกับนักศึกษาและชุมชน ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของวรวิทย์ ชัยพรเจริญศรี และคณะ (2560) เรื่อง การทบทวนความรู้งานวิจัยด้านการจัดการเรียนการสอนที่พัฒนาคุณลักษณะหัวใจความเป็นมนุษย์: กรณีศึกษาวิทยาลัย

พยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท พบว่า การสอนที่จัดให้มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน หรือระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง การสนับสนุนให้นักศึกษารู้ความสามารถของตนเอง การเรียนให้ รู้จักตนเองมากขึ้น การเรียนรู้ด้วยตนเอง การเรียนรู้จากสถานการณ์จริง และการสะท้อนคิดสามารถ พัฒนาให้ผู้เรียนเกิดคุณลักษณะหัวใจความเป็นมนุษย์ได้ นอกจากนี้ยังพบประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับ ประเด็นเจตคติของนักศึกษา ซึ่งประกอบด้วย เจตคติต่อตนเอง เจตคติต่อวิชาชีพ และเจตคติต่อการ พยาบาล ซึ่งถือเป็นประเด็นที่นำไปสู่การพัฒนาด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ อนัญญา คูอาริยะกุล และคณะ (2555) เรื่อง เจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ พบว่า เมื่อนักศึกษาพยาบาลมีเจตคติทางลบต่อวิชาชีพจะ ทำให้เกิดผลเสียคือ ไม่มีความสุขในการเรียน ทำให้เกิดปัญหาในการขึ้นฝึกปฏิบัติบนคลินิก และ การศึกษาของศุภามณ จันทร์สกุล (2561) ที่พบว่า เมื่อพิจารณาเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลด้าน การปฏิบัติงานพบนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 4 มีคะแนนเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลด้านการ ปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นอาจารย์ผู้นิเทศหรือพยาบาล พี่เลี้ยงบนหอผู้ป่วยควรจัดการ เรียนการสอนภาคปฏิบัติ จัดประสบการณ์ที่ดีและส่งเสริมเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลที่ดีแก่ นักศึกษา เพื่อช่วยเสริมสร้างอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในวิชาชีพพยาบาล ต่อไป

จากความสำคัญของการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัด สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ดังที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแบบวัด อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ตลอดจนศึกษา พัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลระหว่าง การฝึกปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงต้องการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การ บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลได้ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำ โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง (Latent Growth Curve Model: LGCM) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มของ การวัดพัฒนาการแนวใหม่มาใช้ในการวิจัย เนื่องจากสามารถศึกษาพัฒนาการและวิเคราะห์ปัจจัยที่มี ผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลได้ ทำให้ได้รับสารสนเทศทั้งพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ของนักศึกษาพยาบาลระหว่างการฝึกปฏิบัติการพยาบาล และทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการได้ พร้อม ๆ กัน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการ สุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา และความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อน ทั้งนี้ผู้วิจัย คาดหวังว่าจะได้รับผลการวิจัยที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพ และ

การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลให้เกิดอัตลักษณ์การบริการ
สุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

คำถามการวิจัย

1. องค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของ
นักศึกษาพยาบาล มีอะไรบ้าง
2. แบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล
มีลักษณะและคุณภาพเป็นอย่างไร
3. เกณฑ์ปกติของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของ
นักศึกษาพยาบาล เป็นอย่างไร
4. โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็น
มนุษย์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจะสามารถวัดพัฒนาการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของ
นักศึกษาพยาบาลได้หรือไม่ สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ และอัตราพัฒนาการเป็นอย่างไร
5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
ของนักศึกษาพยาบาล มีอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การพัฒนาแบบวัดอัตลักษณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการ
สุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง
มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังต่อไปนี้

1. เพื่อพัฒนาแบบวัดและเกณฑ์ปกติของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็น
มนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล
 - 1.1 พัฒนาองค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วย
หัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล
 - 1.2 พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วย
หัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล
 - 1.3 พัฒนาเกณฑ์ปกติของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็น
มนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาพัฒนาการและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการ
สุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

2.1 สร้างและตรวจสอบโมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการ
สุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

2.2 วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วย
หัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

ความสำคัญของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้แบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของ
นักศึกษาพยาบาลและมีการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วย
หัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า
ผลจากการวิจัยที่ได้นั้นจะเป็นประโยชน์ ดังนี้

1. ด้านบริหารทางการพยาบาล

1.1 วิทยาลัยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการกำหนด
นโยบายและกรอบทิศทางทางการบริหารการศึกษา จัดทำแผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ แผนการพัฒนา
ทรัพยากรบุคคล เพื่อพัฒนาอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา
พยาบาล

1.2 ผู้บริหารระดับวิทยาลัยพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ตัดสินใจในการ
บริหารการศึกษาเพื่อกำหนดนโยบาย วางแผนกลยุทธ์สู่การบริหารงานตามพันธกิจ การบริหาร
วิชาการ การพัฒนากิจกรรมนักศึกษา การประกันคุณภาพการศึกษา การพัฒนาทรัพยากรบุคคล
อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม

2. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล

2.1 ได้แบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา
พยาบาล วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่มีคุณภาพทั้งด้านความตรง ความเที่ยงและ
ความตรงเชิงโครงสร้าง ที่จะนำไปสู่การพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่
สะท้อนอัตลักษณ์บัณฑิตพยาบาลได้

2.2 คณาจารย์ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบทางการศึกษา สามารถนำแบบวัดอัตลักษณ์
การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลไปใช้ในการศึกษาพัฒนาการ
ของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันของตนเอง
หากผลที่ได้ไม่เป็นไปในระดับที่พึงประสงค์จะได้มีการวางแผนเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์การบริการสุขภาพ
ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลให้สูงขึ้น

3. ด้านการวิจัยและประเมินผลทางการพยาบาล

3.1 วิทยาลัยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถนำแบบวัดอัตลักษณ์การบริการ
สุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลมาใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพ

และการติดตามอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาลของสถาบัน เพื่อรองรับผลการประเมินคุณภาพภายนอกจากแหล่งประเมินภายนอกต่าง ๆ เพื่อให้การประเมินในแต่ละวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

4. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

4.1 เป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานที่เป็นแหล่งเรียนรู้ภาคปฏิบัติและแหล่งเรียนรู้กิจกรรมเสริมหลักสูตร เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสถานศึกษาอื่นที่สนใจ นำไปปรับใช้ในการเสริมสร้างอัตลักษณ์แก่บุคลากรทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาแบบวัดอัตลักษณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง ซึ่งกำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยนี้มุ่งพัฒนาแบบวัดอัตลักษณ์และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง ซึ่งในการกำหนดโครงสร้างองค์ประกอบลักษณะการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) องค์ประกอบหลักด้านจิตบริการ ประกอบด้วย องค์ประกอบย่อยด้านคุณภาพการบริการแบบองค์รวม องค์ประกอบย่อยด้านจริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ องค์ประกอบย่อยด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ และองค์ประกอบย่อยด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทร 2) องค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ ประกอบด้วย องค์ประกอบย่อยด้านคุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์ และองค์ประกอบย่อยด้านทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ 3) องค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ประกอบด้วย องค์ประกอบย่อยด้านการส่งเสริมการดูแลตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ องค์ประกอบย่อยด้านการยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล และองค์ประกอบย่อยด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

2. ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ใช้สำหรับกำหนดโครงสร้างองค์ประกอบอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เป็นวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 30 แห่ง ประกอบด้วย 5 เครือข่าย ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคเหนือ ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 7 แห่ง วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 6 แห่ง วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 1 ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 5 แห่ง วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 2 ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 7 แห่ง และวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้ ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 5 แห่ง และส่วนที่ใช้สำหรับตรวจสอบโมเดลและศึกษาพัฒนาและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล เป็นวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

3. ผู้ให้ข้อมูล

3.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ นักศึกษาพยาบาล ที่กำลังศึกษาอยู่ในวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 30 แห่ง รวมทั้งสิ้น 15,000 คน ประกอบด้วย 5 เครือข่าย ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคเหนือ ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 7 แห่ง วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 6 แห่ง วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 1 ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 5 แห่ง วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 2 ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 7 แห่ง และวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้ ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 5 แห่ง

3.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

3.2.1 กลุ่มแรกสำหรับกำหนดโครงสร้างองค์ประกอบอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1,500 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างตามตามแนวคิดของแฮร์ และคณะ (Hair et al., 2010, p. 101) โดยการใช้กฎแห่งการชดเชย (rule of thumb) กล่าวคือ ขนาดตัวอย่างควรมีอย่างน้อย 10 – 20 คนต่อหนึ่งพารามิเตอร์ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ มีตัวแปรที่ต้องการวิเคราะห์ หรือตัวแปรที่สังเกตได้ จำนวน 75 ตัวแปร ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมควรมีอย่างน้อย 750 – 1,500 คน การได้มาของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling)

3.2.2 กลุ่มสองสำหรับตรวจสอบโมเดลและศึกษาพัฒนาและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ วิทยาลัย

พยาบาลบรมราชชนนี แพร่ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จำนวน 250 คน ซึ่งกำลังขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ ในระหว่างเดือน มิถุนายน – สิงหาคม 2563

4. ตัวแปรที่ทำการวิจัย จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

4.1 กลุ่มแรกสำหรับการพัฒนาแบบวัดและเกณฑ์ปกติอัตลักษณ์การบริการสุขภาพ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ตัวแปรตามเป็นอัตลักษณ์การบริการสุขภาพ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ องค์ประกอบหลักด้านจิตบริการ องค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ และองค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ

4.2 กลุ่มสองสำหรับศึกษาพัฒนาการและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของ อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วยตัวแปร สังกัดได้ 4 ตัวแปร และตัวแปรแฝง 2 ตัวแปร แต่ละตัวแปรมีรายละเอียดการวัด ดังนี้

4.2.1 ตัวแปรสังกัดได้ 4 ตัวแปร จำแนกเป็นตัวแปรอิสระ 3 ตัวแปร ได้แก่

1) เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล 2) ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อน และตัวแปรตาม 1 ตัว คือ การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยตัวแปรเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา และความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อน เป็นตัวแปรที่มีการแปรเปลี่ยนตลอดช่วงเวลากการวัด (time-varying variable) ซึ่งตัวแปรเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลทำการวัดตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา จำนวน 4 ครั้ง แต่ตัวแปรความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา และความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อน ทำการวัดตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา จำนวน 3 ครั้ง โดยไม่วัดในครั้งแรกเพราะเป็นช่วงแรกของการเริ่มฝึกปฏิบัติการพยาบาล

4.2.2 ตัวแปรแฝง 2 ตัว ได้แก่ 1) ตัวแปรแฝงระดับ (level) หรือสถานะเริ่มต้น (initial status) ซึ่งเป็นตัวแปรที่แสดงถึงความแตกต่างของการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ระหว่างนักศึกษาพยาบาลแต่ละบุคคลในการวัดครั้งแรก ตัวแปรนี้จะเป็นค่าคงที่ของแต่ละบุคคลตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา และ 2) ตัวแปรแฝงความชัน (slope) หรืออัตราการพัฒนาการ (growth rate) ซึ่งแสดงถึงอัตราการเปลี่ยนแปลงของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลแต่ละบุคคลตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา โดยมีเครื่องหมายบวกหรือลบแสดงถึงทิศทางของการเปลี่ยนแปลง ตัวแปรแฝงทั้งสองตัวนี้ได้จากการประมาณค่าพารามิเตอร์ในโมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง โดยมีค่าพารามิเตอร์สำคัญ 5 ค่า คือ ค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงระดับ (ML) ความแปรปรวนของตัวแปรแฝงระดับ (DL) ค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงความชัน (MS) ความแปรปรวนของตัวแปรแฝงความชัน (DS) และความแปรปรวนร่วมหรือความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงระดับกับตัวแปรแฝงความชัน (RLS)

นิยามศัพท์

1. **อัตลักษณ์** หมายถึง ผลที่เกิดกับนักศึกษาพยาบาลในรูปของบุคลิกลักษณะที่แสดงออกมาเป็นลักษณะเฉพาะของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

2. **การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์** หมายถึง การบริการสุขภาพที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตา ใส่ใจในปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง บริการสุขภาพตามปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของผู้รับบริการที่เป็นจริง โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการเป็นหลัก ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ องค์ประกอบหลักด้านจิตบริการ องค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ และองค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ

2.1 องค์ประกอบหลักด้านจิตบริการ (Service mind) คือ การให้บริการที่เป็นมิตร มีความรักความเมตตา ใส่ใจในความทุกข์ที่เป็นปัญหาของผู้รับบริการ สามารถแก้ปัญหาได้ทันที่ด้วยความมุ่งมั่น ตั้งใจ คำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตน เพื่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการโดยไม่เลือกปฏิบัติ

2.2 องค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical thinking) หมายถึง การคิดที่อยู่บนฐานของการมีข้อมูลที่หลากหลาย ตามสภาพความเป็นจริงเพื่อเป็นการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของ ผู้รับบริการอย่างมีวิจารณญาณ โดยเชื่อมโยงความรู้เข้าสู่การแก้ปัญหาของผู้รับบริการที่สอดคล้องกับบริบทสภาพการดำรงชีวิต

2.3 องค์ประกอบย่อยด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Participation) หมายถึง การให้บริการสุขภาพที่คำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล ซึ่งเกิดความเข้าใจสภาพการดำรงชีวิต บริบทเงื่อนไข ศักยภาพ ความสามารถ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการ ทั้งนี้ผู้ให้บริการสามารถถ่วงถ่วง คัดเลือกความรู้ที่เหมาะสมและเสนอเป็นทางเลือก เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตจริงโดยให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมรับรู้ ตัดสินใจและแก้ปัญหาสุขภาพของตนเองและครอบครัว ตลอดจนสนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้

3. **โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง** หมายถึง วิธีวิทยาทางสถิติที่ใช้วิเคราะห์พัฒนาการหรือการเปลี่ยนแปลงการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล เป็นโมเดลที่มีลักษณะกระบวนการวิธี (approach) สมการโครงสร้างเชิงเส้น (SEM) จากข้อมูลการศึกษาเหลือเวลาระยะยาว (sequential study) มีกรอบแนวคิดการวิเคราะห์ตามกระบวนการวิเคราะห์ของโมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงร่วมกับการใช้การวิเคราะห์กลุ่มพหุ (multi-group analysis) โดยมีการกำหนดเงื่อนไขบังคับค่าพารามิเตอร์ระหว่างกลุ่ม ณ ตำแหน่งช่วงเวลาการวัดที่เชื่อมกันให้มีค่าเท่ากัน คะแนนการวัดแต่ละครั้งเป็นคะแนนผสม (composite score) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ คะแนนสถานะเริ่มต้น คะแนนอัตราพัฒนาการ และคะแนนความคลาดเคลื่อนในการวัด โดยที่องค์ประกอบคะแนนสถานะเริ่มต้น และคะแนนอัตราพัฒนาการเป็นตัว

แปรแฝงที่มีอิทธิพลต่อคะแนนการวัดทุกครั้ง ส่วนคะแนนความคลาดเคลื่อนในการวัดเป็นองค์ประกอบเฉพาะของการวัดครั้งนั้น ๆ เช่นเดียวกันกับการวิเคราะห์โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง

4. พัฒนาการของอัตลักษณ์ หมายถึง อัตราพัฒนาการ (growth rate) ของการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามโมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง เป็นพัฒนาการจากการวัด 4 ครั้ง ซึ่งวัดจากกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม ๆ ละ 4 ครั้ง โดยแต่ละครั้งมีระยะเวลาห่างกัน ทุก 1 เดือน

5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์ หมายถึง ตัวแปรที่ทำให้เกิดความแตกต่างหรือมีอิทธิพลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดจากผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา และความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อน

5.1 เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึก และพฤติกรรมทั้งความตั้งใจหรือแนวโน้มในการปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อวิชาชีพพยาบาลทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้และประสบการณ์ที่ได้รับในการจัดการเรียนการสอนหรือการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การยอมรับในสังคม ลักษณะวิชาชีพ การปฏิบัติงานในวิชาชีพ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ความก้าวหน้าในวิชาชีพ และองค์กรวิชาชีพ

5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา หมายถึง พฤติกรรมที่อาจารย์และนักศึกษาปฏิบัติระหว่างการศึกษาตามหลักสูตร ได้แก่ ให้ความสนใจต่อนักศึกษา ให้ความรักเอาใจใส่ ให้ความสำคัญกับตนเอง ให้คำปรึกษาและข้อชี้แนะแก่นักศึกษาทั้งในด้านการเรียนและด้านส่วนตัวที่มาขอคำปรึกษา ให้ความเคารพเชื่อฟัง ตั้งใจและสนใจกระทำในสิ่งที่อาจารย์อบรมสั่งสอน และซักถามเมื่อมีข้อสงสัยด้านการเรียนและส่วนตัว

5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อน หมายถึง พฤติกรรมที่นักศึกษาและเพื่อนปฏิบัติต่อกันด้านการเรียนและด้านส่วนตัวในระหว่างการฝึกปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดความสามัคคีที่ดีและส่งเสริมบรรยากาศการเรียนการสอน ได้แก่ การช่วยเหลือพึ่งพาส่งกันและกัน การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความห่วงใยใกล้ชิดสนิทสนมซึ่งกันและกัน และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันในกลุ่มเพื่อนด้วยความรักและสามัคคี

6. คุณภาพของแบบวัด หมายถึง คุณสมบัติเฉพาะของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ที่พึงในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content

Validity) ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ค่าอำนาจจำแนก (Discriminant index: r) และค่าความเที่ยง (Reliability)

6.1 ความตรง หมายถึง คุณสมบัติของแบบวัดที่สามารถวัดคุณลักษณะได้ตรงตามพฤติกรรมที่ต้องการวัด สามารถพิจารณาได้จาก

6.1.1 ความตรงเชิงเนื้อหา หมายถึง คุณสมบัติของแบบวัดที่สามารถวัดคุณลักษณะของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลได้ตรงตามเนื้อหา หาโดยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความตรงเชิงเนื้อหา และนำผลมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป

6.1.2 ความตรงเชิงโครงสร้าง หมายถึง คุณสมบัติของแบบวัดที่สามารถวัดได้ตรงตามโครงสร้างของตัวบ่งชี้อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างถูกต้อง และตรงกับสภาพความเป็นจริง ตรวจสอบโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis)

6.2 ค่าอำนาจจำแนก หมายถึง คุณสมบัติของแบบวัดที่สามารถจำแนกผู้ตอบที่มีอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์สูงและต่ำออกจากกันได้อย่างชัดเจน โดยการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item Total Correlation)

6.3 ค่าความเที่ยง หมายถึง คุณสมบัติของแบบวัดที่สามารถวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ได้อย่างคงที่แน่นอน โดยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency of Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach

7. เกณฑ์ปกติ (Norms) หมายถึง การแจกแจงของคะแนนอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่าง แสดงในรูปของเปอร์เซ็นต์ไทล์ (Percentile) และคะแนนมาตรฐานที่ปกติ (Normalized T-score) ที่แปลงจากคะแนนดิบ เพื่อบอกระดับอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของผู้ตอบว่าอยู่ในระดับใดของกลุ่มประชากร

8. นักศึกษาพยาบาล หมายถึง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 2 – 4 วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ปีการศึกษา 2562

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปร แบ่งการนำเสนอเนื้อหาออกเป็น 9 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล

1. ความหมายของอัตลักษณ์
2. ความสำคัญของอัตลักษณ์
3. แนวคิดรูปแบบระบบสังคมสำหรับสถานศึกษา
4. การพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล

ตอนที่ 2 แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล (Service Mind)

1. ความหมายของจิตบริการ
2. ความสำคัญของจิตบริการ
3. แนวคิดเกี่ยวกับจิตบริการ
 - 3.1 แนวคิดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ
 - 3.2 แนวคิดจริยธรรมและจรรยาบรรณในการปฏิบัติการพยาบาล
 - 3.3 ทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทร
 - 3.4 แนวคิดคุณภาพการให้บริการ SERVQUAL (Behavioral Consequences of Service Quality)

ตอนที่ 3 แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล (Analytical Thinking)

1. ความหมายการคิดวิเคราะห์
2. ความสำคัญของการคิดวิเคราะห์
3. แนวคิดเกี่ยวกับการคิดวิเคราะห์
4. องค์ประกอบของการคิดวิเคราะห์
5. ทักษะการคิดวิเคราะห์
6. การวัดการคิดวิเคราะห์

ตอนที่ 4 แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Participation)

1. ความหมายของการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ

2. ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ
4. การวัดการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)

1. แนวคิดพื้นฐานการศึกษาค่าประกอบ
2. ความหมายของการวิเคราะห์องค์ประกอบ
3. จุดมุ่งหมายของการวิเคราะห์องค์ประกอบ
4. รูปแบบของการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ตอนที่ 6 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factory Analysis: CFA)

1. วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน
2. ประโยชน์ของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน
3. คำศัพท์สำคัญที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน
4. ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน
5. ขั้นตอนการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ตอนที่ 7 มโนทัศน์การวิเคราะห์โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง

1. มโนทัศน์เกี่ยวกับการออกแบบการวิจัยเพื่อศึกษาพัฒนาการ
 - 1.1 การศึกษาระยะยาว (longitudinal study)
 - 1.2 การศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study)
 - 1.3 การศึกษาเหลื่อมเวลาระยะยาว (sequential study)
 - 1.4 การศึกษาแบบ Time-Lag
2. โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง (Latent growth curve models: LGCM)

ตอนที่ 8 เกณฑ์ปกติ (Norms)

1. ประเภทของเกณฑ์ปกติ
2. หลักการทางสถิติในการสร้างเกณฑ์ปกติ

ตอนที่ 9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล

1. เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล
2. ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา
3. ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาด้วยกัน

ตอนที่ 10 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตอนที่ 1 แนวคิดพื้นฐานอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล

1. ความหมายของอัตลักษณ์

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2554, น. 1048, น. 1494) ให้ความหมายว่า คำว่า อัตลักษณ์ ประกอบด้วย “ อัต ” (อัต-ตะ) หมายถึง ตนหรือตัวเอง ส่วน “ ลักษณ์ ” หมายถึง สมบัติเฉพาะตัว ซึ่งตรงกับคำว่า “ Identity ” ในภาษาอังกฤษ ดังนั้นเมื่อนำคำ 2 คำรวมกัน อัตลักษณ์ จึงหมายถึง กระบวนการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งแสดงสมบัติเฉพาะตัวของตนเอง

พจนานุกรมศัพท์ศึกษาศาสตร์ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2555, น. 270) ให้นิยามว่า อัตลักษณ์ มีความหมาย 3 นัย ได้แก่ 1) ผลรวมของลักษณะเฉพาะบุคคลหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ทำให้สิ่งนั้นเป็นที่รู้จัก และจดจำได้ 2) ความเป็นหนึ่งเดียวหรือสภาวะที่ไม่มีผู้ใดเหมือน 3) ผลที่เกิดแก่ผู้เรียน นิสิต นักศึกษา ตามปรัชญาวิสัยทัศน์ พันธกิจ ตลอดจนวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งสถานศึกษานั้น ๆ ตามความตั้งใจของผู้ก่อตั้ง คณะกรรมการสถานศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (สมศ.) (2555, น. 49) ให้ความหมายว่า อัตลักษณ์ หมายถึง บุคลิก ลักษณะที่เกิดขึ้นกับผู้เรียนตามปรัชญา/วิสัยทัศน์ พันธกิจ และวัตถุประสงค์ของสถานศึกษาระดับอุดมศึกษา ที่ได้รับความเห็นชอบจากสภาสถาบัน

อภิญา เฟื่องฟูสกุล (2546, น. 4-26) สรุปความหมายของอัตลักษณ์ในมิติเชิงสังคมว่า หมายถึง การแสดงออกความเป็นตัวเราของปัจเจกบุคคลทั้งด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดและการแสดงออกที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทหน้าที่ทางสังคม ในทางสังคมศาสตร์ ใช้คำว่า “อัตลักษณ์” แทน “เอกลักษณ์” โดยเหตุปัจเจกอาจมีหลายอัตลักษณ์ได้ในขณะเดียวกัน และการให้ความหมายของอัตลักษณ์ก็อาจเปลี่ยนแปลงไปตามบริบท จึงมิได้หมายถึงคุณสมบัติเฉพาะตัวต่อไป

ธงชัย สมบูรณ์ (2549, น. 18) ให้ทัศนะว่าอัตลักษณ์เป็นการมองตนเองเพื่อตอบ คำถามว่าฉันคือใคร และฉันเหมือนหรือแตกต่างจากเขาอย่างไร โดยอัตลักษณ์จะอยู่ในตนเองอย่างต่อเนื่อง ในแต่ละบุคคลสามารถมองตนเองได้หลายแง่มุม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าเราเป็นสมาชิกของหน่วยใด สังคมใด ซึ่งเป็นไปตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยสังคมนั้นการให้ความหมายของอัตลักษณ์นั้นมีความสอดคล้องและแตกต่างกับนักวิชาการในต่างประเทศ ดังนี้

พจนานุกรมเว็บมาสเตอร์ (Webster’s Dictionary, 1995, น. 481) นิยามว่า อัตลักษณ์ คือ คุณสมบัติเฉพาะของคนในกลุ่มที่เหมือนกันทุก ๆ ด้านทำให้โดดเด่นขึ้นมาหรือแตกต่าง

บาร์ท (Barth, 1969, น. 17-18) สรุปว่า อัตลักษณ์ เป็นความพยายามสร้างขอบเขตของบุคคลเพื่อ ตอบคำ ถามให้ได้ว่าเราเป็นใคร แตกต่างกับคนอื่นอย่างไร สัมพันธ์กับเราอย่างไร คนอื่นสัมพันธ์กับเราอย่างไร ซึ่งเป็นกระบวนการที่เหมือนกับสิ่ง 2 สิ่งที่แยกจากกันไม่ได้เช่นเดียวกับเหรียญ 2 ด้าน ด้านหนึ่งแสดงความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน และอีกด้านหนึ่งแสดงความรู้สึกของคนอื่นต่อเรา

โรเรส, และชาตเฮอริ (Rowles, & Chaudhury, 2005, p. 54) ให้ความหมายว่า อัตลักษณ์เป็นสิ่งที่อยู่ภายในของบุคคลภายใต้กรอบทางวัฒนธรรม ที่ซ่อนเร้นอยู่ภายในตนเอง

ลอเลอร์ (Lawler, 2008, pp. 5-6) อธิบายว่า อัตลักษณ์มาจากภาษาละตินว่า “Idem” แปลว่า เหมือน (Same) อัตลักษณ์จึงเหมือนของสองสิ่งหรือฝาแฝดที่แยกขาดกันไม่ได้คือ ความเหมือน (Sameness) และความลักษณะเฉพาะ(Uniqueness) ซึ่งมีมากกว่าลักษณะเฉพาะของบุคคลที่แสดงออกมา

จากความหมายที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าอัตลักษณ์มีความหมาย 2 นัย คือ นัยเชิงสังคม และนัยเชิงการศึกษา ในเชิงสังคม อัตลักษณ์เป็นการแสดงออกความเป็นตัวตนที่มีความสัมพันธ์กับบทบาท หน้าที่ทางสังคม สำหรับนัยทางการศึกษานั้น อัตลักษณ์คือบุคลิก ลักษณะการแสดงออกของผู้เรียนโดย การกำหนดจากสถานศึกษา

สรุปได้ว่า อัตลักษณ์ หมายถึง ผลที่เกิดกับผู้เรียนในรูปของบุคลิก ลักษณะและการแสดงออกที่แสดงออกมาเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลที่ศึกษาในสถานศึกษานั้น ๆ โดยทำให้บุคคลอื่นรู้ว่าตนเองคือใคร แตกต่างจากคนอื่นหรือสถานศึกษาอื่นอย่างไร ภายใต้การกำหนด ปรัชญา วิสัยทัศน์ พันธกิจ และวัตถุประสงค์ของสถานศึกษา

2. ความสำคัญของอัตลักษณ์

อัตลักษณ์มีความสำคัญเนื่องจากการสร้างสัญลักษณ์เพื่อแสดงความเป็นตัวตน ผ่านการปฏิสัมพันธ์ที่เชื่อมต่อกันระหว่างความเป็นปัจเจกกับบทบาทหน้าที่และระบบที่สังคมกำหนดมา เช่น ความเป็นพ่อ แม่ อัตลักษณ์มีหน้าที่สร้างกฎเกณฑ์ขึ้นมา เพื่อจัดระเบียบสิ่งที่กำหนดขึ้นในขณะเดียวกัน ทำหน้าที่แบ่งแยก กีดกัน สรรพสิ่งที่มีคุณลักษณะแตกต่างออกไปนอกรอบ (ธงชัย สมบูรณ์, 2549, น. 22) นอกจากนี้ยังพบว่าอัตลักษณ์มีความสำคัญในมิติอื่น ดังนี้

1. อัตลักษณ์ เป็นหัวใจของชีวิตสังคม ทำให้ชีวิตสังคมมีความหมาย (Meaning) การรู้ว่าเราเป็นใคร คนอื่นเป็นใคร มีความเหมือนหรือความต่างอย่างไร ทำให้การติดต่อสัมพันธ์กันจนก่อให้เกิดวัฒนธรรม (ปรีชา คุวินทร์พันธ์, 2551, น. 8) ในขณะที่อัตลักษณ์เป็นลักษณะร่วมกันที่ช่วยเสริมสร้างการอยู่ร่วมกันอย่างสันติ หากสังคมมีความแตกต่างทางวัฒนธรรม อาจนำมาซึ่งความขัดแย้งเชิงอัตลักษณ์ ส่งผลให้เกิดความรุนแรงในสังคม (มานะ แก้วมาลา, 2552, น. 19-20)

2. อัตลักษณ์จะช่วยบ่งบอกถึงความแตกต่างและจัดการความแตกต่างเพื่อแยกแยะสิ่งที่ไม่เหมือนกันและแบ่งคนที่ไม่เหมือนกันโดยจะทำหน้าที่เชื่อมโยงระหว่างจิตใจของบุคคลกับสังคมโลกหรือระหว่างตนเองกับสิ่งที่ผู้อื่นมองเราว่าเราเป็นอย่างไร (Woodward, 2004, pp. 7-8)

3. อัตลักษณ์จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมจากบริบทของโลกาภิวัตน์ที่ทำให้มิติเวลาที่เร่งเร็วขึ้นในขณะที่มิติพื้นที่ดูแคบลง เพราะการปฏิบัติเทคโนโลยีทางการสื่อสารทำให้เกิดการเคลื่อนไหวทางวัฒนธรรมไปอย่างรวดเร็ว ชับซ้อน ส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิดที่มนุษย์ตีค่าและ

นิยามอัตลักษณ์ของตนเอง ทั้งวัฒนธรรม ศาสนา เพศ หรือค่านิยมของกลุ่มชาติพันธุ์ ผลกระทบดังกล่าวแสดงออกมาในรูปของแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับปัจเจกชนที่มีการปฏิสัมพันธ์กับผู้คนจนถึงระดับการเคลื่อนไหวทางสังคม (ชัยณรงค์ ชันฉนิก, และชูเกียรติ โพนแก้ว, 2552, น. 9)

4. อัตลักษณ์ช่วยแก้ปัญหาสังคมได้ถึงรากเหง้า อัตลักษณ์ช่วยให้เราเห็นความละเอียดอ่อนของกระบวนการสร้างอัตลักษณ์ทั้งในแง่ของกลไกและระดับต่าง ๆ ที่ปรากฏ การรู้เท่าทันและเข้าใจถึงที่มาของปัญหาจะช่วยให้เรามีแนวทางการแก้ปัญหาถึงรากเหง้าหรือมองปัญหาได้ทุกมิติ นอกจากนี้อัตลักษณ์ยังเป็นตัวเชื่อมโยงให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในสังคมพหุลักษณะภายใต้ความแตกต่างของอัตลักษณ์ใหม่ในสังคมปัจจุบันกับอัตลักษณ์ดั้งเดิม (อภิญา เฟื่องฟูสกุล, 2546, น. 134)

จะเห็นได้ว่า อัตลักษณ์มีความสำคัญต่อการช่วยให้มนุษย์อยู่ร่วมกันในสังคมอย่างสันติ เกิดการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรม รวมไปถึงเป็นตัวเชื่อมโยงให้เกิดความสามัคคีในสังคม ทั้งนี้เนื่องจากสมาชิกของสังคมมีการปรับตัวซึ่งกันและกัน ตลอดจนการเคารพถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล

3. แนวคิดรูปแบบระบบสังคมสำหรับสถานศึกษา (Social – System Model for School)

ฮอย, และมิสเกล (Hoy, & Miskel, 2013, pp. 23-34) ได้เสนอแนวคิดรูปแบบระบบสังคมสำหรับสถานศึกษา (Social – System Model for School) ซึ่งเป็นแนวคิดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของสถานศึกษา ภายใต้ข้อสันนิษฐานที่ว่า ระบบสังคมเป็นระบบเปิดทั่วไปที่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างบุคคลในสถานศึกษา แนวคิดดังกล่าวสามารถนำมาปรับและวางแผนเพื่อพัฒนาสถานศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะสถานศึกษาที่มีความแตกต่างกันทั้งในด้านของปัจเจกบุคคล สิ่งแวดล้อม เครือข่ายทางสังคม ตลอดจนวัฒนธรรม โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

1. โครงสร้าง (Structure) ในสถานศึกษาโครงสร้างถูกกำหนดด้วยบทบาทของทางระบบราชการประกอบด้วยผู้บริหาร ครู และนักเรียน ภายใต้บทบาทหน้าที่ กฎระเบียบทางราชการ และสายบังคับบัญชา

2. ปัจเจกบุคคล (Individual) ได้แก่ ความต้องการ เป้าหมาย ความเชื่อ และการตระหนักรู้ของบุคคลในสถานศึกษาที่มีความแตกต่างกัน

3. วัฒนธรรม (Culture) เป็นความสัมพันธ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาระหว่างความต้องการบทบาททางราชการกับความต้องการทำงานของแต่ละบุคคลในรูปของค่านิยมร่วม ปทัสฐาน ความเชื่อและวิถีทางความคิด

4. การเมือง (Politics) เป็นการก่อเกิดอำนาจอันชอบธรรมอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการจากโครงสร้างวัฒนธรรมและความเป็นปัจเจกบุคคลของคนในสถานศึกษาภายใต้การปฏิสัมพันธ์กัน

5. การสอนและการเรียนรู้ (Teaching and Learning) ทุกสถานศึกษาถือว่าการสอนและการเรียนรู้เป็นพันธกิจหลักและกระบวนการสำคัญของสถานศึกษา ซึ่งการเรียนรู้จะเกิดขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงองค์ความรู้และพฤติกรรมที่ได้จากการสอน

6. สิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อโครงสร้างและกิจกรรมของสถานศึกษา ได้แก่ กฎหมาย เศรษฐกิจ การเมือง ภูมิประเทศและเทคโนโลยี รวมไปถึงกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) เช่น ผู้ปกครอง สมาคม หน่วยงานบังคับบัญชา บุคลากรของสถานศึกษา เป็นต้น

7. ผลลัพธ์ (Outcomes) เป็นผลมาจากพฤติกรรมของสถานศึกษาที่มีการปฏิสัมพันธ์กันอย่างเป็นพลวัตร ซึ่งหมายถึงโครงสร้าง ปัจเจกบุคคล วัฒนธรรมและการเมืองที่มีสิ่งแวดล้อมของสถานศึกษาเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานของสถานศึกษาจะเป็นตัวบ่งชี้ผลสัมฤทธิ์ของสถานศึกษา

8. การสะท้อนกลับภายใน (Internal Feedback Loops) ในสถานศึกษาทั้งโครงสร้างสถานศึกษาที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการล้วนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของปัจเจกบุคคลในสถานศึกษาทั้งสิ้น การสะท้อนกลับภายในที่เหมาะสมจะช่วยเสริมแรงทางบวกและลดการเสริมแรงทางลบได้

9. การสะท้อนกลับภายนอก (External Feedback Loops) พฤติกรรมในสถานศึกษา จะช่วยให้เกิดการสะท้อนกลับภายนอกได้โดยเฉพาะวัฒนธรรมชุมชนจะมีอิทธิพลทางตรงต่อเป้าหมายของสถานศึกษาและมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความต้องการของปัจเจกบุคคล

จะเห็นได้ว่าแนวคิดรูปแบบระบบสังคมสำหรับสถานศึกษา เป็นแนวคิดมาจากฐานคิดของทฤษฎีทางสังคมโดยถูกนำมาปรับใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของสถานศึกษา ประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า (Input) สิ่งแวดล้อม (Environment) และผลลัพธ์ (Output)

1. การบริหารปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ นโยบาย/วิสัยทัศน์/พันธกิจ การพัฒนาทรัพยากรบุคคล งบประมาณ เทคโนโลยีและสิ่งสนับสนุน การจัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศของวิทยาลัย

2. ด้านกระบวนการ (Process) ได้แก่ การจัดการเรียนการสอน การส่งเสริมการเรียนรู้ การสร้างการรู้คิด/การสร้างแรงจูงใจ และวัฒนธรรมองค์กร

4. การพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล

อัตลักษณ์เป็นสิ่งที่คนแสดงออกถึงความเป็นปัจเจกหรือความเป็นส่วนตัวที่ถูกหล่อหลอม ขึ้นมาจากบทบาทหน้าที่ วัฒนธรรมทางสังคม ซึ่งถูกถ่ายทอดหรือแสดงออกมาในรูปของความต้องการของบุคคลหนึ่ง (เขมิสา ขา วิลัย, 2552, น. 11) เพื่อให้รู้ว่าตนเป็นใคร คนอื่นเป็นใคร โดยกระบวนการทางสังคม การสร้าง รักษาและสืบทอดอัตลักษณ์นั้น มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาไม่คงที่แน่นอน ทั้งนี้เนื่องจากอัตลักษณ์ไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ หรือติดตัวมาตั้งแต่กำเนิดแต่ อัตลักษณ์ถูกสร้างขึ้นและมีลักษณะเป็นพลวัต คือ มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามบริบทของสังคม (ณัฐพงศ์ จิตรนิรัตน์, 2552, น. 21-22) การสร้างและปรับเปลี่ยน อัตลักษณ์จึงไม่ใช่การเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการช่วงชีวิต แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกระบวนการต่อรองกับระเบียบแบบแผน เหตุการณ์ เพื่อให้เห็นถึงความต้องการที่แท้จริงของตนเองอัตลักษณ์ (ธัญญา รุจิเสถียรทรัพย์, 2552, น. 7) อย่างไรก็ตามเราสามารถสร้างได้โดยสถาบันทางสังคมไม่ว่าจะเป็นสถาบันครอบครัว สถาบันการเมืองโดยเฉพาะสถาบันการศึกษา โทมัส ลิคโคนา (Thomas Lickona, 2002 อ้างถึงใน สวัสดิ์ ประทุมราช, 2545, น. 53) แสดงทัศนคติว่า โรงเรียนเป็นส่วนสำคัญต่อการพัฒนาอัตลักษณ์ โดยจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการกระทำเชิงจริยธรรม เน้นคุณค่าที่ดี และให้อยู่ในจิตสำนึกของคนทุกคน จนกลายเป็นวัฒนธรรมเชิงจริยธรรม สามารถปฏิบัติหรือแสดงออกทางการกระทำ จนเกิดเป็นคุณสมบัติของอัตลักษณ์ในที่สุด

ในประเทศไทยอัตลักษณ์ของชาติถูกส่งผ่านในระบบการศึกษามาตั้งแต่รัชกาลที่ 5 โดยแรกเริ่มชี้ให้เห็นถึงการมุ่งพัฒนาคนให้เป็นคนดี มีความรับผิดชอบ ประกอบอาชีพสุจริต ภาคภูมิใจในความเป็นไทย อารงความเป็นไทย รักชาติ และการเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม เพื่อพัฒนารัฐให้ทันสมัย ต่อมาอัตลักษณ์ของชาติที่ส่งผ่านแผนการศึกษาแห่งชาติ (พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2535) เน้นการสร้าง ความ กินดีมีสุข ปัจจุบันอัตลักษณ์ที่ส่งผ่านพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 เน้นการ ดำรงอยู่ ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของสังคมอย่างรวดเร็ว คือ เก่ง ดี และมีสุข การผลักดันให้สังคม เป็นสังคม แห่งการเรียนรู้ เพื่อก่อให้เกิดความสมานฉันท์และความเอื้ออาทร ภายใต้การหลอมรวม ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช (ธงชัย สมบูรณ์, 2549, น. 209-313)

วิธีการที่ถือว่าเป็นหัวใจของการเสริมสร้างอัตลักษณ์คือการสอดแทรกโดยผ่านหลักสูตร และแบบเรียน แบบเรียนจึงมีบทบาทสำคัญยิ่งในฐานะผู้นำทางสังคม ทั้งนี้เนื่องจากผู้เขียนใช้เนื้อหา ในการกระตุ้นให้เกิดการเสริมสร้างอัตลักษณ์แล้วยังสะท้อนให้เห็นถึงอัตลักษณ์ความเป็นตัวตน ของผู้แต่งและสังคม (มานะ แก้วมาลา, 2552, น. 40-41) โดยลักษณะวิธีการสร้างอัตลักษณ์จาก แบบเรียน ได้แก่ 1) การย้าที่ชื่อบทเรียน 2) การย้าที่ตัวเนื้อหาบทเรียน และ3) การกล่าวซ้ำในประเด็น เดียวกันในแบบเรียนอื่น (สุภาพร คงศรีรัตน์, 2554, น. 1-12) ตลอดจนการส่งเสริมให้นักศึกษามี

โอกาสได้ตัดสินใจเลือกอัตลักษณ์ของสถาบันภายใต้การแนะนำของครูผู้สอน (McNair et al., 2011, pp. 374-396) นอกจากนี้ พบว่าปัจจัยการบริหารจัดการภายในของสถานศึกษา เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยเสริมสร้างพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษาหรือของสถานศึกษา ดังนั้น สถานศึกษาจึงจำเป็นต้องมีกลยุทธ์ กลวิธีที่ สอดคล้องกับบริบทของแต่ละสถานศึกษา ได้แก่ การทำให้เกิดการยอมรับคุณค่าร่วมกันภาวะผู้นำของผู้บริหาร การสร้างภาคีเครือข่าย และการดำเนินงานตามวงจรเดมมิง (Demming Cycle) (เกรียงไกร เจริญผล, 2553, น. 164-166) ภายใต้ขั้นตอนการดำเนินการ 3 ขั้นตอน คือ 1) มีการสะท้อนการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเรียนรู้เชิงลึก 2) การจัดการความเสี่ยงโดยการพิจารณาตรวจสอบ ประเมินผล แผนงานอย่างละเอียด และ 3) เรียนรู้ประสบการณ์นวัตกรรม ร่วมกันจากเพื่อน

วิชาชีพพยาบาลเป็นอาชีพที่มีเกียรติในสังคม เนื่องจากเป็นอาชีพที่คอยช่วยเหลือมนุษย์ ในยามเจ็บป่วย พิ้นฟูสุขภาพ ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพและการช่วยเหลือแพทย์ในการรักษาโรค อัตลักษณ์เชิงวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีภาพลักษณ์ดี เป็นที่ศรัทธาของประชาชน เน้นบริการในสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย บุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม การใช้วิธีการแห่งปัญญาและ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้องค์ความรู้ทางการแพทย์และศาสตร์ ด้านอื่นในการตัดสินใจหรือคิดอย่างมีวิจารณญาณในแต่ละสถานการณ์ การมีอิสระและเสรีภาพในการให้บริการสังคมตามหลักวิชาและขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ การมีจริยธรรมแห่งวิชาชีพตาม บทบาทของวิชาชีพ ลักษณะวิชาชีพและสิทธิของผู้รับบริการ และการเป็นองค์กรวิชาชีพที่ถูกต้องตามกฎหมาย เพื่อควบคุมคุณภาพการบริการ (วิจิตรา กุสมภ์, 2553, น. 4-10) นอกจากนี้อัตลักษณ์ของ วิชาชีพพยาบาลแล้ว พยาบาลต้องมีอัตลักษณ์เฉพาะตนนอกจากแบบฟอร์มเครื่องแต่งกาย การสวม หมวก หรือการใช้คำพูดแทนว่า “นางฟ้าผู้ปราณี” (Angel of Mercy) ซึ่งเป็นที่รู้จักดีแล้วพยาบาล จำเป็นต้องมีอัตลักษณ์ที่ แสดงความเป็นตัวตนหรือความโดดเด่นจากวิชาชีพอื่น (Chitty, & Black, 2011, p. 54)

สมาคมพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติสหรัฐอเมริกา (AACN: America Association of Critical Care Nurses; Butts, & Rich, 2011, p. 491) กำหนดบุคลิกลักษณะของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ได้แก่ การตัดสินใจทางคลินิก (Clinical Judgment) การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม (Advocacy and Moral Agency) การดูแลอย่างเอื้ออาทร (Caring Practices) การให้ความร่วมมือ (Collaboration) การคิดเชิงระบบ (Systems Thinking) ความรับผิดชอบต่อ (Response to Diversity) และการ สนับสนุนการเรียนรู้ (Facilitation of Learning) ขณะที่อัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลไทยพบว่า มีความซื่อสัตย์ แต่งกาย สะอาด ปฏิบัติตนเป็นกัลยาณมิตร มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการทุกระดับ เคารพในสิทธิและศักดิ์ศรี ผู้รับบริการ รักษาความลับและผลประโยชน์ของผู้รับบริการ ให้การ

พยาบาลด้วยความเต็มใจ เอื้ออาทร ให้ความรู้ คำแนะนำ เพื่อให้ผู้รับบริการดูแลตนเองได้ (สายสวาท เผ่าพงษ์, 2554, น. 42)

วิทยาลัยพยาบาล เป็นสถาบันการศึกษาพยาบาลที่จัดตั้งขึ้นเพื่อผลิตพยาบาลวิชาชีพ ให้แก่ สถานบริการสุขภาพของรัฐ ภายใต้การบังคับบัญชาของสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงาน ปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจหลัก 4 ประการเช่นเดียวกับสถาบันอุดมศึกษาอื่น คือ ผลิตบัณฑิต วิจัย บริการวิชาการแก่สังคม และทำนุบำรุงศิลปและวัฒนธรรม (สำนักงาน คณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2553, น. 1) ด้านการบริหารหลักสูตรวิทยาลัยพยาบาลจัดการเรียน การสอนภายใต้ความเชื่อ ตามปรัชญาของหลักสูตรว่า “การพยาบาลเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล กับผู้ใช้บริการบนพื้นฐานการดูแลแบบเอื้ออาทร (Caring) ประกอบด้วยความเอื้ออาทรเชิง วิทยาศาสตร์ (Scientific Caring) และความเอื้ออาทรเชิงความเป็นมนุษย์ (Humanistic Caring) รวมทั้งศาสตร์ที่เกี่ยวข้องมาใช้เชื่อมโยงในการดูแลสุขภาพทุกภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้ผู้เรียนมีศักยภาพในการดูแลผู้ใช้บริการบนพื้นฐานทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทร (Caring Theory) และทฤษฎีการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanistic Nursing Theory) ” โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ บัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐานเป็นที่พึงของผู้รับบริการ สามารถ ให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (ดรุณี รุจกรกานต์ และคณะ, 2555, น. 20)

ไคลแมน (Kleiman, 2009, น. 5-11) ได้เสนอแนวคิดการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็น มนุษย์ (Humanistic Nursing) ภายใต้การบูรณาการแนวคิดการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanistic Nursing) กับการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Practice) การวิจัยทางการพยาบาล (Nursing Research) และการศึกษาพยาบาล (Nursing Education) โดยเชื่อว่าการพยาบาล (Nursing Care) มีองค์ประกอบสำคัญ 2 ส่วน คือ การพยาบาลในเชิงวิทยาศาสตร์ (Scientific Nursing Care) คือ การพยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อการเยียวยาโรค และ การพยาบาลในเชิง มนุษยธรรม (Humanistic Nursing Care) ซึ่งเป็นการพยาบาลที่มุ่งเน้นการดูแลคน ครอบครัว ชุมชน ซึ่งครอบคลุมถึงความต้องการของบุคคลทั้งในยาม เจ็บปวด ทุกข์โศก วิตกกังวล ท้อแท้สิ้นหวัง หรือ ยามที่มีความสุข ตั้งแต่เกิด ตาย ป่วย พิการหรือมี สุขภาพดี ผ่านการตอบสนองด้วยปฏิสัมพันธ์อย่าง ให้เกียรติซึ่งกันและกัน (Respect) ระหว่างพยาบาล กับผู้รับบริการ โดยใช้กลยุทธ์การสะท้อนคิด (Reflection) วิธีการสนทนา (Dialogue) การสร้างความต้องการสำเร็จในชีวิต (Self-Actualization) และการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงวิชาชีพ (Professional Empowerment) ซึ่งล้วนเป็นเครื่องมือใน การปฏิสัมพันธ์ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความเป็นตัวตนของพยาบาลเอง ได้แก่ การศึกษา ทักษะ ประสบการณ์ชีวิต ญาณทัศนะ ความคิด ความเชื่อ ความสามารถในบทบาทวิชาชีพ จริยธรรม ต้อง แสดงออกอย่างจริงใจ ไม่เสแสร้ง เปิดเผย ตระหนักในความต้องการและเข้าใจผู้รับบริการด้วยการ เสริมสร้างพลังอำนาจ เคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์เคารพ ในความเป็นบุคคลและ

สิทธิส่วนบุคคล คำนึงถึงวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ทั้งนี้สิ่งที่ได้จากการสะท้อน คิดจะทำให้เกิดกระบวนการคิด (Thinking) รู้จักตั้งคำถาม (Questioning) ตัดสินใจด้วยตนเอง (Making Decision) เกิดความมั่นใจ (Self-Confidence) จึงนำไปสู่ความต้องการสำเร็จในชีวิต (Self-Actualization)

การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์จึงเป็นการสัมผัสทางใจอย่างลึกซึ้งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขั้นรากฐานได้ บทบาทของพยาบาลต่อการเปลี่ยนแปลงขั้นรากฐานของมนุษย์ คือการสัมผัสทางใจอย่างลึกซึ้งซึ่งนั่นก็คือ การเยียวยาด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ พยาบาลที่ดีและเก่งมี 3 ลักษณะ คือ Heart Hand และ Head หมายถึง มีหัวใจที่เมตตากรุณา มีสมองที่เรียนรู้ได้และลงมือปฏิบัติอย่างอ่อนโยน (ประเวศ วะสี, 2553, น. 10-12) สอดคล้องกับสุริย์ ธรรมิกบวร (2554, น. 21-25) อธิบายว่าการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มุ่งเน้นการพยาบาลแบบองค์รวมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม การเป็นกัลยาณมิตร ให้การพยาบาลด้วยความเอื้ออาทร ด้วยความรักและเมตตา กิจกรรมทางการพยาบาลของบริษัทหนึ่งอาจเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมกับอีกบริษัทหนึ่งก็ได้ ทั้งนี้ศักยภาพของพยาบาลที่จำเป็นต่อการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ควรมีคุณลักษณะดังนี้

1. เป็นผู้ที่เชื่อและเข้าใจปรัชญาองค์กรรวม
2. มีความพร้อมในการให้การพยาบาลที่เอาใจใส่เอื้ออาทร
3. มีความไวเชิงวัฒนธรรมและเพศภาวะคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล
4. ใช้ศิลปะในการปฏิบัติงานด้วยจิตวิญญาณ ใส่ใจต่อความสอดคล้องวิถีชีวิตของผู้ป่วย
5. มีความสามารถในการประเมินสถานะอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น
6. มีความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ
7. มีความสามารถในการสื่อสารโดยเฉพาะทักษะการฟังแบบลึกซึ้งโดยฟังอย่างตั้งใจ ไม่ด่วนตัดสิน เคารพผู้พูด ให้เกียรติและรับฟังอย่างตั้งใจ
8. มีความสามารถในการคิดเป็นระบบ คิดอย่างมีวิจารณญาณ มองทุกอย่างเชื่อมโยง
9. มีความสามารถในการสร้างสุขจากการมีจิตอาสา

ดังนั้นสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะที่เป็นหน่วยบังคับบัญชาของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดอัตลักษณ์ของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ว่า “การให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” ซึ่งหมายถึง การให้บริการที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตา ใส่ใจในปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง ให้บริการตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นจริงโดยรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ เป็นหลักประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก (สถาบันพระบรมราชชนก, 2554, น. 4) ได้แก่

1. จิตบริการ (Service Mind) หมายถึง การให้บริการที่เป็นมิตร มีความรักความเมตตา ใส่ใจในความทุกข์ที่เป็นปัญหาของผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งจะให้บริการโดยคำนึงถึงประโยชน์ ส่วนรวมมากกว่าส่วนตน วางใจเป็นกลางในการให้บริการ โดยคำนึงถึงความเป็นเหตุเป็นผลบนพื้นฐานของความเข้าใจคนอื่นตามความจริง

2. การคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking) หมายถึง การคิดที่อยู่บนฐานของการมีข้อมูลที่ หลากหลาย ตามสภาพความเป็นจริงเพื่อเป็นการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการอย่างมีวิจารณ์ญาณ โดยเชื่อมโยงความรู้เข้าสู่การแก้ปัญหาของผู้รับบริการที่สอดคล้องกับ บริบทสภาพการดำรงชีวิต

3. การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Participation) หมายถึง การให้บริการสุขภาพที่คำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล ซึ่งเกิดความเข้าใจสภาพการดำรงชีวิต บริบท เงื่อนไข ศักยภาพ ความสามารถ ที่มีผลต่อพฤติกรรม เข้าใจสภาพการดำรงชีวิต บริบท เงื่อนไข ศักยภาพ ความสามารถ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการ ทั้งนี้ผู้ให้บริการสามารถถ่วงถ่วง คัดเลือกความรู้ที่เหมาะสมและเสนอเป็นทางเลือก เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตจริงโดยให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมรับรู้ ตัดสินใจและแก้ปัญหาสุขภาพของตนเองและครอบครัว ตลอดจนสนับสนุน และส่งเสริมให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้

อย่างไรก็ตามการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ภายใต้โครงการวิจัยและพัฒนาการจัดการศึกษาแนวใหม่ที่เน้นการสร้างอัตลักษณ์ของนักศึกษาสถาบันพระบรมราชชนก โดยได้นำแนวคิดการจัดการศึกษาสุขภาพแนวใหม่และศาสตร์ทางสังคมมาบูรณาการเน้นการสอน 2 มิติ คือ การสอนจากองค์ความรู้ทางวิชาชีพที่เป็นทฤษฎีและการสอนจากสภาพจริง เป้าหมาย คือ การสร้างบัณฑิตที่มีความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพ มีวิจารณ์ญาณและความใฝ่รู้อย่างต่อเนื่อง โดยดำเนินการพัฒนาระบบการเรียนการสอน ในรายวิชา การสอนที่เน้นหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized Learning Model) ในวิทยาลัยพยาบาล 13 แห่ง พัฒนาอาจารย์ผู้สอนจัดทำต้นแบบชุดวิชาทางการพยาบาล วิชามนุษย์และวิชาทางสุขภาพ ตลอดจนการสร้างเครือข่ายการเรียนการสอนที่เน้นหัวใจความเป็นมนุษย์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการจัดการความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ (สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, 2554, น. 45) นอกจากนี้สถาบันพระบรมราชชนก ได้จัดทำหลักสูตรฝึกอบรมการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์: การประยุกต์ใช้ในองค์กรโดยใช้วิจัยเป็นฐาน สำหรับผู้บริหารและอาจารย์ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ใช้ระยะเวลา 2 วัน มีแผนการจัดการเรียนรู้ภาคทฤษฎี 12 ชั่วโมง 6 แผนการเรียนรู้อาชีพปฏิบัติ จำนวน 12 ชั่วโมง 5 แผนการเรียนรู้อาศัยประสบการณ์ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม การนำเสนอผลงาน การถอดบทเรียน การสรุปและการวางแผนทางปฏิบัติตามสัญญา ผลการนำ

หลักสูตรไปใช้พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมมีความพึงพอใจในเนื้อหาการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และการคิดอย่างเป็นระบบ (มกราพันธ์ จุฑารสก, 2551, น. 5-6)

นอกจากนี้ยังมีแนวคิดพื้นฐานที่ช่วยสนับสนุนอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลอีก ได้แก่ แนวคิดภาวะผู้นำ ใฝ่บริการ (Servant Leadership) กรีนลีฟ (Greenleaf, 2005 as cited in Smith, 2005, p. 1) ได้สรุปสาระสำคัญของแนวคิดนี้ โดยให้ความหมายว่า หมายถึง พฤติกรรมการให้บริการเพื่อนร่วมงานเพื่อสนองตอบความต้องการของเพื่อนร่วมงาน โดยใช้อำนาจทางศีลธรรม กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน และมอบอำนาจให้แก่เพื่อนร่วมงาน เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย ร่วมกันของกลุ่มหรือองค์กร สาระสำคัญของทฤษฎีนี้ คือ คนเริ่มต้นจากการมีจิตใจรับใช้ให้บริการผู้อื่น และต่อมาเห็นว่าการก้าวไปสู่ภาวะการนำคือ เพื่อที่จะรับใช้ ให้บริการผู้อื่นได้ดีขึ้น จะเป็นผู้นำที่ดีได้มากกว่าคนที่เริ่มต้นคิดจากจิตใจต้องการเป็นผู้นำ ซึ่งอาจมาจากแรงจูงใจต้องการมีอำนาจหรือมีผลประโยชน์เพิ่มขึ้น โดยมีลักษณะสำคัญของภาวะผู้นำใฝ่บริการ คือ ความต้องการช่วยเหลือผู้อื่นที่เป็นความรู้สึกที่แท้จริงจากจิตสำนึก (Conscious) การกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้คนค้นพบและพัฒนาความสามารถ ความต้องการของตนเองและเจริญงอกงามในฐานะบุคคล มีสุขภาพที่ดี ฉลาด เป็นอิสระและมีจิตสำนึกในการรับใช้ผู้อื่นเพื่อประโยชน์ของส่วนรวม (Russell, & Stone, 2002, p. 145; สัมฤทธิ์ กางเพ็ง, และสรายุทธ กันหลง, 2553, น. 37)

สเปียร์ (Spears, 2010, pp. 25-30) ได้สรุปคุณลักษณะภาวะผู้นำใฝ่บริการเป็น 10 ประการ ได้แก่

1. การฟัง (Listening) การฟังอย่างตั้งใจจะทำให้เกิดความชัดเจนต่อความต้องการหรือเจตนาารมณ์ของผู้ฟัง ทั้งนี้ควรมีการสะท้อนกลับถึงความรู้สึกซึ่งจะช่วยให้เป็นผู้นำใฝ่บริการที่ดีได้
2. การรู้สึกร่วม (Empathy) การทำความเข้าใจกับผู้อื่นและยอมรับตลอดจนให้ความสำคัญกับความเป็นตัวตนของเขาเป็นการแสดงความปรารถนาดีของผู้นำใฝ่บริการ
3. การเยียวยา (Healing) ความสามารถในการเยียวยาตนเองและผู้อื่นในสถานการณ์ที่เจ็บปวดและเป็นทุกข์เป็นจุดเด่นของผู้นำใฝ่บริการ
4. การตระหนักรู้ (Awareness) จะช่วยให้เกิดความเข้าใจในจริยธรรมและคุณธรรม มอง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแบบองค์รวม เกิดความสงบได้ในที่สุด
5. การโน้มน้าวใจ (Persuasion) การโน้มน้าวใจมีความเกี่ยวข้องกับคุณลักษณะข้ออื่น ซึ่งเป็นเรื่องของการจูงใจ เชิญชวนให้ปฏิบัติตามมากกว่าบังคับขู่เข็ญ
6. การสร้างกระบวนทัศน์ (Conceptualization) เป็นความสามารถในการสร้างกรอบแนวคิด กระบวนการแก้ปัญหา อย่างเป็นระบบจากข้อมูลหรือสภาพจริง
7. การมองการณ์ไกล (Foresight) มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการสร้างกระบวนทัศน์เป็นความสามารถในการเชื่อมโยงอดีต ปัจจุบัน และอนาคต

8. การให้การดูแล (Stewardship) เป็นการทำงานอุทิศตนเพื่อตอบสนองความต้องการขององค์กรด้วยความจริงใจเปิดเผย เชิญชวนมากกว่าการบังคับ

9. การมุ่งมั่นพัฒนาบุคคล (Commitment to the Growth of People) ผู้นำให้บริการต้องมุ่งมั่นที่จะพัฒนาผู้อื่นด้วยการส่งเสริมให้เกิดการตัดสินใจ ให้การช่วยเหลือพนักงานทุกตำแหน่ง

10. การสร้างชุมชน (Building Community) โดยการสร้างกลุ่มให้เป็นชุมชนหรือองค์กรขนาดใหญ่ และคอยให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางด้วยการโน้มน้าว

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการกำหนดอัตลักษณ์ “การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” ของนักศึกษาพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ จิตบริการ การคิดเชิงวิเคราะห์ และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ มาจากแนวคิดของสถาบันพระบรมราชชนก (2554) แนวคิดการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanistic Nursing) ของไคลแมน (Kleiman, 2009) และแนวคิดภาวะผู้นำให้บริการ (Servant Leadership) ของกรีนลีฟ (Greenleaf, 2005) ซึ่งเป็นแนวคิดพื้นฐานของวิชาชีพพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

ตอนที่ 2 แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล (Service mind)

แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย ความหมาย ความสำคัญแนวคิด โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความหมายของจิตบริการ

ความหมายของจิตบริการซึ่งเกี่ยวข้องกับวิชาชีพพยาบาลและศาสตร์ด้านอื่น มีดังนี้ พจนานุกรมเว็บมาสเตอร์ (The New Lexicon Webster's Dictionary of The English Language, 1995, p. 910) ได้นิยามว่า การบริการ หมายถึง อาชีพที่คอยรับใช้หรือการจ้างงานของรัฐบาลที่คอยบริการ ช่วยเหลือ แก่ผู้รับบริการ

โกรนรูส (Gronroos, 2006, p. 324) ให้ความหมายว่า การบริการเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย ชุดของกิจกรรมที่มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการ บุคคล สินค้า ทรัพยากร และโครงสร้างพื้นฐาน และผู้รับบริการ โดยมีเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหาให้กับผู้รับบริการ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2556, น. 324, 653) ให้ความหมายว่า จิต หมายถึง ใจหรือ สิ่งที่มีหน้าที่รู้ คิด และนึก ส่วน คำว่า บริการ หมายถึงการปฏิบัติรับใช้ การให้ความสะดวก จิตบริการ จึงหมายถึง การปฏิบัติรับใช้ให้ความสะดวกด้วยใจ

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข (2554, น. 4) ให้ความหมายของจิตบริการว่า หมายถึง การให้บริการที่เป็นมิตร มีความรักความเมตตา ใส่ใจในความทุกข์ที่เป็นปัญหา

ของผู้รับบริการ และผู้ที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งจะให้บริการโดยคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตน วางใจเป็นกลาง ในการให้บริการ โดยคำนึงถึงความเป็นเหตุ เป็นผลบนพื้นฐานของความเชื่อใจคนอื่น ตามความจริง

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า จิตบริการ หมายถึง การให้บริการที่เป็นมิตร มีความรักความเมตตา ใส่ใจในความทุกข์ที่เป็นปัญหาของผู้รับบริการ สามารถแก้ปัญหาได้ทันที่ด้วยความมุ่งมั่น ตั้งใจ คำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตน เพื่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการโดยไม่เลือกปฏิบัติ

2. ความสำคัญของจิตบริการ

ลักษณะของวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ให้บริการแก่สังคมด้วยการปฏิบัติการพยาบาล ด้วยวิทยาศาสตร์และศาสตร์ทางศิลปะ พยาบาลจึงต้องอาศัยความรู้ความชำนาญ และทักษะทางสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และที่สำคัญคือวิชาชีพพยาบาลเป็นการปฏิบัติโดยตรงต่อมนุษย์ พยาบาลจึงจำเป็นต้องเข้าใจในธรรมชาติของมนุษย์ในฐานะของสิ่งมีชีวิตที่มีจิตใจ คุณค่าต้องคำนึงถึงสิทธิและความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย จึงต้องอาศัยรูปแบบความสัมพันธ์แบบเอื้ออาทร (Caring) และเข้าใจผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง เคารพในศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ (สิวลี ศิริไล, 2548, น. 195-198; วิจิตรา กุสมภ์, 2553, น. 4-10) สถาบันการศึกษาพยาบาลจึงต้องปลูกฝังให้นักศึกษามีความอดทนสูง รักในหน้าที่การงานและผู้ให้บริการ มีพฤติกรรมกรให้บริการที่ดีและมีความเอื้ออาทรจนเป็นนิสัย (ดรุณี รุจกรกานต์ และคณะ, 2555, น. 13)

การสร้างคุณลักษณะด้านจิตบริการที่พึงประสงค์จึงจำเป็นต้องดำเนินการตั้งแต่ขณะเป็นนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี (2556, น. 1) ได้เสนอคุณลักษณะด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาลนั้นประกอบด้วย

1. เต็มใจ (Willing) หมายถึง การปฏิบัติต่อผู้รับบริการด้วยท่าที่เป็นมิตร กิริยาสุภาพ อ่อนโยน พุดจาไพเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใสเห็นใจ
2. เอาใจใส่ (Attentiveness) หมายถึง กระตือรือร้น สอบถามทุกข์สุขและสังเกตการเปลี่ยนแปลงอย่างสม่ำเสมอและตอบสนองต่อความรู้สึกหรือความต้องการของผู้รับบริการอย่างทันที่ ที่ให้ความช่วยเหลือโดยผู้รับบริการไม่ต้องร้องขอ ไม่หวังสิ่งตอบแทน
3. ความเสมอภาค (Equity) หมายถึง การปฏิบัติต่อผู้รับบริการอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่แบ่งแยก
4. เคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Respect & Dignity) หมายถึง การยอมรับและเคารพในความแตกต่างทางความคิดและพฤติกรรมของแต่ละบุคคลด้วยการรับฟังปราศจากอคติ

ดังนั้นผู้บริหารสถานศึกษาพยาบาลซึ่งถือว่าเป็นบุคคลสำคัญที่สุดในองค์กรจะต้องผลักดันให้เกิดเป็นรูปธรรมภายใต้กระบวนการบริหารการศึกษาอย่างเป็นระบบและบูรณาการกับพันธกิจด้านอื่นของสถาบันการศึกษา ให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยและสังคมโลก ทั้งนี้เพื่อให้นักศึกษาเกิดการให้บริการด้วยคุณภาพอย่างแท้จริง (High Quality) (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2553, น. 23-24)

3. แนวคิดเกี่ยวกับจิตบริการ

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่เกี่ยวกับการบริการ หัวใจสำคัญของวิชาชีพพยาบาล คือ “การบริการพยาบาล” ซึ่งเป็นการบริการที่ต้องใช้ความรู้เฉพาะสาขาและศาสตร์สาขาอื่นมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล (หทัยชนก บัวเจริญ และคณะ, 2553, น. 148-149) แนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาลและที่เกี่ยวข้องกับจิตบริการที่นำมาเป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดองค์ประกอบย่อยด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล มีแนวคิดดังต่อไปนี้

3.1 แนวคิดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ

สภาการพยาบาล ในฐานะที่เป็นองค์กรวิชาชีพพยาบาลมีหน้าที่ควบคุมการปฏิบัติงานของ พยาบาลในประเทศไทย ได้กำหนดสมรรถนะตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 เพื่อให้การบริการแก่ผู้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ได้มาตรฐานมีศักยภาพในการพัฒนาตนเอง พัฒนางานและวิชาชีพ ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่

1. สมรรถนะด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย มีความรู้ความเข้าใจใน ทฤษฎีและหลัก คุณธรรมจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ ศาสนา วัฒนธรรม สิทธิมนุษยชน สิทธิของผู้รับบริการ กฎหมายทั่วไป ขอบเขตและข้อบังคับในการปฏิบัติงาน สามารถแสดงออกเพื่อการตัดสินใจและความรับผิดชอบได้อย่างเหมาะสม ตระหนักในคุณค่าของบุคคล วิเคราะห์ประเด็นจริยธรรมตลอดจน ปฏิบัติการพยาบาลโดยแสดงออกถึงความเมตตา กรุณา คำนึงถึงประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นสำคัญ

2. สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล โดยบูรณาการความคิด ศาสตร์ทางการพยาบาล ศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง และศิลปะการพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลแบบองค์รวม ภายใต้กระบวนการพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การดูแลผู้เจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลครอบครัว ตลอดจนหัตถการและทักษะการปฏิบัติการพยาบาล

3. สมรรถนะด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ ประกอบด้วย

- 3.1 บุคลิกเชิงวิชาชีพ ได้แก่ มีบุคลิกน่าเชื่อถือ รับผิดชอบ ซื่อสัตย์ เป็นตัวอย่างที่ดีด้านสุขภาพ มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง แสดงออกด้วยความรู้ความคิดเชิงวิเคราะห์

การใช้วิจารณ์ญาณ เชื่อมมั่นในตนเองอย่างมีเหตุผล แสดงพฤติกรรมการบริการอย่างเต็มใจ กระตือรือร้น ตระหนักในสิทธิของผู้รับบริการ

3.2 พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ วิเคราะห์และประเมินตนเอง แสวงหาโอกาสในการพัฒนา ใฝ่รู้เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

3.3 มีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ ได้แก่ แสดงออกความภาคภูมิใจ มีอุดมการณ์ ศรัทธาในวิชาชีพ เป็นสมาชิก สนับสนุนกิจกรรมและรักษาประโยชน์ส่วนรวมขององค์กรวิชาชีพ

4. สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ การจัดการและการพัฒนาคุณภาพ มีภาวะผู้นำโดยใช้เหตุผลสูงใจ เสริมแรงสร้างบรรยากาศที่ดีในการปฏิบัติงาน กล้าคิดกล้าตัดสินใจมีส่วนร่วมในการผลักดันและเกิดการเปลี่ยนที่ดีขององค์กร มีความสามารถในการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้ อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้ข้อมูล องค์กรความรู้และเทคนิควิธีการที่เหมาะสมมีความสามารถในการทำงาน เป็นทีมและสร้างทีมงานตลอดจนการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด

5. สมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัย โดยตระหนักและให้ความสำคัญของกระบวนการทำวิจัยและการจัดการความรู้เพื่อนำไปประยุกต์ใช้และพัฒนางาน

6. สมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ มีความรู้และทักษะการติดต่อสื่อสารทั้งพูด ฟัง อ่าน เขียน สามารถสร้างสัมพันธภาพกับทีมสุขภาพและผู้อื่นด้วยความเคารพในความแตกต่างของบุคคล โดยการแสดงออกด้วยท่าทางที่เหมาะสม

7. สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ โปรแกรมการจัดเก็บข้อมูล ประมวลผล นำเสนอ การใช้อินเทอร์เน็ตสืบค้นข้อมูลเพื่อการพัฒนางาน

8. สมรรถนะด้านสังคม มีความรู้ในการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรมโดยการวิเคราะห์และนำมาปรับใช้ในการพัฒนาวิชาชีพ สามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม ตลอดจนการดำรงส่งเสริม ค่านิยม วัฒนธรรมของชาติ

นอกจากนี้สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (ANA Continuing Education, 2010, p. 1) กำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพของสหรัฐอเมริกาไว้ดังนี้

1. ทักษะการประเมินสภาพผู้รับบริการและการพยาบาล (Assessment, & Intervention Skills)

2. ทักษะการสื่อสาร (Communication) ทั้งการพูด การเขียน และการใช้คอมพิวเตอร์

3. ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ (Critical Thinking Skills) การประเมินผลจากการบูรณาการข้อมูล การแก้ปัญหา การใช้เหตุผลในการวินิจฉัยปัญหา การตัดสินใจเพื่อจัดลำดับก่อนหลัง ตลอดจนการใช้เหตุผลทางวิทยาศาสตร์และกระบวนการตามหลักการวิจัย

4. ทักษะการดูแลอย่างเอื้ออาทรและสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี (Human Caring, & Relationship Skills) โดยยึดหลักจริยธรรม คุณธรรม กฎหมายตามขอบเขตวิชาชีพ การเคารพในวัฒนธรรม การประสานความร่วมมือระหว่างบุคคลตลอดจนการปกป้องคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย

5. การบริหารจัดการ (Management Skills) โดยการวางแผนใช้ทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ ประสานความร่วมมือรับผิดชอบ

6. การมีภาวะผู้นำ (Leadership Skills) โดยการทำงานเป็นทีม มีความคิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ แสดงออกถึงพฤติกรรมภาวะผู้นำในการวางแผน คาดการณ์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์

7. การสอน (Teaching) มีทักษะการสอนทั้งรายบุคคลและกลุ่ม เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

8. การนำความรู้ไปบูรณาการกับการปฏิบัติการพยาบาล (Knowledge Integration Skills) ทั้ง ศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่น ๆ

เพื่อให้บัณฑิตพยาบาลมีคุณภาพเป็นมาตรฐานเดียวกัน กระทรวงศึกษาธิการ (2553, น. 43) ได้ประกาศมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2552 โดยกำหนดคุณลักษณะของบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ ประกอบด้วย

1. มีความรู้ในศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง สามารถประยุกต์ได้อย่างเหมาะสมในการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานและศึกษาต่อในระดับสูง

2. สามารถให้การพยาบาลได้อย่างองค์รวมแก่ผู้ใช้บริการทุกช่วงวัย ทุกภาวะสุขภาพทุกระดับของสถานบริการสุขภาพและความหลากหลายทางวัฒนธรรมโดยใช้ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาลและหลักฐานเชิงประจักษ์ภายใต้กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ

3. มีความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบมีเหตุผล คิดอย่างมีวิจารณญาณและแก้ไขปัญหา ได้อย่างสร้างสรรค์ทั้งในการปฏิบัติการพยาบาลและสถานการณ์ทั่วไป

4. สามารถวิเคราะห์เชิงตัวเลขและใช้สถิติได้อย่างเหมาะสมในวิชาชีพ

5. มีคุณธรรมจริยธรรม เคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มีความรับผิดชอบและเอื้ออาทร

6. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีภาวะผู้นำ สื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถทำงานเป็นทีม

7. มีความสามารถในการบริหารจัดการองค์การอย่างมีประสิทธิภาพ .

8. สนใจใฝ่รู้และพัฒนาตนเอง วิชาชีพและสังคมได้อย่างต่อเนื่อง

9. สามารถใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาลและการสื่อสาร

10. มีศรัทธาในวิชาชีพการพยาบาล รวมทั้งมีความเชื่อมั่นในการพยาบาลและคุณค่าแห่งตน

เช่นเดียวกับสถาบันพระบรมราชชนก (2554, น. 4) ได้กำหนดคุณลักษณะด้านจิตบริการ (Service Mind) ของนักศึกษาพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ต้องมีคุณลักษณะ ดังนี้

1. ให้บริการด้วยความเต็มใจโดยเข้าใจผู้อื่นตามเงื่อนไขที่เฉพาะของบุคคลนั้น ๆ ยอมรับในความคิด พฤติกรรม และความเป็นตัวตนของผู้รับบริการ ไม่เอาความคิดของตนเองไปตัดสิน

2. ให้บริการหรือกระทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยไม่หวังสิ่งตอบแทนและเห็นประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตน

3. ให้บริการตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ ที่สอดคล้องกับบริบทและสภาพความจริงของผู้รับบริการด้วยความใส่ใจในปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง

3.2 แนวคิดจริยธรรมและจรรยาบรรณในการปฏิบัติการพยาบาล

จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ มีความสำคัญในองค์ประกอบด้านจิตบริการ เนื่องจากการพยาบาลเป็นการกระทำโดยตรงต่อมนุษย์ที่มีความรู้สึกนึกคิด มีแบบแผนการดำเนินชีวิต มีบริบท และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ซึ่งหากขาดจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพย่อมส่งผลเสียต่อผู้รับบริการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้

จริยธรรมวิชาชีพการพยาบาล หมายถึง หลักเกณฑ์ หรือมาตรฐานที่พยาบาลควรยึดถือปฏิบัติ ทั้งในส่วนที่เป็นความเชื่อ ค่านิยม เจตคติและการกระทำที่แสดงออกมาขณะปฏิบัติการพยาบาล (จินตนา ยูนิพันธ์, 2554, น. 368) จริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพจึงถูกบูรณาการให้เข้ากับการปฏิบัติการพยาบาลทุกเวลาทุกสถานที่ (Potter et al., 2011, p. 213) ดังนั้นคุณลักษณะของผู้ที่ประกอบวิชาชีพพยาบาลจึงมาจากวิชาชีพ จรรยาบรรณวิชาชีพ และสิทธิผู้ป่วยเป็นหลัก โดยมีองค์ประกอบอื่นเป็นรอง เช่น ทักษะความรู้ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล เป็นต้น

ฟราย, ซารา, และจอห์น สโตน (Fry, Sarah, & Johnstone, 2008, p. 37) ได้เสนอแนวคิดจริยธรรม การปฏิบัติการพยาบาล ไว้ดังนี้

1. การทำหน้าที่แทนผู้ป่วย (Patient Advocacy) ได้แก่ การทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย การให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจตามคุณค่าและความเชื่อของตนเอง การเคารพความเป็นบุคคล

2. ความรับผิดชอบ (Responsibility/Accountability) ได้แก่ ความสามารถในการชี้แจง อธิบาย เหตุผลในการปฏิบัติการพยาบาล และความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติ

3. ความร่วมมือ (Cooperation) ได้แก่ ความร่วมมือจากทีมสุขภาพในการดูแลอย่างมีคุณภาพ และการยอมรับในคุณค่าของข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

4. ความเอื้ออาทร (Caring) ประกอบด้วย การไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย การให้ความเคารพผู้ป่วย การเอาใจเขามาใส่ใจเรา และการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

ทั้งนี้รวมไปถึงบทบาทจริยธรรมเดิม ได้แก่ ความซื่อสัตย์ (Fidelity) การบอกความจริง (Veracity) ความเป็นส่วนตัว (Privacy) และการรักษาความลับของผู้ป่วย (Confidentiality)

ไทเลอร์ และคณะ (Taylor et al., 2011, pp. 91-92) ได้สรุปสิ่งที่จำเป็นต่อการเพิ่มประสิทธิภาพและความท้าทายการทำงานของวิชาชีพพยาบาลอีกอย่างหนึ่งคือ ความสามารถทางจริยธรรม (Ethical Agency) ประกอบด้วย

1. ความไวทางจริยธรรม (Ethical Sensibility)
2. การตอบสนองทางจริยธรรม (Ethical Responsiveness)
3. การใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม (Ethical Reasoning and Discernment)
4. ความรับผิดชอบทางจริยธรรม (Ethical Accountability)
5. บุคลิกทางจริยธรรม (Ethical Character)
6. คุณค่าทางจริยธรรม (Ethical Valuing)
7. มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนทางจริยธรรม (Transformative Ethical leadership)

นอกจากนี้ สภาการพยาบาล (2551, น. 6) ได้เสนอพฤติกรรมทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับคุณธรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน (วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, 2553, น. 506) โดยพยาบาลจำเป็นต้องแสดงพฤติกรรม ดังนี้

1. มีความเสมอภาค (Equity) หมายถึง การให้การพยาบาลอย่างยุติธรรม เสมอภาค เป็นธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ ตลอดจนการเพิ่มโอกาสทางสุขภาพตามสิทธิที่ควรได้รับ การให้ข้อมูลตามความต้องการและความจำเป็น

2. มีความเอื้ออาทร (Caring) พยาบาลต้องให้การพยาบาลพร้อมกับการแสดงออกทางอารมณ์ที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความผาสุกภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ สอดคล้องกับความเข้าใจของผู้รับบริการ

3. มีความรับผิดชอบ (Responsibility) หมายถึงความตระหนักในภาระหน้าที่หรือบทบาทที่ต้อง รับผิดชอบโดยอัตโนมัติอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยการปฏิบัติอย่างใส่ใจ ตระหนักไม่หวังผลตอบแทน

4. มีการเคารพในความเป็นบุคคล (Respect of Person) เป็นหลักการที่มองว่าคนมีความสำคัญในฐานะที่เป็นสมาชิกของสังคมและสามารถกำหนดพฤติกรรมตนเองได้ พยาบาลจึงควรทำความเข้าใจ บุคคลและบริบทรอบข้างทั้งอดีต ปัจจุบันและอนาคต

5. ความเป็นเอกภาพ (Autonomy) หมายถึง ความมีอิสระและสิทธิที่จะกำหนดขอบเขต ทางเลือกและการตัดสินใจของผู้รับบริการเองบนข้อมูลที่มีอยู่โดยคนอื่นไม่สามารถบังคับได้ ดังนั้น พยาบาลจึงต้องเคารพในการปฏิบัติของผู้รับบริการ

6. การได้รับประโยชน์ (Beneficence) เป็นการกระทำในสิ่งที่ดีมีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ รวมไปถึงการป้องกันอันตราย ทั้งนี้ประโยชน์ของคนหนึ่งต้องไม่ขัดแย้งกับประโยชน์ของคนอื่น ๆ

7. ไม่ปฏิบัติในสิ่งที่เป็นอันตราย (Non-Malicious) หมายถึง การหลีกเลี่ยงป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้รับบริการถึงแม้ว่าผู้รับบริการจะเกิดประโยชน์แต่ต้องคำนึงถึงหลักการนี้เป็นอันดับแรก

8. มีความยุติธรรม (Justice) เป็นการปฏิบัติต่อบุคคลอย่างเป็นธรรม ทั้งการกระจายประโยชน์ (Benefits) และสิ่งให้ผู้รับบริการลงทุนอย่างเสมอภาค โดยการทำให้ผู้รับบริการทุกคนเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานโดยไม่มีความแตกต่างทั้งปริมาณและคุณภาพ

9. รักษาสัญญาและการพูดความจริง (Fidelity and Veracity) เป็นการเก็บรักษาความลับเพื่อเป็นการสร้างความไว้วางใจระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ส่วนการพูดความจริง เป็นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องในช่วงเวลาที่เหมาะสม ดังนั้นพยาบาลจึงต้องปฏิบัติกรพยาบาลอย่างเอาใจใส่ จึงเกิดความสัมพันธ์ไว้วางใจและแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน

10. มีความสามารถในการหาเหตุผล (Accountability) หมายถึง การปฏิบัติกรพยาบาลภายใต้การตัดสินใจด้วยองค์ความรู้ทางวิชาชีพอย่างมีความรู้ความชำนาญ ประสบการณ์และถูกต้อง

จากการศึกษาของเดพโพลิติ (Deppoliti, 2008, pp. 255-262) ที่ศึกษาการสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของ พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษา 3 ปีแรก ในโรงพยาบาลทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศ สหรัฐอเมริกา พบว่า โรงพยาบาลต้องปฐมนิเทศพยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่ ในเรื่องความรับผิดชอบ การเรียนรู้และการปฏิบัติงานที่ดีเลิศ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี การสร้างความสามัคคีของวิชาชีพ และการให้ความรู้ โดยการสร้างอัตลักษณ์มีความจำเป็นต้องสมดุล และสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ปฏิบัติจริง จากสิ่งแวดล้อมใน 3 ปี แรกของกรปฏิบัติงาน และองค์กรต้องสนับสนุนให้พยาบาลเพิ่มขีดความสามารถและมีสิทธิในการออกเสียงแสดงความคิดเห็น เช่นเดียวกับเฮลมิกซ์ และคณะ (Helmich et al., 2010, pp. 674-682) ศึกษาการรับรู้ อัตลักษณ์เกี่ยวกับงานการพยาบาลขั้นต้นก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ ในศูนย์การแพทย์ Nijmegen Radboud University ประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่า ก่อนการฝึกปฏิบัติงาน นักศึกษาแพทย์ให้ความสนใจในอัตลักษณ์ของพยาบาลด้านการเอาใจใส่ การสื่อสาร และความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย ส่วนหลังการฝึกปฏิบัติงาน นักศึกษาแพทย์เห็นว่าพยาบาลมีความรับผิดชอบและมีสมรรถนะ

มากในการให้การพยาบาล มีทีมงานที่ดี เป็นวิชาชีพที่มีคุณภาพ นอกจากนี้การศึกษาของ วรรณิยา เฝ้าทรัพย์ และยุพิน อังสุโรจน์ (2556, น. 86-102) ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน กุมารเวชกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผลการวิจัยพบว่าคุณธรรมจริยธรรมสำหรับนักศึกษา พยาบาลและพยาบาล ได้แก่ ความรับผิดชอบเชิงวิชาชีพ ความเอื้ออาทร ความร่วมมือ ความยุติธรรม ความมีกาลเทศะ ความเมตตากรุณา ความอดทน ความซื่อสัตย์สุจริต ความมีวินัยและความตรงต่อ เวลา การพิทักษ์สิทธิ การยกย่องให้เกียรติผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย และบุคคล ตลอดจนมีทักษะ การทำงานเป็นทีม

สำหรับการกำหนดจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล ในประเทศสหรัฐอเมริกา สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Nurses Associations: ANA) ได้กำหนดไว้ดังนี้ (ANA., 2008)

1. พยาบาลพึงให้บริการพยาบาลด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี และความแตกต่างระหว่างบุคคล โดยไม่จำกัดในเรื่องสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ คุณสมบัติเฉพาะกิจหรือสภาพ ปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย
2. พยาบาลพึงเคารพสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วยโดยรักษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยไว้เป็นความลับ
3. พยาบาลพึงให้การปกป้องคุ้มครองแก่ผู้ป่วย สังคม ในกรณีที่มีการให้บริการสุขภาพอนามัย และความปลอดภัย ถูกกระทำการที่อาจเกิดจากความไม่รู้ ขาดศีลธรรมจริยธรรม หรือการกระทำที่ผิดกฎหมายจากบุคคลหนึ่งบุคคลใด
4. พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการตัดสินใจและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละราย
5. พยาบาลพึงดำรงไว้ซึ่งสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาล
6. พยาบาลพึงตัดสินใจด้วยความรอบคอบถี่ถ้วน ใช้ข้อมูลสมรรถนะและคุณสมบัติอื่น ๆ เป็นหลักในการขอคำปรึกษาหารือ ยอมรับในหน้าที่ความรับผิดชอบ รวมถึงการมอบหมาย กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้อื่นปฏิบัติ
7. พยาบาลพึงมีส่วนร่วมและสนับสนุนในกิจกรรมการพัฒนาความรู้เชิงวิชาชีพ
8. พยาบาลพึงมีส่วนร่วมและสนับสนุนในการพัฒนาวิชาชีพและส่งเสริมมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล
9. พยาบาลพึงมีส่วนร่วมในการที่จะกำหนดและดำรงไว้ซึ่งสถานะภาพของการทำงานที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง
10. พยาบาลพึงมีส่วนร่วมในการปกป้อง คุ้มครอง สังคม จากการเสนอข้อมูลที่ผิดและดำรงไว้ซึ่งความสามัคคีในวิชาชีพ

11. พยาบาลพึงร่วมมือและเป็นเครือข่ายกับสมาชิกด้านสุขภาพอนามัยและบุคคลอื่น ๆ ในสังคมเพื่อส่งเสริมชุมชนและสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของสังคม เช่นเดียวกับวิชาชีพพยาบาลในประเทศไทย ได้ให้ความสำคัญต่อจรรยาบรรณวิชาชีพเช่นกันโดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยได้ประกาศใช้จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล เพื่อใช้เป็นหลักนำการประกอบวิชาชีพให้มีมาตรฐานสูง แสดงออกถึงการตระหนักในความรับผิดชอบทางจริยธรรม และแสดงความมุ่งมั่นต่อการประกอบวิชาชีพของพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของยุคสมัย ภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสังคมปัจจุบัน และความก้าวหน้าของศาสตร์ทางการพยาบาล รวมถึงความตื่นตัวในสิทธิมนุษยชน และการพึ่งตนเอง โดยสาระสำคัญของจรรยาบรรณพยาบาลแต่ละข้อมีความหมายครอบคลุมการปฏิบัติหน้าที่ทางจริยธรรมแต่ละหมวดอย่างกว้างขวาง มีแนวการปฏิบัติอย่างละเอียด เพื่อขยายความหมายของแต่ละข้อ ตลอดจนใช้ในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลทุกด้านในทุกสถานที่และทุกตำแหน่งหน้าที่ ดังนี้

ข้อที่ 1 พยาบาลรับผิดชอบต่อประชาชนผู้ต้องการการพยาบาลและบริการสุขภาพ ทั้งต่อปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระดับประเทศในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพและการบรรเทาความทุกข์ทรมาน

ข้อที่ 2 พยาบาลประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตากรุณา เคารพในคุณค่าของชีวิต ความมีสุขภาพดี และความผาสุกของเพื่อนมนุษย์ ช่วยให้ประชาชนดำรงสุขภาพไว้ในระดับที่ดีที่สุด ตลอดวงจรของชีวิต นับแต่ปฏิสนธิทั้งในภาวะสุขภาพปกติ ภาวะเจ็บป่วย ชราภาพ จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต

ข้อที่ 3 พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้ให้บริการ ผู้ร่วมงานและประชาชนด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิมนุษยชนของบุคคล ทั้งในความเป็นมนุษย์ สิทธิในชีวิตเสรีภาพ เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การพูด การแสดงความคิดเห็น การมีความรู้ การตัดสินใจ ค่านิยม ความแตกต่างทางวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนา ตลอดจนสิทธิในความเป็นเจ้าของและความเป็นส่วนตัวของบุคคล

ข้อที่ 4 พยาบาลยึดหลักความยุติธรรมและความเสมอภาคในสังคมมนุษย์ ร่วมดำเนินการเพื่อช่วยให้ประชาชนที่ต้องการบริการสุขภาพ ได้รับความช่วยเหลือดูแลอย่างทั่วถึง และดูแลให้ผู้ให้บริการได้รับความช่วยเหลือดูแลอย่างทั่วถึง และดูแลให้ผู้ให้บริการได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับความต้องการอย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ด้วยความเคารพในคุณค่าของชีวิต ศักดิ์ศรี และสิทธิในการมีความสุขของบุคคลอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่จำกัดด้วยชั้น วรรณะ เชื้อชาติ ศาสนา เศรษฐฐานะ เพศ วัย กิตติศัพท์ ชื่อเสียง สถานภาพในสังคมและโรคที่เป็น

ข้อที่ 5 พยาบาลประกอบวิชาชีพโดยมุ่งความเป็นเลิศ ด้านปฏิบัติการพยาบาล โดยมีความรู้ในการกระทำและสามารถอธิบายเหตุผลได้ในทุกกรณี พัฒนาความรู้และประสบการณ์

อย่างต่อเนื่อง รักษา สมรรถภาพในการทำงาน ประเมินผลงานและประกอบวิชาชีพ ทุกด้านด้วย มาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ข้อที่ 6 พยาบาลพึงป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ และชีวิตของผู้ใช้บริการ โดยการ ร่วมมือประสานอย่างต่อเนื่องกับผู้ร่วมงานและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทุกระดับ เพื่อปฏิบัติให้เกิดผลตาม นโยบาย และแผนพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน พึงปฏิบัติหน้าที่รับมอบหมายงาน และมอบหมายงานอย่างรอบคอบและกระทำอันควรเพื่อป้องกันอันตราย ซึ่งเห็นว่าจะเกิดกับ ผู้ใช้บริการแต่ละบุคคล ครอบครัว กลุ่มหรือชุมชนโดยการกระทำของผู้ร่วมงาน หรือสภาพแวดล้อม ของการทำงาน หรือในการใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีขั้นสูง

ข้อที่ 7 พยาบาลรับผิดชอบในการปฏิบัติให้สังคม เกิดความเชื่อถือว่าไว้วางใจต่อ พยาบาลและ ต่อวิชาชีพการพยาบาล มีคุณธรรมจริยธรรมในการดำรงชีวิตประกอบวิชาชีพด้วยความ มั่นคงในจรรยาบรรณ และเคารพต่อกฎหมายให้บริการที่มีคุณภาพเป็นวิสัย เป็นที่ประจักษ์แก่ ประชาชน ร่วมมือพัฒนาวิชาชีพให้เจริญก้าวหน้าในสังคมอย่างเป็นเอกภาพ ตลอดจนมีมนุษยสัมพันธ์ อันดี และร่วมมือกับผู้อื่นในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมทั้งในและนอกรวงการสุขภาพ ในระดับ ท้องถิ่น ระดับประเทศ และระหว่างประเทศ

ข้อที่ 8 พยาบาลพึงร่วมในการทำความเจริญก้าวหน้าให้แก่วิชาชีพการพยาบาล ร่วมเป็นผู้นำทางการปฏิบัติการพยาบาล หรือทางการศึกษาทางการวิจัยหรือทางการบริหาร โดยร่วม ในการนิเทศทางนโยบายและแผนเพื่อพัฒนาวิชาชีพ พัฒนาความรู้ ทั้งในขั้นเทคนิคการพยาบาล ทฤษฎีขั้นพื้นฐานและศาสตร์ทางการพยาบาล ชั้นลึกซึ่งเฉพาะด้าน ตลอดจนการรวบรวมและเผยแพร่ ความรู้ข่าวสารของวิชาชีพ ทั้งนี้พยาบาลพึงมีบทบาททั้งในระดับรายบุคคล และร่วมมือในระดับ สถาบัน องค์กรวิชาชีพ ระดับประเทศ และระหว่างประเทศ

ข้อที่ 9 พยาบาลพึงรับผิดชอบต่อตนเอง เช่นเดียวกับรับผิดชอบต่อผู้อื่น เคารพ ตนเอง รักษาความสมดุลของบุคลิกภาพ เคารพในคุณค่าของงาน และทำงานด้วยมาตรฐานสูง ทั้งใน การดำรงชีวิต ส่วนตัวและในการประกอบวิชาชีพตามสถานการณ์ที่จำเป็นต้องเสียสละหรือ ประนีประนอมพยาบาล พึงยอมรับในระดับที่สามารถรักษาไว้ซึ่งความเคารพตนเอง ความสมดุลใน บุคลิกภาพ และความมั่นคง ปลอดภัยในชีวิตของตนเอง เช่นเดียวกับของผู้ร่วมงาน ผู้ใช้บริการ และ สังคม

สรุปได้ว่าจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ หมายถึง ข้อประพฤติปฏิบัติที่มี ศีลธรรมของวิชาชีพพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยมีความเมตตากรุณา รับผิดชอบ เสียสละ ซื่อสัตย์สุจริต ยุติธรรมและเสมอภาค มีระเบียบวินัย เคารพในความแตกต่างระหว่างบุคคล มีความเป็นอิสระเชิง วิชาชีพ พึงรักษาสិทธิผู้รับบริการ รักษาสัญญา รักษาความลับและพูดความจริง กระทำในสิ่งที่เป็น ประโยชน์ และไม่ปฏิบัติในสิ่งที่เป็นอันตราย ตลอดจนมีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาชีพและสังคม

3.3 ทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทร

ทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทรของวัตสันถูกพัฒนาขึ้นเมื่อปี ค.ศ.1979 และได้ปรับปรุงมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันตามลำดับ มีมโนทัศน์หลักสำคัญ 3 ประการ คือ ปัจจัยการดูแล (Creative Factors) สัมพันธภาพร่วมกันระหว่างบุคคล (Transpersonal Caring Relationship) และการดูแลที่เกิดขึ้น ณ ขณะใดขณะหนึ่ง (Caring Moment) สารสำคัญของทฤษฎีนี้ คือ การดูแลในลักษณะของการกระทำที่มนุษย์พึงให้ต่อมนุษย์ โดยการเกิดสัมพันธภาพการดูแลที่ถ่ายทอดจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง โดยใช้ศิลปศาสตร์ และมีอุดมคติทางศีลธรรมในการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมนุษย์และปฏิบัติด้วย ความตั้งใจ เต็มใจ เพื่อปกป้องรักษาความเป็นมนุษย์ของบุคคลเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพที่ดี โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของปัจจัยการดูแลอย่างเอื้ออาทร (Caring Factor) ปัจจุบันเปลี่ยนเป็น Caritas Process (Watson, 2008, pp. 46-47, 2012, p. 31) การดูแลอย่างเอื้ออาทรจะช่วยสร้างและสนับสนุน ให้ เกิดการดูแลด้วยความรักเอื้ออาทร เข้าใจและเคารพในความแตกต่างของมนุษย์ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน ทั้งนี้พยาบาลต้องตระหนักถึงจิตวิญญาณและองค์ความรู้ที่มีอยู่ในตัวพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลอย่างเอื้ออาทร ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้การผสมกลมกลืนกันอย่างลงตัวระหว่างร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ (Chitty, & Black, 2011, p. 309)

วัตสัน (Watson, 2012, p. 65) ได้สรุปความหมายของการดูแลอย่างเอื้ออาทร (Caring) ว่าเป็นอุดมคติทางศีลธรรมในการพยาบาล ประกอบด้วย ลักษณะของการกระทำที่มนุษย์พึงให้ต่อมนุษย์ การปกป้องรักษาความเป็นมนุษย์ของบุคคล ความซื่อสัตย์ไว้วางใจ โดยการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยองค์ความรู้ของตนเอง การควบคุมตนเอง และการเอื้ออาทรตนเอง สอดคล้องกับสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข (2554, น. 1) ให้ความหมายว่า ความเอื้ออาทรเป็นพฤติกรรมปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยการใช้ความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพ ในการปฏิบัติการพยาบาลที่แสดงความรู้สึ้อย่างจริงจัง ความเป็นกัลยาณมิตร เคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ภายใต้มาตรฐานของวิชาชีพและระบบคุณภาพ คุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณของวิชาชีพ เช่นเดียวกับ สิวลี ศิริไล (2548, น. 198-201) อธิบายว่า ความเอื้ออาทรเป็นองค์ประกอบสำคัญในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาล มีลักษณะคล้ายคลึงกับการทำให้อบอุ่นแต่มีความหมายลึกซึ้งกว่าเกิดขึ้นจากการตระหนักในคุณค่าของบุคคล ห่วงใย เข้าใจชีวิตมนุษย์อย่างลึกซึ้ง และเคารพในสิทธิของผู้ป่วย

ทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทร มีมโนทัศน์หลักสำคัญ 3 ประการ คือ ปัจจัยการดูแล (Creative Factors) สัมพันธภาพร่วมกันระหว่างบุคคล (Transpersonal Caring Relationship) และการดูแลที่เกิดขึ้น ณ ขณะใดขณะหนึ่ง (Caring Moment) สารสำคัญของทฤษฎีนี้ คือ เป็นลักษณะของการกระทำที่มนุษย์พึงให้ต่อมนุษย์ โดยการเกิดสัมพันธภาพการดูแลที่ถ่ายทอด

จากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งต้องใช้ศิลปศาสตร์และมีอุดมคติทางศีลธรรมในการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมนุษย์ และปฏิบัติด้วยความตั้งใจเต็มใจ เพื่อปกป้องรักษาความเป็นมนุษย์ของบุคคลที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพที่ดี โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของปัจจัยการดูแลอย่างเอื้ออาทร 10 ประการ (Nelson, & Watson, 2012, p. 31) ดังนี้

1. สร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและมีความเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ (Humanistic – Altruistic System of Value) เป็นปัจจัยการดูแลที่สำคัญประการแรกที่เน้นการให้คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ เห็นแก่ประโยชน์ของผู้รับบริการ ผู้อื่น และมีความเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์เป็นสิ่งสำคัญทำให้พยาบาลแสดงออกด้วยความเข้าใจและยอมรับผู้ป่วยตามสภาพที่เป็น เคารพในความเป็นบุคคล มีความอดทนและใช้เวลา พร้อมทั้งจะให้ผู้ป่วยได้ ค่อย ๆ ค้นพบและยอมรับสภาพของตนเองตามความเป็นจริง ดังนั้นพฤติกรรมของพยาบาลที่ควรแสดง ได้แก่ การปฏิบัติกรพยาบาลอย่างอ่อนโยนการเป็นผู้รอคอยที่ดี คำนึงถึงเวลาผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ การเอาใจใส่ผู้ป่วยและปฏิบัติการพยาบาลโดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจ และให้การช่วยเหลือทันทีเมื่อมีการร้องขอจากผู้ป่วย เป็นต้น

2. สร้างความศรัทธาและความหวัง (Faith - Hope) เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตซึ่งเกิดจากความศรัทธาและความหวัง แม้หมดหวังไปแล้ว ก็ยังสร้างให้มีความหวังใหม่ได้ ความหวังจึงมีความจำเป็นต่อมนุษย์ทุกคนแม้อยู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ดังนั้นพยาบาลจึงต้องสร้างความศรัทธาและความหวังด้วยการมีสติ หนักแน่นและเชื่อมั่น พุดให้ความหวังกับผู้ป่วยบริการในสิ่งที่เป็นจริง ปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อให้เกิดความศรัทธาและไว้วางใจจากผู้ป่วยมีพลังความเชื่อมั่นภายในมีความศรัทธาในตนเอง ให้โอกาสผู้ป่วยเลือกวิธีการรักษา แสดงความเห็นใจและยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลง เป็นต้น

3. ไวในการรับรู้ตนเองและผู้อื่น (Sensitivity to Self and Others) เริ่มต้นจากการมองและรับรู้ตนเองก่อนตามความเป็นจริง ถ้าพยาบาลที่ไวต่อความรู้สึกของตนเองจะส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วยได้เช่นกัน และจะยิ่งพัฒนาความละเอียดอ่อนต่อความรู้สึกของผู้ป่วย นอกจากนี้ จะช่วยให้พยาบาลพัฒนาด้านจิตวิญญาณของตนให้เข้มแข็งยิ่งขึ้นโดยเข้าใจโลกของผู้ป่วย ไม่มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงผู้ป่วย กล้าเผชิญกับความรู้สึกด้านลบของผู้ป่วยอย่างเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ พยาบาลที่ไวต่อการรับรู้ตนเองและผู้อื่นจะแสดงพฤติกรรม เช่น การสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้รับบริการได้เร็ว สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับความเชื่อของผู้รับบริการ เข้าใจและอยู่เคียงข้างผู้รับบริการ และรับรู้ได้ไวต่อคำพูดที่แฝงความรู้สึกแท้จริงของผู้ป่วย เป็นต้น

4. สร้างสัมพันธภาพในการช่วยเหลือและไว้วางใจ (Helping -Trusting, Human Care Relationship) เริ่มต้นด้วยการสื่อสารอย่างมีคุณภาพ (Effective Communication) กับผู้ป่วย โดยพยาบาล ให้ผู้ป่วยได้รู้ข้อมูลที่เป็นจริงด้วยวิธีการและในระยะเวลาที่เหมาะสม แสดงความรู้สึก

ร่วมกับผู้ป่วยด้วย ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) เข้ากันได้กับผู้ป่วย (Congruence) และมีความอบอุ่นใจ (Warmth) พยาบาลที่สร้างสัมพันธภาพในการช่วยเหลือและไว้วางใจจะมีพฤติกรรม เช่น แนะนำตนเองให้ความเป็นกันเอง บอกความจริงและอธิบายเกี่ยวกับโรค ไม่เร่งรัดในการปฏิบัติกิจกรรม เป็นต้น

5. การแสดงความรู้สึกในเชิงบวกและเชิงลบ (Expressing Positive and Negative Feelings) เป็นการให้เน้นสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลถึงขนาดที่ผู้ป่วยสามารถแสดงความรู้สึกของตนตามที่เป็นจริงได้ การอำพรางความรู้สึกของตนเพื่อสร้างภาพพจน์ที่ดีให้ตนเองนั้น นอกจากจะไม่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยแล้วยังก่อให้เกิดความขัดแย้งของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย การที่พยาบาลและผู้ป่วยสามารถแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองทั้งด้านบวกและลบอย่างที่เป็นจริงได้ แสดงว่าสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยอยู่บนพื้นฐานของความไว้วางใจซึ่งกันและกัน พยาบาลที่ยอมรับความรู้สึกทั้งด้านบวกและลบจะมีพฤติกรรม เช่น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ไม่ว่าจะกล่าวเมื่อผู้รับบริการระบายความรู้สึกต่อการกระทำผิดถามคำถามที่สะท้อนถึงความรู้สึก รับรู้ความรู้สึกของตนตามที่เป็นจริง พุดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึก เป็นต้น

6. ใช้กระบวนการแก้ไขปัญหาทางวิทยาศาสตร์อย่างสร้างสรรค์ (Creative Problem – Solving Caring Process) พยาบาลต้องอาศัยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์มาช่วยในการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาและหาทางการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นฐาน (Nursing Process - Based) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยปัญหาการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การนำไปปฏิบัติและการประเมินผลทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลทั้งองค์รวมเป็นสิ่งสำคัญ ตัวอย่างพฤติกรรม ได้แก่ การสังเกตอาการผิดปกติทางกายอย่างฉับไว วางแผนการพยาบาลแบบองค์รวม 4 มิติทักษะ ปฏิบัติการพยาบาลถูกต้อง ขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญเมื่อมีปัญหา และใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

7. สัมพันธภาพร่วมกันระหว่างบุคคลในกระบวนการและการเรียนรู้ (Transpersonal Teaching – Learning Relationship) การให้ข้อมูลจะช่วยลดความกลัวและวิตกกังวลของผู้ป่วย การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างสัมพันธภาพซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ตัวอย่างพฤติกรรมดูแลที่พบบ่อย ได้แก่ อธิบายความเป็นไปของโรคแก่ผู้รับบริการ พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และร่วมความรู้สึกกับผู้รับบริการ เป็นต้น

8. ประดับประดอง สนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลแบบองค์รวม (Supportive, Protective and/or Corrective Mental, Physical, Societal, and Spiritual Environment) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพเป็นปัจจัยภายนอกของบุคคล ส่วนจิตใจและจิตวิญญาณ

เป็นปัจจัยภายในบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้ป่วย เพราะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า และมีอัตมโนทัศน์ในทางที่ดีต่อตนเอง พยาบาลจึงควรมีพฤติกรรม เช่น จัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้เกิดลักษณะ ขจัดสิ่งรบกวนที่ทำให้ไม่สบาย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความเชื่อทางศาสนา เป็นต้น

9. ตอบสนองความต้องการของบุคคลด้วยความเต็มใจ (Human Needs Assistance) ผู้ป่วยทุกคนมีความต้องการทั้งด้านชีวภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณอย่างไม่มีที่สิ้นสุด การที่ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการจะทำให้ผู้ป่วยมีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการผู้ป่วยมีความต้องการขั้นพื้นฐานเหมือนบุคคลทั่วไป แต่สิ่งที่แตกต่าง คือ ผู้ป่วยต้องการความหวังเนื่องจากการสูญเสียของตนเองไม่ว่าจะสูญเสียสุขภาพ สูญเสียบทบาทผู้นำ ครอบครัว สูญเสียหน้าที่การงาน ทั้งชั่วคราวหรือถาวร ดังนั้นการตอบสนองความต้องการที่ดีทำให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ ของความพยายามที่จะบรรลุถึงความต้องการนั้น สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติ ได้แก่ 1) การตอบสนองความต้องการด้านชีวภาพโดยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2) การตอบสนองด้านความต้องการทางจิตสำนึก โดยส่งเสริมการออกกำลังกาย การพักผ่อน การมีเพศสัมพันธ์ 3) การตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม โดยการเปิดโอกาสให้ครอบครัวและบุคคลที่ผู้ป่วยมีความรักความผูกพันได้มาดูแลเยี่ยมเยียน ขณะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 4) การตอบสนองความต้องการภายในระหว่างบุคคล และ 5) การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยการให้แสดงออกตามสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ

10. สร้างเสริมพลังด้านจิตวิญญาณ (Existential – Phenomenological – Spiritual Forces) ผู้ป่วยจะต้องพบกับความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน และไม่เป็นปกติสุขอย่างที่เคยเป็น ขณะเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไขว่คว้าที่จะค้นหาความหมาย ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างดีจะปฏิเสธการดูแลและส่งผลกระทบต่อสภาพจิตวิญญาณสูญเสียพลังในการเยียวยา ดังนั้นการที่พยาบาลต้องทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจกระบวนการตามธรรมชาติของมนุษย์ที่มีพลัง (Wisdom) คิดเชิงบวก เชื่อว่าความเข้มแข็งจากภายในจะก่อให้เกิดการเยียวยาตนเองได้ พยาบาลที่สร้างเสริมพลังด้านจิตวิญญาณจะมีพฤติกรรม เช่น ส่งเสริมพูดคุยกับผู้ป่วย ได้ค้นพบคุณค่าของประสบการณ์ในอดีต ค้นหาข้อดีข้อเสีย ค้นหาสิ่งที่เป็นจิตวิญญาณของผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ปฏิบัติศาสนกิจ เป็นต้น

สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรของสแวนสัน (Swanson, 1991 as cited in Potter et al., 2011, p. 526) ที่สามารถนำไปใช้ในการพยาบาลได้จริงเป็นรูปธรรม เกิดคุณค่าและมีประสิทธิภาพ แต่ยังคง ยืนยันถึงกระบวนการของการดูแลอย่างเอื้ออาทรเดิม 5 ขั้นตอน และได้ให้คำนิยามใหม่ตลอดจนแบ่งมิต้อยของแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. การรู้ (Knowing) หมายถึง ความมุ่งมั่นเข้าใจเหตุการณ์ที่มีความหมายในชีวิตของบุคคลอื่น ประกอบด้วย การหลีกเลี่ยงการสันนิษฐาน เน้นการดูแลเป็นสำคัญ การประเมินอย่างละเอียด การ พยายามค้นหาความหมายและการมีส่วนร่วมด้วยตนเอง

2. การได้อยู่เคียงข้าง (Being with) หมายถึง การเข้าอกเข้าใจในอารมณ์ความรู้สึก การได้อยู่เคียงข้างบุคคลอื่น ประกอบด้วย การอยู่เคียงข้าง การใช้ความสามารถในการสื่อสาร การมีความรู้สึกร่วมและการไม่เป็นภาระ

3. การให้การดูแล (Doing for) หมายถึง การทำแทนทุกครั้งเมื่อมีโอกาสเสมือนเป็นเรื่องของตนเอง ประกอบด้วย การปลอมโยน ความคาดหวัง การคุ้มครอง การแสดงความเชี่ยวชาญในงานและการรักษาคำสัตย์

4. การเพิ่มความสามารถ (Enabling) หมายถึง การช่วยเหลือเมื่ออยู่ในภาวะที่เป็นจุดเปลี่ยนของชีวิตหรือเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤติ เช่น เกิด ตาย เหตุการณ์วิกฤติ ประกอบด้วย การอธิบาย การสนับสนุน การอนุญาต การเน้นย้ำและการสร้างทางเลือก

5. การคงไว้ซึ่งความเชื่อ (Maintain Belief) หมายถึง การสร้างความเชื่อมั่นศรัทธาในความสามารถของบุคคลอื่น ประกอบด้วย การเชื่อในความสามารถ การรักษาการเติมเต็มความหวัง การเสนอความเป็นจริงในทางบวก

นอกจากนี้สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (ANA Continuing Education, 2010, p. 1) ได้กำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพของสหรัฐอเมริกา ว่าต้องมีทักษะการดูแลอย่างเอื้ออาทรและสร้างสัมพันธภาพที่ดี เป็นกัลยาณมิตร (Human Caring, & Relationship Skills) โดยยึดหลักจริยธรรมคุณธรรม กฎหมายตาม ขอบเขตวิชาชีพ การเคารพในวัฒนธรรม การประสานความร่วมมือระหว่างบุคคลตลอดจนการปกป้อง คุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย เช่นเดียวกับกระทรวงศึกษาธิการ (2553, น. 43) ได้กำหนดมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2552 โดยกำหนดให้ความเอื้ออาทรเป็นคุณลักษณะของบัณฑิต พยาบาลที่พึงประสงค์ที่สถานศึกษาต้องผลิตบัณฑิตพยาบาลให้มีคุณภาพเป็นมาตรฐานเดียวกัน

นอกจากนี้วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีพันธกิจหลักในการผลิตพยาบาลวิชาชีพหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ภายใต้ปรัชญาของหลักสูตรที่ว่า “การพยาบาลเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการบนพื้นฐานการดูแลแบบเอื้ออาทร (Caring) ประกอบด้วย ความเอื้ออาทรเชิง วิทยาศาสตร์ (Scientific Caring) และความเอื้ออาทรเชิงความเป็นมนุษย์ (Humanistic Caring) รวมทั้ง ศาสตร์ที่เกี่ยวข้องมาใช้เชื่อมโยงในการดูแลสุขภาพทุกภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชนซึ่งมีศักยภาพในการดูแลตนเองภายใต้บริบทและวัฒนธรรมที่หลากหลาย เพื่อให้ผู้เรียนมีศักยภาพในการดูแลผู้ใช้บริการบนพื้นฐานทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทร (Caring Theory) และทฤษฎีการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์(Humanistic Nursing Theory)” (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา, 2555, น. 1)

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลของภรณ์ เลื่องอรุณ, สุภาพร วรรณสันทัด, และอริสา จิตต์วิบูลย์ (2555, น. 30-36) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 จำนวน 513 คน โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis) ผลการศึกษาพบว่ามีองค์ประกอบของพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทร มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 การประคับประคองจิตใจและจิตวิญญาณ องค์ประกอบที่ 2 การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ องค์ประกอบที่ 3 สมรรถนะเชิงวิชาชีพ องค์ประกอบที่ 4 การเอาใจใส่ ดูแลประดุจญาติมิตร และองค์ประกอบที่ 5 การเคารพบุคคล และการศึกษาของสุคักัญญา ปานเจริญ, และสกุลรัตน์ ศิริกุล (2553, น. 64-74) ศึกษาพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมดูแลอย่างเอื้ออาทรตามการรับรู้ของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.25 จาก คะแนนเต็ม 5) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านการสร้างความสัมพันธ์ภาพการช่วยเหลือไว้วางใจ ด้านการสร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ผู้อื่นและมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ ด้านการช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล

สรุปได้ว่า การดูแลอย่างเอื้ออาทร หมายถึง พฤติกรรมปฏิบัติสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาลโดยการปฏิบัติการพยาบาลด้วยความรู้สึกร่วมใจ เมตตา เห็นประโยชน์ของผู้อื่น มีความเป็นกัลยาณมิตร สร้างความหวังและความศรัทธา เคารพในคุณค่าศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และสิทธิของผู้ป่วย ให้การพยาบาลด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลแบบองค์รวม สร้างเสริมพลังด้วยจิตวิญญาณตามความต้องการของผู้รับบริการ

3.4 แนวคิดคุณภาพการให้บริการ SERVQUAL (Behavioral Consequences of Service Quality)

สำหรับแนวคิดคุณภาพการให้บริการ SERVQUAL ของพาราซุรามาน, เบอร์รี่, และซีแทมล์ (Parasuraman, Berry, & Zeithaml, 1991, p. 85) ภายใต้ความเชื่อที่ว่าคุณภาพการบริการส่วนหนึ่งมาจากการบริการและการทำความเข้าใจกับความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งตัวแบบนี้ใช้วัดคุณภาพการให้บริการที่ได้รับความนิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลายโดยพัฒนาตัวแบบเพื่อใช้สำหรับการประเมินคุณภาพการให้บริการอาศัยการประเมินจากพื้นฐานการรับรู้ของผู้รับบริการหรือลูกค้าเป็นสำคัญ พร้อมทั้งได้พยายามหาความหมายของคุณภาพการให้บริการและปัจจัยที่กำหนดคุณภาพการให้บริการที่เหมาะสม ประกอบด้วย 5 มิติหลัก ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibility) ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) การตอบสนองต่อลูกค้า (Responsiveness) การให้ความเชื่อมั่นต่อลูกค้า (Assurance) และการรู้จักและเข้าใจลูกค้า (Empathy)

คุณภาพของการบริการด้านสุขภาพ หมายถึง การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและความคาดหวังของผู้รับบริการโดยได้มาตรฐานตามวิชาชีพ ไม่เกิดผลเสีย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทำในสิ่งที่ถูกต้อง ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบด้วย 3 มิติ คือความพึงพอใจด้านการรักษาพยาบาล ความพึงพอใจ ของผู้รับบริการ และความพึงพอใจของบุคลากร (วิภาดา คุณาวิติกุล, 2549, น. 162) ดังนั้นคุณภาพของการบริการเป็นความรู้สึกที่รับรู้ได้จากผู้รับบริการ ซึ่งผู้รับบริการจะเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่คาดหวังก่อนรับบริการกับสิ่งที่ได้รับจริง หากเป็นไปตามที่ตนคาดหวังก็จะรู้สึกพึงพอใจ และประทับใจกับการบริการ แต่หากไม่เป็นไปตามที่คาดหวังก็จะไม่พึงพอใจ ไม่มีความประทับใจ ระดับคุณภาพการให้บริการแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือระดับที่ 1 เป็นระดับที่ไม่เป็นไปตามคาดหวัง ระดับที่ 2 ระดับที่เป็นไปตามที่คาดหวัง และระดับที่ 3 ระดับที่ประทับใจ (จิตตินันท์ นันทไพบูลย์, 2551, น. 92)

สอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพการให้บริการ SERVQUAL เป็นแนวคิดที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยพาราสุรามาน, เบอร์รี่ ซีแฮมล์ โดยได้รับความนิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลายเพื่อใช้สำหรับการประเมินคุณภาพการให้บริการอาศัยการประเมินจากพื้นฐานการรับรู้ของผู้รับบริการหรือลูกค้าเป็นสำคัญ ซึ่งได้พัฒนาเกณฑ์การประเมินคุณภาพบริการหรือแบบวัดคุณภาพบริการใหม่ (SERVQUAL) ประกอบด้วย 5 มิติหลัก ดังนี้ (Parasuraman, Berry, & Zeithaml, 1991, p. 46)

มิติที่ 1 ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibility) หมายถึง สิ่งที่ปรากฏทางกายภาพที่แสดงให้เห็นถึงความพร้อมของสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ได้แก่ ห้องรับรอง การจัดสถานบริการ บุคลากร แบบฟอร์มชุดปฏิบัติงาน อุปกรณ์ เครื่องมือ เอกสารและสัญลักษณ์ รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการดูแลห่วงใย อบอุ่น และความตั้งใจจากผู้ให้บริการได้อย่างชัดเจน

มิติที่ 2 ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการตามที่สัญญาไว้กับผู้รับบริการ ภายใต้ความถูกต้อง เหมาะสม และสม่ำเสมอ จนทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการที่ได้นั้นมีความไว้วางใจได้และความน่าเชื่อถือ

มิติที่ 3 การตอบสนองต่อลูกค้า (Responsiveness) หมายถึง ความพร้อมและความเต็มใจให้บริการเชิงรุกเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันท่วงทีโดยไม่ต้องร้องขอ ทั้งนี้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงการรับบริการได้ง่าย รวดเร็ว สะดวกและกระจายการให้บริการไปอย่างทั่วถึง

มิติที่ 4 การให้ความเชื่อมั่นต่อลูกค้า (Assurance) หมายถึง ความสามารถในการสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ โดยผู้ให้บริการจะต้องมีทักษะความรู้ ความสามารถในการให้บริการ สามารถให้บริการด้วยความสุภาพ นุ่มนวล มีกิริยามารยาทที่ดี ใช้การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้รับบริการจะได้รับบริการที่ดีที่สุด

มิติที่ 5 การรู้จักและเข้าใจลูกค้า (Empathy) หมายถึง ความสามารถในการดูแลเอาใจใส่ ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างของผู้รับบริการแต่ละคน

นอกจากนี้แนวคิดของเกอร์สัน (Gerson, 2012) ได้เสนอทัศนคติว่าการสร้างคุณภาพบริการที่เป็นเลิศเป็นหัวใจสำคัญของการทำให้ลูกค้าพึงพอใจ วิธีปฏิบัติเพื่อให้เกิดคุณภาพบริการชั้นเลิศมี 5 ประการ ได้แก่ 1) การเพิ่มคุณค่า 2) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณภาพภายในของผู้ให้บริการ 3) การติดต่อสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ 4) การให้รางวัลตอบแทน และ 5) การสร้างพันธมิตร โดยการมีส่วนร่วม ในขณะที่เพทาย ทองมหา (2554, น. 160 - 161) ได้เสนอการบริการที่มีคุณภาพนั้น ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ได้แก่ การให้บริการด้วยความเต็มใจ ยุติธรรม โปร่งใส เอื้ออาทร และมีธรรมาภิบาล 2) การเพิ่มคุณค่างานบริการ ได้แก่ การจัดทำแผนผังขั้นตอนการให้บริการ การให้บริการตามลำดับก่อนหลัง การแก้ปัญหาอย่างกระตือรือร้น การให้บริการด้วยอัธยาศัยไมตรี เอื้ออาทรและการเอื้ออำนวยความสะดวกทุกด้าน และการเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก 3) การเข้าถึงบริการเชิงรุก ได้แก่ การให้ข้อมูลข่าวสารสิ่งที่จะให้บริการในอนาคต การออกหน่วยบริการถึงสถานที่แก่ผู้รับบริการ และการศึกษาแนวโน้มความต้องการในอนาคตของผู้รับบริการ

สรุปได้ว่า คุณภาพการบริการแบบองค์รวม หมายถึง การรับรู้ของผู้รับบริการถึงการอำนวยความสะดวก ช่วยเหลือจากนักศึกษาพยาบาล ตามความต้องการและตามความคาดหวัง เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกที่ดีและประทับใจ ประกอบด้วย ความเป็นรูปธรรมของบริการ การแสดงออกและความเชื่อถือไว้วางใจได้ การให้ความเชื่อมั่น การรู้จักและเข้าใจต่อผู้รับบริการ การเข้าถึงบริการเชิงรุก และผลของการให้บริการ

จากที่กล่าวมาเห็นได้ว่าองค์ประกอบย่อยด้านจิตบริการ มีความสำคัญต่อวิชาชีพพยาบาล เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลมีความเป็นเอกลักษณ์มากกว่าวิชาชีพอื่น ๆ โดยเป็นการกระทำต่อมนุษย์ด้วยองค์ความรู้ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทร เน้นบริการเพื่อตอบสนองความต้องการ มีอิสระและเสรีภาพในการให้บริการ มีจริยธรรมแห่งวิชาชีพตามบทบาทตลอดจน มีองค์วิชาชีพที่ถูกต้องตามกฎหมาย เพื่อควบคุมคุณภาพควบคู่ไปกับการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ การยึดมั่นในคุณธรรมจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ และความคาดหวังในพฤติกรรมบริการของพยาบาล เช่น ความเอาใจใส่ การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี การมีความเมตตากรุณา ความเอื้ออาทร ความสุภาพอ่อนโยน

จะเห็นได้ว่าจากแนวคิดเกี่ยวกับจิตบริการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงเป็นที่มาของตัวบ่งชี้ย่อยด้านจิตบริการ รายละเอียดตามตาราง 1 ดังนี้

ตาราง 1 การสังเคราะห์องค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ด้านจิตบริการ

| องค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | |
|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| ด้านจิตบริการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. องค์ประกอบย่อยด้านคุณลักษณะ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| เชิงวิชาชีพ | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ |
| 1.1 มีภาวะผู้นำที่ส่งผลต่อความ | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ |
| เชื่อมั่นของผู้รับบริการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2 มีทักษะการบริหารจัดการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.3 สามารถทำงานเป็นทีมร่วมกับ | | | | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | | | ✓ |
| ผู้อื่นได้ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4 มีทักษะการสื่อสารกับ | | | | | | | ✓ | | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ |
| ผู้รับบริการ | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ |
| 1.5 ปฏิบัติการพยาบาลองค์รวมตาม | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| กระบวนการพยาบาล | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ |
| 1.6 ปฏิบัติงานโดยเห็นประโยชน์ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ส่วนรวมมากกว่าส่วนตน | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | | ✓ |
| 1.7 เข้าใจในบริบททางสังคมและ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| วัฒนธรรมของผู้รับบริการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. องค์ประกอบย่อยด้านจริยธรรม | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| และจรรยาบรรณวิชาชีพ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| องค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| ด้านจิตบริการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 ปฏิบัติต่อผู้รับบริการอย่างเป็น ธรรมชาติ | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 2.2 รักษาความลับของผู้รับบริการ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 2.3 พึ่งพิงสิ่งที่มีผู้รับบริการ | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 2.4 เคารพในความแตกต่างระหว่าง บุคคล | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 2.5 มีความซื่อสัตย์สุจริต | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 2.6 ปฏิบัติในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อ ผู้รับบริการ | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 2.7 รับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับ มอบหมาย | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 2.8 ไม่ปฏิบัติในสิ่งที่เป็นอันตรายต่อ ผู้รับบริการ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 3. องค์ประกอบย่อยด้านการดูแล อย่างเอื้ออาทร | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1 ให้การพยาบาลด้วยความรู้สึก ห่วงใย เมตตา | | ✓ | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 3.2 เห็นประโยชน์ของผู้รับบริการเป็น สำคัญ | | | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

| องค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| ด้านจิตบริการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.3 เคารพในคุณค่าศักดิ์ศรีของความ เป็นมนุษย์ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | | | | | ✓ | | ✓ |
| 4. องค์ประกอบย่อยด้านคุณภาพการ บริการแบบองค์รวม | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.1 จัดให้มีความพร้อมด้านสิ่งอำนวยความสะดวก | ✓ | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | | | | | | ✓ |
| 4.2 เพิ่มคุณค่าการบริการ | ✓ | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | | | | | | ✓ |
| 4.3 จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแล แบบองค์รวม | ✓ | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | | | | | | ✓ |
| 4.4 ดูแลเอาใจใส่ผู้รับบริการตามความ ต้องการ | ✓ | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | | | | | | ✓ |
| 4.5 คำนึงถึงผลสำเร็จของการ ให้บริการ | ✓ | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | | | | | | ✓ |
| 4.6 ให้บริการเพื่อให้บริการเกิด ความเชื่อมั่น | ✓ | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | | | | | | ✓ |
| 4.7 ให้การพยาบาลเพื่อให้เกิดความ ศรัทธาในสิ่งที่ถูกต้องถึงงาม | ✓ | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | | | | | | ✓ |
| 4.8 ให้การพยาบาลด้วยกระบวนการ ทางวิทยาศาสตร์ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

องค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19
ด้านจิตบริการ

4.9 ให้การช่วยเหลือผู้รับบริการจนเกิด

ความพึงพอใจ

4.10 ให้การพยาบาลเพื่อให้เกิด

ความหวังในชีวิต

ที่มาของการสังเคราะห์องค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ด้านจิตบริการ

1 = Parasuraman et al. (1991)

2 = Kleiman (2009)

3 = ANA. (2010)

4 = Helmich et al. (2010)

5 = Christensen & Kockrow (2011)

6 = Duygula (2011)

7 = Taylor et al. (2011)

8 = Gerson (2012)

9 = Linton (2012)

10 = Watson (2012)

11 = จรูญรัตน์ รอดเนียม (2552)

12 = สภาการพยาบาล (2553)

13 = เพฑาย ทองมหา (2554)

14 = ภาณวัณณ์ธุ์ จุฑการบัณณ์ฑิต (2554)

15 = วณิดา ดุรงค์ฤทธิชัย (2554)

16 = สมจิต หนูเจริญกุล (2554)

17 = สถาบันพระบรมราชชนก (2554)

18 = ภาณณ์ เลืองอรุณ และคณณะ (2555)

19 = กิตติพร เนาวัสุวรรณ (2557)

ตอนที่ 3 แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล (Analytical Thinking)

การคิดเป็นกระบวนการทำงานของสมองที่เป็นไปตามธรรมชาติของมนุษย์อันเป็นผลมาจากประสบการณ์เดิม สิ่งเร้าและสภาพแวดล้อมที่เข้ามากระทบ ประกอบด้วยจิตร่วมกับความรู้สึก (Filling) และความต้องการ (Wanting) แล้วสั่งให้ร่างกายแสดงพฤติกรรม (Behavior) ออกมาโดยการคิดมี 2 ระดับ คือ ระดับแรก คือ การคิดทั่วไป ระดับที่สอง คือ การคิดระดับสูง เป็นการคิดที่ใช้ประเมินและแก้ไขการคิดในระดับแรก โดยผ่านขั้นตอนการใช้เหตุผลและมาตรฐานของเหตุผลก่อนที่จะเกิดการตัดสินใจที่ถูกต้องและเที่ยงตรง (ชนาธิป พรกุล, 2554)

1. ความหมายการคิดวิเคราะห์

การศึกษาความหมายของการวิเคราะห์การคิดวิเคราะห์จากแหล่งข้อมูลทั้งในประเทศและต่างประเทศ ดังนี้

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2546, น. 24) ได้กล่าวไว้ว่า การคิดวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึง การจำแนกแจกแจงองค์ประกอบต่าง ๆ ของสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง และหาความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างองค์ประกอบเหล่านั้น เพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของสิ่งที่เกิดขึ้น

สุวิทย์ มูลคำ (2547, น. 9) กล่าวว่า ความสามารถในการจำแนก แยกแยะองค์ประกอบต่าง ๆ ของสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งอาจจะเป็นวัตถุ สิ่งของ เรื่องราว หรือเหตุการณ์และหาความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างองค์ประกอบเหล่านั้น เพื่อค้นหาสภาพความเป็นจริงหรือสิ่งสำคัญของสิ่งที่กำหนดไว้

ประพันธ์ศิริ สุเสารัจ (2551, น. 48) กล่าวว่า ความคิดในการจำแนกแยกแยะข้อมูลองค์ประกอบของสิ่งต่าง ๆ ไม่ว่าจะ เป็นวัตถุ เรื่องราว เหตุการณ์ต่าง ๆ ออกเป็นส่วนย่อย ๆ เพื่อค้นหาความจริง ความสำคัญ แก่นแท้ องค์ประกอบหรือหลักการของเรื่องนั้น ๆ ทั้งที่อาจแฝงซ่อนอยู่ภายในสิ่งต่าง ๆ หรือปรากฏได้อย่างชัดเจน รวมทั้งหาความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงสิ่งต่าง ๆ ว่าเกี่ยวพันกันอย่างไร อาศัยหลักการใด จนได้ความคิดเพื่อนำไปสู่การสรุปการประยุกต์ใช้ การทำนายหรือคาดการณ์สิ่งต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง

ล้วน สายยศ, และอังคณา สายยศ (2548) กล่าวว่า การคิดวิเคราะห์เป็นความสามารถในการแยกย่อยส่วนย่อย ๆ ของเหตุการณ์ เรื่องราวหรือเนื้อหาต่าง ๆ ว่าประกอบด้วยอะไรมีความสำคัญอย่างไร อะไรเป็นเหตุอะไรเป็นผล และที่เป็นอย่างนั้นอาศัยหลักการอะไร

ลักขณา สรวิวัฒน์ (2549) การคิดวิเคราะห์ (Analytical Thinking) ว่าหมายถึงความสามารถในการแยกแยะส่วนย่อย ๆ ของเหตุการณ์เรื่องราวหรือเนื้อเรื่องต่าง ๆ ว่าประกอบด้วยอะไร มีจุดมุ่งหมายหรือความประสงค์สิ่งใด และส่วนย่อย ๆ ที่สำคัญนั้นแต่ละเหตุการณ์เกี่ยวพันกันอย่างไรบ้าง และเกี่ยวพันกันโดยอาศัยหลักการใด เพื่อให้เกิดความชัดเจนและความเข้าใจจนสามารถนำไปสู่การตัดสินใจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

พจนานุกรมศัพท์ศึกษาศาสตร์ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2555) ให้ความหมายว่า การคิดวิเคราะห์ (Analytical thinking) หมายถึง กระบวนการคิดเชิงลึก ซึ่งต้องใช้ความสามารถในการจำแนกองค์ประกอบต่าง ๆ และหาความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างองค์ประกอบเหล่านั้น เพื่อเกิดความรู้และความเข้าใจหรือค้นหาความจริงของสิ่งนั้น

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ (2549) ได้สรุปความหมายของการคิดวิเคราะห์ว่า หมายถึง การระบุเรื่องหรือปัญหา จำแนกแยกแยะ เปรียบเทียบข้อมูลเพื่อจัดกลุ่มอย่างเป็นระบบ ระบุเหตุผลหรือเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล และตรวจสอบข้อมูลหรือหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้เพียงพอในการตัดสินใจ/แก้ปัญหา/คิดสร้างสรรค์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข (2554, น. 4) แปลความหมายของคำว่า “Analytical Thinking” ว่า การคิดวิเคราะห์ ซึ่งหมายถึง การคิดที่อยู่บนฐานของการมีข้อมูลที่หลากหลาย ตามสภาพความเป็นจริงเพื่อเป็นการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการอย่างมีวิจารณญาณ โดยเชื่อมโยงความรู้เข้าสู่การแก้ปัญหาของผู้รับบริการที่สอดคล้องกับบริบทสภาพการดำรงชีวิต

Bloom (1956) ให้คำจำกัดความว่า การวิเคราะห์ หมายถึง การแยกแยะหรือหาความแตกต่างของข้อมูลออกมาได้เป็นองค์ประกอบ เพื่อจัดระบบโครงสร้าง ประกอบด้วย การวิเคราะห์หน่วยย่อย การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ และการวิเคราะห์หลักการ

Good (1973) ให้ความหมายการคิดวิเคราะห์ว่า เป็นการคิดอย่างรอบคอบตามหลักของการประเมินและหลักฐานอ้างอิง เพื่อหาข้อสรุปที่น่าจะเป็นไปได้ ตลอดจนพิจารณาองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องทั้งหมดและใช้กระบวนการตรรกวิทยาได้อย่างถูกต้องสมเหตุสมผล

Dewey (1933) ให้นิยามว่าการคิดวิเคราะห์ หมายถึง ลักษณะการคิดอย่างใคร่ครวญไตร่ตรอง โดยอธิบายขอบเขตของการคิดวิเคราะห์ว่าเป็นการคิดที่เริ่มต้นจากสถานการณ์ที่มีความยุ่งยาก และสิ้นสุดลงด้วยสถานการณ์ที่มีความชัดเจน

Anderson, & Krathwohl (2001) ได้ให้นิยามการคิดวิเคราะห์ (Analyzing) หมายถึง การแยกข้อมูลหรือความคิดรวบยอดออกเป็นส่วน ๆ โดยการอธิบายความสัมพันธ์หรือความแตกต่างของข้อมูล การจัดระบบข้อมูล และการให้เหตุผล

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่านักวิชาการโดยส่วนใหญ่แปลความหมายของคำว่า Analytical Thinking ว่าการคิดวิเคราะห์ แต่สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้แปลความหมายของคำว่า Analytical Thinking ว่าการคิดวิเคราะห์ เหมือนกับสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ตรงกับการกำหนดอัตลักษณ์ของนักศึกษาในวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จึงสรุปความหมายของ การคิดวิเคราะห์ (Analytical Thinking) หมายถึง กระบวนการคิดเชิงลึกที่ต้องใช้ความสามารถในการทำความเข้าใจ การใช้ความรู้

ประสบการณ์ การสังเกต เพื่อระบุเรื่องหรือปัญหา สามารถจำแนกแยกแยะองค์ประกอบของสิ่งต่าง ๆ จัดหมวดหมู่อย่างเป็นระบบ และหาความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างองค์ประกอบเหล่านั้น บนฐานของการมี ข้อมูลที่หลากหลาย ตามสภาพความเป็นจริงเพื่อเป็นการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการอย่างมีวิจารณญาณ โดยเชื่อมโยงความรู้เข้าสู่การแก้ปัญหาของผู้รับบริการที่สอดคล้องกับบริบทสภาพการดำรงชีวิต

2. ความสำคัญของการคิดวิเคราะห์

การคิดวิเคราะห์มีความสำคัญต่อกระบวนการคิดขั้นสูง หากขาดการคิดวิเคราะห์จะเป็นเหตุให้เกิดการใช้เหตุผลผิด ไม่สามารถตีความวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องครบถ้วนอย่างที่ควรจะเป็น การคิดวิเคราะห์ก่อประโยชน์อย่างมากทั้งในระดับปัจเจกบุคคล และระดับองค์กร การศึกษาแทบทุกสาขาวิชาจำเป็นต้องใช้การคิดวิเคราะห์เป็นเครื่องมือในการศึกษาหาความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้น ดังนั้นการคิดวิเคราะห์ จึงมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการปฏิบัติงาน ดังนี้

1. การคิดวิเคราะห์เป็นพื้นฐานของการคิดขั้นสูงลักษณะอื่น การคิดวิเคราะห์เป็นความคิดขั้นสูง (Higher - Order Thinking) เกิดขึ้นด้วยกระบวนการที่ซับซ้อนและมีขั้นตอนการคิดหลายขั้น (กรรณิกา รักยิ่งเจริญ, อาภรณ์ ไทยกล้า, และนุชนาท ประมาคะเต, 2555, น. 50) ซึ่งจะเป็พื้นฐานของการคิดลักษณะอื่น ๆ เช่น การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Thinking) การคิดเพื่อตัดสินใจ (Decision Making) การคิดแก้ปัญหา (Problem Solving) การคิดสร้างสรรค์ (Creative Thinking) การคิด อย่างมีเหตุผล (Logical Thinking) การคิดเชิงวิทยาศาสตร์ (Scientific Thinking) เป็นต้น นอกจากนี้การคิดวิเคราะห์เป็นส่วนประกอบหนึ่งของภาพการคิด (Visual Thinking) ทำให้สามารถแก้ปัญหาได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (The Evolution of Extraordinary Intelligence, 2013, p. 1)

2. ช่วยพัฒนาศักยภาพการคิด และกระบวนการตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ การคิดวิเคราะห์จะช่วยให้เรา รู้ข้อเท็จจริง รู้เหตุผลเบื้องหลัง เข้าใจความเป็นมาของสิ่งของหรือเหตุการณ์ ช่วยค้นหาความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูลภายใต้การสืบค้นตามหลักเหตุผลหรือข้อเท็จจริง โดยปราศจากอคติหรือตัวตนสรุป เพื่อนำไปใช้ในการตัดสินใจได้ถูกต้อง นอกจากนี้ช่วยกระตุ้นให้เป็นคนช่างสังเกต หาความแตกต่างของสิ่งที่ปรากฏก่อนจะสรุปสิ่งใดลงไป ตลอดจนช่วยประมาณการความน่าจะเป็นโดยใช้ข้อมูลพื้นฐานในการวิเคราะห์ภายใต้บริบทโดยรอบ ทำให้ช่วยคาดคะเนเหตุการณ์ได้ แม่นยำ มากกว่า (วิภาดา คุณาวิคติกุล, 2549, น. 15)

3. เป็นแนวทางในการปรับกระบวนการบริหารการศึกษาเพื่อฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 (ราชกิจจานุเบกษา, 2542, น. 10) หมวด 4 มาตรา 24 กำหนดแนวทางการจัดการศึกษาโดยให้สถานศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อฝึกทักษะ กระบวนการคิด การจัดการ การเผชิญสถานการณ์ และการประยุกต์

ความรู้มาใช้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา จัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง ฝึกการปฏิบัติให้ทำได้ คิดเป็น ทำเป็น รักการอ่านและเกิดการใฝ่รู้อย่างต่อเนื่อง สำหรับสถานศึกษาในระดับอุดมศึกษา ได้กำหนดกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ จากกระทรวงศึกษาธิการ ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นกรอบมาตรฐานให้สถาบันอุดมศึกษาพัฒนาปรับปรุงหลักสูตร การจัดการเรียนการสอน การประกันคุณภาพบัณฑิตและการพัฒนาคุณภาพการจัดการศึกษาให้สามารถผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพ โดยหนึ่งในห้ามาตรฐานผลการเรียนรู้ครอบคลุมคือ ทักษะทางปัญญา ว่าด้วยเรื่องการคิดวิเคราะห์ห้อย่าง เป็นระบบ (ราชกิจจานุเบกษา, 2553, น. 43) สำหรับวิชาชีพพยาบาล ได้กำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพตาม พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2542 ด้านที่ 3 สมรรถนะด้านคุณลักษณะวิชาชีพ มีทักษะการคิดวิเคราะห์และการใช้วิจารณญาณทางคลินิก (หทัยชนก บัวเจริญ และคณะ, 2553, น. 147) เช่นเดียวกับสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวง สาธารณสุข (2554, น. 3) ได้กำหนดอัตลักษณ์ด้านการคิดวิเคราะห์ มาเป็นอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นวิทยาลัยพยาบาลในฐานะที่เป็นสถานศึกษาของรัฐจึงมี ความจำเป็นต้องปรับกระบวนการบริหารการศึกษาทั้งระบบ โดยใช้พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ตลอดจนอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นทั้งเป้าหมายและแนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จะเห็นได้ว่าการคิดวิเคราะห์เป็นพื้นฐานสำคัญต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการคิดขั้นสูงอีกหลาย ๆ ประเภท ได้แก่ การคิดเชิงระบบ การคิดเพื่อการวิจัย การคิดสร้างสรรค์ ทั้งนี้เพื่อนำมาสู่การช่วยพัฒนาศักยภาพการคิด และกระบวนการตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหาแก่ผู้รับบริการได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนเป็นแนวทางในการปรับกระบวนการบริหารการศึกษาเพื่อฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ให้กับนักศึกษาพยาบาลอย่างเป็นระบบและเห็นผลอย่างเป็นรูปธรรม (Alligood, 2010, p. 47)

3. แนวคิดเกี่ยวกับการคิดวิเคราะห์

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการคิดวิเคราะห์ของมาร์ซาโน (Mazano's Taxonomy) (Mazano, 2001, 2006, 2013) แนวคิดคุณลักษณะการคิดวิเคราะห์ของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข (2554) และของวิภาดา คุณาวิทิกุล (2549) มาเป็นกรอบแนวคิด ดังนี้

3.1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับการคิดวิเคราะห์ของมาร์ซาโน (Mazano's Taxonomy, Mazano, 2001, 2006, 2013) ได้อธิบายว่าการคิดและการเรียนรู้ประกอบด้วย 3 ระบบ คือ ระบบแห่งตน (Self-System) ระบบอภิปัญญาหรือการรู้คิด (Metacognitive System) และระบบการรู้คิด (Cognitive System) โดยระบบแห่งตนจะตัดสินใจยอมรับการเรียนรู้ของกิจกรรมใหม่ ต่อจากนั้น

ระบบการรู้คิดจะกำหนดเป้าหมายและให้แนวทางเพื่อบรรลุเป้าหมาย ในขณะที่ระบบสติปัญญาจะทำหน้าที่ในการ กระทำการข้อมูลที่เป็นในลักษณะของการวิเคราะห์ ทั้งนี้มีวิชาโนเสนอทักษะการคิดวิเคราะห์ ประกอบด้วย 5 ทักษะ ได้แก่ การจำแนก การจัดหมวดหมู่ การเชื่อมโยง การสรุปความ และการประยุกต์ภายใต้กระบวนการเสนอกระบวนการจัดทำกับข้อมูล 6 ชั้น ได้แก่ ชั้นรวบรวม ชั้นเข้าใจ ชั้นวิเคราะห์ ชั้นใช้ความรู้ให้เป็นประโยชน์ ชั้นบูรณาการความรู้ และชั้นจัดระบบคิดของตนเอง

3.2 แนวคิดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข (2554) ได้กำหนดคุณลักษณะการคิดวิเคราะห์ ของนักศึกษาพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไว้ว่า เป็นการมองความจริงตามความเป็นจริง การรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการบนพื้นฐานข้อมูลจริง การเชื่อมโยงความรู้ การวางแผนให้บริการสุขภาพสอดคล้องกับบริบทและการพัฒนาตนเองโดยไม่ยึดติดกับกรอบแนวคิด

3.3 แนวคิดของวิภาดา คุณาวิกติกุล (2549) ได้อธิบายถึงคุณลักษณะของผู้ที่มีการคิดวิเคราะห์ว่าเป็นผู้แสวงหาความจริง ใจกว้าง ยอมรับความคิดเห็นโดยปราศจากความอคติ ใช้เหตุผล และหลักฐานในการแก้ปัญหาอย่างรอบคอบ มีความมั่นใจในตนเอง ใฝ่เรียนรู้โดยการค้นคว้าอยู่เสมอ มีการทบทวนการตัดสินใจและยอมรับในแนวทางการแก้ปัญหาที่หลากหลาย

4. องค์ประกอบของการคิดวิเคราะห์

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2547) แบ่งองค์ประกอบของการคิดวิเคราะห์ออกเป็น 4 ประการ คือ

1. ความสามารถในการตีความ การตีความ (Interpretation) หมายถึง การพยายามทำความเข้าใจและให้เหตุผลแก่สิ่งที่เราต้องการจะวิเคราะห์เพื่อแปลความหมายที่ไม่ปรากฏโดยตรงของสิ่งนั้น เป็นการสร้างความเข้าใจต่อสิ่งที่ต้องการวิเคราะห์ โดยสิ่งนั้นไม่ได้ปรากฏโดยตรงคือ ตัวข้อมูลไม่ได้บอกโดยตรงแต่เป็นการสร้างความเข้าใจที่เกินกว่าสิ่งที่ปรากฏ อันเป็นการสร้างความเข้าใจบนพื้นฐานของสิ่งที่ปรากฏในข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ เกณฑ์ที่แต่ละคนใช้เป็นมาตรฐานในการตัดสินใจหรือเป็นไม้เมตรที่แต่ละคนสร้างขึ้นในการตีความนั้น ย่อมแตกต่างกันไปตามความรู้ ประสบการณ์และค่านิยมของแต่ละบุคคล เช่น การตีความจากความรู้ การตีความจากประสบการณ์หรือการตีความจากข้อเขียน

2. ความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่จะวิเคราะห์ เพราะความรู้จะช่วยในการกำหนดขอบเขตของการวิเคราะห์แจ่มแจ้งและจำแนกได้ว่าเรื่องนั้นเกี่ยวข้องกับอะไร มีองค์ประกอบย่อย ๆ อะไรบ้าง มีทั้งหมดหมู่ จัดลำดับความสำคัญอย่างไร และรู้ว่าอะไรเป็นสาเหตุก่อให้เกิดอะไร การวิเคราะห์ของเราในเรื่องนั้นจะไม่สมเหตุสมผลเลยหากเราไม่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องนั้น เราจำเป็นต้องใช้ความรู้ที่

เกี่ยวข้องเข้ามาเป็นองค์ประกอบในการคิด ถ้าเราขาดความรู้เราอาจไม่สามารถคิดวิเคราะห์หาเหตุผลได้ว่าเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น

3. ความช่างสังเกต ช่างสงสัยและช่างถาม นักคิดเชิงวิเคราะห์จะต้องมีองค์ประกอบทั้งสามนี้ร่วมด้วยคือ ต้องเป็นคนที่ช่างสังเกต เป็นคนช่างสงสัย เมื่อเห็นความผิดปกติไม่ละเลยไปแต่หยุดพิจารณา ขบคิด ไตร่ตรอง และต้องเป็นคนช่างถาม ชอบตั้งคำถามกับตัวเองและคนรอบ ๆ ช่างเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่การคิดต่อเกี่ยวกับเรื่องนั้น การตั้งคำถามจะนำไปสู่การสืบค้นความจริงและเกิดความชัดเจนในประเด็นที่ต้องการวิเคราะห์

ขอบเขตคำถามที่เกี่ยวข้องกับการคิดวิเคราะห์จะยึดหลักการตั้งคำถามโดยใช้หลัก 5W 1H คือ Who (ใคร) What (อะไร) Where (ที่ไหน) When (เมื่อใด) Why (ทำไม) How (อย่างไร) คำถามเหล่านี้อาจไม่จำเป็นต้องใช้ทุกข้อเพราะการตั้งคำถามมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความชัดเจนครอบคลุมและตรงประเด็นที่เราต้องการสืบค้น

4. ความสามารถในการหาความสัมพันธ์เชิงเหตุผล นักคิดเชิงวิเคราะห์จะต้องมีความสามารถในการหาความสัมพันธ์เชิงเหตุผล สามารถค้นหาคำตอบได้ว่า

อะไรเป็นสาเหตุให้เกิดสิ่งนี้

เรื่องนั้นเชื่อมโยงกับเรื่องนี้ได้อย่างไร

เรื่องนี้มีใครเกี่ยวข้องบ้าง เกี่ยวข้องกันอย่างไร

เมื่อเกิดเรื่องนี้ จะส่งผลกระทบต่ออย่างไรบ้าง

สาเหตุที่ก่อให้เกิดเหตุการณ์นี้

แนวทางแก้ไขปัญหามีอะไรบ้าง

ถ้าทำเช่นนี้ จะเกิดอะไรขึ้นในอนาคต

นักคิดเชิงวิเคราะห์จึงต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถในการใช้เหตุผล จำแนกแยกแยะได้ว่าสิ่งใดเป็นความจริง สิ่งใดเป็นเท็จ สิ่งใดมีองค์ประกอบในรายละเอียดเชื่อมโยง สัมพันธ์กันอย่างไร ซึ่งการคิดวิเคราะห์ช่วยให้เราเข้าใจข้อเท็จจริง รู้เหตุผลเบื้องหลังของสิ่งที่เกิดขึ้น เข้าใจความเป็นมาเป็นไปของเหตุการณ์ต่าง ๆ รู้ว่าเรื่องนั้นมีองค์ประกอบอะไรบ้าง รู้ว่าอะไร ทำให้เราได้ข้อเท็จจริงที่เป็นฐานความรู้ในการนำไปใช้ในการตัดสินใจแก้ปัญหาการประเมินและการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง

สุวิทย์ มูลคำ (2547, น. 17) กล่าวว่า การคิดวิเคราะห์มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ดังนี้

1. สิ่งที่กำหนดให้ เป็นสิ่งที่สำเร็จรูปที่กำหนดให้วิเคราะห์ เช่น วัตถุประสงค์ของ เรื่องราว เหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ต่าง ๆ เป็นต้น

2. หลักการหรือกฎเกณฑ์ เป็นข้อความสำหรับใช้แยกส่วนประกอบของสิ่งที่กำหนดให้ เช่น เกณฑ์ในการจำแนกสิ่งที่มีความเหมือนกันหรือแตกต่างกัน หลักเกณฑ์ในการลักษณะความสัมพันธ์เชิงเหตุผล อาจจะเป็นลักษณะความสัมพันธ์ที่มีความคล้ายคลึงกันหรือขัดแย้งกัน เป็นต้น

3. การค้นหาความจริงหรือความสำคัญ เป็นการพิจารณาส่วนประกอบของสิ่งที่กำหนดให้ตามหลักการหรือกฎเกณฑ์แล้วทำการรวบรวมประเด็นที่สำคัญเพื่อหาข้อสรุป

จากแนวคิดข้างต้น สามารถสรุปองค์ประกอบของการคิดวิเคราะห์ได้คือ จะต้องมีความสามารถในการตีความ มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่จะวิเคราะห์ มีความช่างสังเกต ช่างสงสัย และช่างถาม และมีความสามารถในการหาความสัมพันธ์เชิงเหตุผล

5. ทักษะการคิดวิเคราะห์

บลูม (Bloom, 1956, pp. 201-207 อ้างถึงใน ประพันธ์ศิริ สุเสารัจ, 2551, น. 49-52) ได้กล่าวถึงทักษะการคิดวิเคราะห์ประกอบด้วยทักษะสำคัญ 3 ด้านดังนี้

1. การคิดวิเคราะห์ส่วนประกอบ (Analysis of Element) เป็นความสามารถในการหาส่วนประกอบที่สำคัญของสิ่งของหรือเรื่องราวต่าง ๆ เช่น การวิเคราะห์ส่วนประกอบของพืช สัตว์ ข้าว ข้อความ หรือเหตุการณ์ ประกอบด้วย

1.1 วิเคราะห์ชนิด เป็นการให้นักเรียนวินิจฉัยว่าสิ่งนั้น เหตุการณ์นั้น ๆ จัดเป็นชนิดใด ลักษณะใด เพราะเหตุใด

1.2 วิเคราะห์สิ่งสำคัญที่เป็นการวินิจฉัยว่าสิ่งใดสำคัญ สิ่งใดไม่สำคัญ เป็นการค้นหาสาระสำคัญ ข้อความหลัก ข้อสรุป จุดเด่น จุดด้อยของสิ่งต่าง ๆ

1.3 วิเคราะห์เลศนัย เป็นการมุ่งค้นหาสิ่งที่แอบแฝงซ่อนเร้นหรืออยู่เบื้องหลังจากสิ่งที่เห็นซึ่งไม่ได้บอกตรง ๆ แต่มีร่องรอยของความจริงซ่อนเร้นอยู่

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Analysis of Relationship) เป็นการค้นหาความสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ ว่ามีอะไรสัมพันธ์กัน สัมพันธ์กันอย่างไร สัมพันธ์กันมากน้อยเพียงใด สอดคล้องหรือขัดแย้งกัน ได้แก่

2.1 วิเคราะห์ชนิดของความสัมพันธ์ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุผล 14 ประเภท ได้แก่

2.1.1 ประเภทความคล้ายคลึง แสดงความสัมพันธ์ในลักษณะที่มีความหมายอย่างเดียวกันหรือคล้ายคลึงกัน

2.1.2 ประเภทความขัดแย้งหรือตรงข้ามกัน แสดงความสัมพันธ์ในลักษณะที่เป็นความขัดแย้งหรือตรงข้ามกัน หรือมีความหมายตรงข้ามกัน

2.1.3 ประเภทความสัมพันธ์การทำนาย แสดงความสัมพันธ์กันในเชิงทำนาย เป็นเหตุเป็นผลกัน

2.1.4 ประเภทความสัมพันธ์การเป็นลำดับย่อย แสดงความสัมพันธ์กันในลักษณะการลำดับย่อย

2.1.5 ประเภทความสัมพันธ์การเป็นสมาชิกของประเภทเดียวกัน แสดงความสัมพันธ์สอดคล้องกัน โดยต่างเป็นสมาชิกย่อยของประเภทเดียวกัน

2.1.6 ประเภทความสัมพันธ์การเป็นลำดับที่สูงกว่าแสดงความสัมพันธ์ที่เป็นประเภทเดียวกันแต่มีลำดับที่สูงกว่า

2.1.7 ประเภทความสัมพันธ์การเติมให้สมบูรณ์ แสดงความสัมพันธ์กันโดยต่างก็เป็นการเติมเต็มซึ่งกันและกันให้มีความหมายสมบูรณ์และเป็นความหมายเดียวกัน

2.1.8 ประเภทความสัมพันธ์ส่วนย่อย ส่วนรวม แสดงความสัมพันธ์การเป็นส่วนย่อยของส่วนใหญ่

2.1.9 ประเภทความสัมพันธ์ส่วนรวม ส่วนย่อย แสดงความสัมพันธ์การเป็นสาระสำคัญของอีกส่วนหนึ่ง

2.1.10 ประเภทความสัมพันธ์เท่าเทียมกัน แสดงความสัมพันธ์กันแบบเท่าเทียมกันในทางคณิตศาสตร์หรือตรรกะ

2.1.11 ประเภทความสัมพันธ์การปฏิเสธ แสดงความสัมพันธ์กันเชิงปฏิเสธ แสดงความสัมพันธ์กันเชิงปฏิเสธ

2.1.13 ประเภทความสัมพันธ์ด้านคุณสมบัติ แสดงความสัมพันธ์ทางคุณสมบัติของภาษา โดยที่คำหรือวลีที่เป็นโจทย์ปัญหานั้น อาจมีความหมายหรือไม่มีความหมายก็ได้

2.1.14 ประเภทความสัมพันธ์เชิงเหตุผลแบบสรุปความเป็นการสรุปความโดยใช้สมมติฐานที่กำหนดให้ โดยคำนึงถึงเหตุผล เพราะการสรุปจะต้องสรุปจากสมมติฐานเท่านั้น ซึ่งบางครั้งอาจจะสรุปไม่ได้ก็ได้ เพราะเหตุผลไม่เพียงพอ

1) แบบมีเงื่อนไข

2) แบบเปรียบเทียบอย่างต่อเนื่อง

3) แบบสมมติฐานที่สรุปไม่ได้

2.2 วิเคราะห์ขนาดของความสัมพันธ์

2.3 วิเคราะห์ขั้นตอนความสัมพันธ์

2.4 วิเคราะห์จุดประสงค์และวิธีการ

2.5 วิเคราะห์สาเหตุและผล

2.6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ในรูปอุปมาอุปไมย

3. การวิเคราะห์หลักการ (Analysis of Organizational Principle) เป็นความสามารถในการค้นหาโครงสร้างระบบ เรื่องราว สิ่งของและการทำงานต่าง ๆ หาหลักความสัมพันธ์ส่วนสำคัญในเรื่องนั้น ๆ ว่าสัมพันธ์กันอยู่โดยหลักการใด มีสิ่งใดเป็นตัวเชื่อมโยง การคิดวิเคราะห์หลักการเป็นการวิเคราะห์ที่ถือว่ามีความสำคัญที่สุด การที่จะวิเคราะห์เชิงหลักการได้ดีจะต้องมีความรู้ความสามารถในการวิเคราะห์องค์ประกอบและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ได้ดีเสียก่อน เพราะผลจากความสามารถสรุปเป็นหลักการได้ ประกอบด้วย

3.1 วิเคราะห์โครงสร้าง เป็นการค้นหาโครงสร้างของสิ่งต่าง ๆ

3.2 วิเคราะห์หลักการ เป็นการแยกแยะเพื่อค้นหาความจริงของสิ่งต่าง ๆ แล้วสรุปเป็นคำตอบหลักได้

มาซาร์โน (Marzano, 2001, อ้างถึงใน ประพันธ์ศิริ สุเสารัจ, 2551, น. 52-53) ได้กล่าวถึงทักษะการคิดวิเคราะห์ ประกอบด้วย

1. ทักษะการจำแนก เป็นความสามารถในการแยกแยะส่วนต่าง ๆ ทั้งเหตุการณ์ เรื่องราวสิ่งของออกเป็นส่วนย่อย ๆ ให้เข้าใจง่ายอย่างมีหลักเกณฑ์ สามารถบอกรายละเอียดของสิ่งต่าง ๆ ได้

2. ทักษะการจัดหมวดหมู่ เป็นความสามารถในการจัดประเภท ลำดับ จัดกลุ่มของสิ่งที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเข้าด้วยกัน โดยยึดโครงสร้างลักษณะหรือคุณสมบัติที่เป็นประเภทเดียวกัน

3. ทักษะการเชื่อมโยง เป็นความสามารถในการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูลต่าง ๆ ว่าสัมพันธ์กันอย่างไร

4. ทักษะการสรุปความ หมายถึง ความสามารถในการจับประเด็นและสรุปผลจากสิ่งที่กำหนดให้ได้

5. การประยุกต์ เป็นความสามารถในการนำความรู้ หลักการและทฤษฎีมาใช้ในการสถานการณ์ต่าง ๆ สามารถคาดการณ์ กะประมาณ พยากรณ์ ขยายความ คาดเดาสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้

นอกจากนี้มาร์ซาโนได้เสนอกระบวนการจัดการข้อมูลในการคิดเชิงวิเคราะห์มี 6 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 ชั้นรวบรวม (Retrieval) เป็นขั้นตอนการคิดทบทวนความรู้เดิมที่มีอยู่ รับข้อมูลใหม่และเก็บเป็นคลังจัดเก็บข้อมูลไว้ เป็นการถ่ายโยงความรู้จากความจำาวรรสู่ความจำเพื่อสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการ โดยไม่จำเป็นต้องเข้าใจโครงสร้างของความรู้

ระดับที่ 2 ชั้นเข้าใจ (Comprehension) เป็นการเข้าใจในเนื้อสาระที่ต้องการเรียนรู้ เป็นการเรียนรู้ในรูปแบบการใช้สัญลักษณ์สื่อความหมาย เพื่อสังเคราะห์โครงสร้างพื้นฐานของความรู้ นั้น โดยเข้าใจประเด็นหรือสาระสำคัญ

ระดับที่ 3 ชั้นวิเคราะห์(Analysis) เป็นชั้นที่ทำให้ผู้เรียนสามารถจำแนกแยกแยะความเหมือนและความต่างอย่างมีหลักการ การจัดหมวดหมู่ที่สัมพันธ์กับความรู้ สามารถสรุปความได้อย่างสมเหตุสมผลโดยสามารถระบุข้อผิดพลาดได้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่โดยใช้ฐานความรู้เดิมที่มีอยู่ และการคาดการณ์ผลที่ตามมาบนพื้นฐานของข้อมูล

ระดับที่ 4 ชั้นใช้ความรู้ให้เป็นประโยชน์ (Knowledge Utilization) เป็นการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่ยุ่งยาก ไม่มีคำตอบที่ถูกต้องชัดเจน การอธิบายสถานการณ์ที่แตกต่างและการพิจารณาหลักฐานเพื่อนำไปสู่สถานการณ์ที่มีความซับซ้อน การตั้งข้อสมมติฐานเพื่อการคาดคะเนล่วงหน้าและการทดสอบสมมติฐานบนพื้นฐานของความรู้

ระดับที่ 5 ชั้นบูรณาการความรู้ (Metacognition) เป็นการจัดระบบความคิดเพื่อมุ่งสู่การบรรลุ เป้าหมายการเรียนรู้ที่กำหนดไว้ การกำกับติดตามตรวจสอบการเรียนรู้ และการจัดขอบเขตการเรียนรู้

ระดับที่ 6 ชั้นจัดระบบคิดของตนเอง (Self-System Thinking) เป็นการสร้างระดับแรงจูงใจต่อ สภาพการณ์เรียนรู้ และภาระงานที่ได้รับมอบหมายในการเรียนรู้ ตลอดจนความตระหนักในความสามารถของการเรียนรู้ที่ตนเองมี

จากการศึกษาของทิสนา แชมมณี (2554, น. 112-114) กล่าวว่า การประเมินทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ ต้องประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการวิเคราะห์หลักการ ด้านการวิเคราะห์เนื้อหา และด้านการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ ในขณะที่วีฟฟิน และแฮสเซลเดอร์ (Whiffin, & Hasselder, 2013, p. 832) อธิบายว่าองค์ประกอบของการคิดเชิงวิเคราะห์ประกอบด้วย การจัดหาข้อมูลให้เพียงพอ การตรวจสอบรายละเอียดของข้อมูลหลายมุมมอง การตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล การตรวจสอบความเป็นเหตุเป็นผล ความเป็นไปได้ในการใช้เหตุผล หลักฐานหรือการสรุปแนวทาง การเปรียบเทียบเหตุการณ์เดียวกัน ในหลาย ๆ ทฤษฎี ความสามารถในการสรุปหรืออธิบายความแตกต่างความสามารถในการโต้แย้ง ความสามารถในการตั้งคำถาม การตรวจสอบสมมติฐานที่แอบแฝง สอดคล้องกับหน่วยวิวัฒนาการความฉลาด (The Evolution of Extraordinary Intelligence, 2013, p. 1) เสนอการคิดเชิงวิเคราะห์แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) การรวบรวมข้อมูล 2) การระบุประเด็นปัญหา และ 3) การจัดการข้อมูล เช่นเดียวกับวัฒนา ก้อนเชื้อรัตน์ (2555, น. 7) ได้กำหนดประเด็นสำคัญของการคิดเชิงวิเคราะห์ คือ 1) ระบุปัญหา 2) จำแนกแยกแยะข้อมูล 3) เปรียบเทียบเพื่อจัดระบบข้อมูล 4) เชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูลและให้เหตุผล 5) ตรวจสอบข้อมูล และ 6) ตัดสินใจหรือแก้ปัญหาหรือคิดสร้างสรรค์

จากข้อความข้างต้น สรุปได้ว่าทักษะการคิดวิเคราะห์ 3 ด้าน คือ การคิดวิเคราะห์ ส่วนประกอบ การคิดวิเคราะห์ความสัมพันธ์ และการคิดวิเคราะห์หลักการ โดยอาศัยทักษะการจัดจำแนก การจัดหมวดหมู่ การเชื่อมโยง การสรุปความและการประยุกต์

6. การวัดการคิดวิเคราะห์

สถาบันพระบรมราชชนก (2554, น. 64) ประเมินอัตลักษณ์บัณฑิตสถาบันพระบรมราชชนก โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมทำให้การดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ด้านการคิดวิเคราะห์ตามการรับรู้ของนักศึกษาในสถาบันของสถาบันพระบรมราชชนก ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ถามเกี่ยวกับความถี่ของการแสดงพฤติกรรมด้านการคิดวิเคราะห์ แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ การแสดงพฤติกรรมสม่ำเสมอ บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยและไม่เคยแสดงพฤติกรรม จำนวนข้อคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ 1) สามารถประยุกต์ใช้หลักการทางศาสนา ความเชื่อ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการมีความสุข 2) ใส่ใจสังเกตไวต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ 3) ตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงและให้การดูแล ช่วยเหลือผู้รับบริการได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ นอกจากนี้สถาบันพระบรมราชชนก (2555, น. 69) สร้างแบบประเมินความสามารถการคิดวิเคราะห์ อย่างเป็นระบบโดยใช้องค์ความรู้ทางวิชาชีพและที่เกี่ยวข้องตามผลการเรียนรู้วุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ลักษณะคำตอบเป็นข้อคำถาม มาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ 8 ข้อคำถามถามเกี่ยวกับ การแยกแยะข้อมูล การระบุปัญหา การเชื่อมโยงความรู้และประสบการณ์ในการแก้ปัญหา การใช้กระบวนการพยาบาลมาแก้ปัญหา การประยุกต์องค์ความรู้ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การระบุถึงผลลัพธ์ที่ปลอดภัยและมีคุณภาพในการให้บริการ และการแสดงความคิดเห็นอย่างมีเหตุผล ต่อมาได้พัฒนาคลังข้อคำถามการประเมิน 4 ข้อ ได้แก่ 1) การแยกแยะตามสภาพจริง 2) ระบุปัญหาและสาเหตุจากข้อมูล 3) เชื่อมโยงความรู้ทางการพยาบาล/ศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง/ประสบการณ์ในการแก้ปัญหา และ 4) ระบุถึงผลลัพธ์ที่ปลอดภัยและมีคุณภาพในการให้บริการทางการพยาบาล (สถาบันพระบรมราชชนก, 2556, น. 59)

นอกจากนี้ อมาวสี อัมพันศิริรัตน์ และคณะ (2556, น. 35) ได้สร้างเครื่องมือวัดและประเมินผลตามมาตรฐานผลการเรียนรู้คุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ของเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล และวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ ได้รายการประเมินความสามารถคิดวิเคราะห์ อย่างเป็นระบบโดยใช้องค์ความรู้ทางวิชาชีพและที่เกี่ยวข้องจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) ระบุปัญหาและสาเหตุจากข้อมูลที่ได้ 2) หาเหตุผลเชื่อมโยงความสัมพันธ์ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 3) นำหลักการแนวคิด วิธีการทางวิชาชีพ และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องไปใช้ในการปฏิบัติหน้าที่ 4) คาดการณ์เหตุการณ์ในอนาคตจากข้อมูลที่ได้รับรวมได้ และ 5) ระบุผลลัพธ์ที่ปลอดภัยของผู้ใช้บริการ จากการให้บริการทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าการวัดการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล สังกัดกระทรวง
สาธารณสุข ใช้เครื่องมือเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) เพื่อถามความถี่ในการ
ปฏิบัติขณะเรียนภาคทฤษฎีและการฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย รายการประเมินส่วนใหญ่ เป็นการ
ระบุปัญหา การแยกแยะข้อมูล การเชื่อมโยง และการวางแผนคาดการณ์

จะเห็นได้ว่าจากแนวคิดเกี่ยวกับการคิดวิเคราะห์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงเป็นที่มา
ของ ตัวบ่งชี้ย่อยด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ รายละเอียดตามตาราง 2 ดังนี้



ตาราง 2 การสังเคราะห์องค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์

| องค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1. องค์ประกอบย่อยด้านคุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์ | | | | | | | | | | |
| 1.1 ใฝ่เรียนรู้ด้วยตนเองโดยการสืบค้นข้อมูล | ✓ | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ |
| 1.2 มีลักษณะช่างซักถาม | ✓ | | | | | | | | | ✓ |
| 1.3 มีลักษณะช่างสังเกต | ✓ | | | | | | | | | ✓ |
| 1.4 สรุปล้อมด้วยการจับประเด็นที่กเชิงวิเคราะห์ | | | | | | ✓ | ✓ | | | ✓ |
| 1.5 มองความจริงตามสภาพความเป็นจริง | | | | | | | | ✓ | | ✓ |
| 1.6 มีทักษะการตัดสินใจที่เหมาะสม | | ✓ | | | | | | | | ✓ |
| 1.7 มีความรอบรู้ในเรื่องที่ศึกษา | | ✓ | | | | | | | | ✓ |
| 1.8 สามารถรวบรวมข้อมูลที่แท้จริงได้อย่างเป็นระบบ | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ |
| 1.9 ใจกว้างยอมรับความคิดเห็นโดยปราศจากอคติ | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ |
| 2. องค์ประกอบย่อยด้านทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ | | | | | | | | | | |
| 2.1 สามารถสรุปข้อมูลที่เป็นจริงอย่างเป็นระบบ | | | ✓ | ✓ | | | | | | ✓ |
| 2.2 สามารถวิเคราะห์ปัญหาตามความต้องการของผู้รับบริการ | | | | | ✓ | | | ✓ | | ✓ |
| 2.3 สามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์กับความรู้อื่นๆทางวิชาการ | | | ✓ | | | | | ✓ | ✓ | ✓ |
| 2.4 สามารถจัดหมวดหมู่ข้อมูล | | | ✓ | ✓ | | | | | | ✓ |
| 2.5 สามารถจำแนกแยกแยะข้อมูล | | | ✓ | ✓ | | | | | ✓ | ✓ |
| 2.6 สามารถวางแผนให้บริการสุขภาพสอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการ | | | ✓ | | | | | | | ✓ |
| 2.7 สามารถใช้เหตุผลหรือหลักฐานในการแก้ปัญหาอย่างรอบคอบ | | | | | | | | | | ✓ |

ที่มาของการสังเคราะห์องค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์

- 1 = Kleiman (2009)
- 2 = Ayman (2013)
- 3 = Marzano (2013)
- 4 = Whiffin, & Hasselder (2013)
- 5 = The Evolution of Extraordinary Intelligence (2013)
- 6 = กัญญารัตน์ ล้อมสาย (2552)
- 7 = ชนาธิป พรกุล (2554)
- 8 = สถาบันพระบรมราชชนก (2554)
- 9 = ราชบัณฑิตยสถาน (2555)
- 10 = กิติพร เนาว์สุวรรณ (2557)



ตอนที่ 4 แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Participation)

ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ประกอบด้วย ความหมายความสำคัญ แนวคิด และการวัดการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความหมายของการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ

จริยวัตร คมพยัคฆ์, และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย (2553, น. 186-186) ให้ความหมาย การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การที่บุคคลหนึ่งบุคคลใด หรือกลุ่มคนใด เข้ามาร่วมมือในกิจกรรมหรือโครงการพัฒนาโดยการเข้าร่วมมือทำอย่างสมัครใจ กระตือรือร้น ทำให้เกิดการพัฒนาของทรัพยากรเพิ่มอำนาจในการต่อรอง เพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการและสิ่งสำคัญคือ ผู้เข้าร่วมมีสิทธิหรือตัดสินใจในสิ่งที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ครอบครัว และชุมชน

สถาบันพระบรมราชชนก (2554, น. 5) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Participation) ว่าเป็นการให้บริการสุขภาพที่คำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล ซึ่งเกิดความเข้าใจ สภาพการดำรงชีวิต บริบท เงื่อนไข ศักยภาพ ความสามารถที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้รับบริการ ทั้งนี้ ผู้ให้บริการสามารถถ่วงถ่วง คัดเลือกความรู้ที่เหมาะสมและเสนอเป็นทางเลือก เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตจริงโดยให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมรับรู้ ตัดสินใจและแก้ปัญหาสุขภาพของตนเองและครอบครัว ตลอดจนสนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้

ทอมป์สัน (Thompson, 2007, pp. 1297-1310) ได้อธิบายว่า การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ หมายถึง การกำหนดกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางวิชาชีพ โดยการสนทนาและร่วมกันเพื่อตัดสินใจ

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ หมายถึง การร่วมรับรู้ ตัดสินใจเลือกการให้บริการที่เหมาะสมตามความต้องการและบริบทของผู้รับบริการโดยการวางแผนร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และพึ่งตนเองได้ โดยแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับบุคคล และระดับกลุ่มคน ได้แก่ ครอบครัว และชุมชน ซึ่งล้วนแต่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ

2. ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ

การส่งเสริมให้ผู้รับบริการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาลทั้งในมิติของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลตลอดจนการฟื้นฟูสภาพเจ็บป่วย ทั้งนี้พยาบาลต้องเชื่อว่า คนหรือบุคคลสามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงได้ พยาบาลก็จะส่งเสริมให้บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในแผนการดูแลหรือบำบัดรักษาความเจ็บป่วย (นงพิมพ์ นิมิตอาพันธ์, และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, 2553, น. 133)

สภาการพยาบาล ได้ประกาศมาตรฐานการบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระดับปฐมภูมิ (2553, น. 260) มาตรฐานที่ 6 การรักษาสีทิวของผู้ป่วย จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ได้แก่ การเปิดโอกาสและจัดให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนที่รับผิดชอบมีส่วนร่วมในการออกแบบการจัดบริการสุขภาพ การให้ข้อมูลที่เหมาะสม ชัดเจน และเพียงพอต่อการตัดสินใจในการวางแผน และการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในขณะที่สมจิต หนูเจริญกุล (2554, น. 56) เสนอทิศทางการจัดการศึกษาพยาบาลเพื่อคุณภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยสถาบันการศึกษาพยาบาลต้องวางแผนการบริหารการศึกษาเน้นการเสริมสร้างพลังให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและพึ่งพากันเอง รวมทั้งสามารถปรับตัวอยู่กับภาวะเจ็บป่วยและข้อจำกัดได้อย่างมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีที่สุดที่จะทำได้ เช่นเดียวกับ ลินเบิร์ก และคณะ (Lindberg et al., 2013, pp. 834-837) ที่ได้เสนอทศนะว่า การมีส่วนร่วมมีความจำเป็นต่อความสำเร็จในการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยแต่ต้องคำนึงถึงความ ละเอียดอ่อน การตั้งเป้าหมาย ความสามารถและความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ จริยวัตร คมพยัคฆ์, และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย (2553, น. 186-186) ได้สรุปประโยชน์การมีส่วนร่วมจะช่วยให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของคนให้ทำงานแบบอาสา ซึ่งจากการอาสาจะเป็นสิ่งกระตุ้นและสร้างภาวะผู้นำในตัวบุคคล ครอบครัว และชุมชน เกิดการแลกเปลี่ยนรู้ประสบการณ์ของคนในชุมชนทำให้เกิดเครือข่ายและการขยายขอบข่ายของงานให้มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดกิจกรรมการแก้ปัญหาตามความต้องการของบุคคลและชุมชนและเป้าหมายสำคัญของการมีส่วนร่วมคือ การพึ่งพาตนเองได้ด้วยภูมิปัญญาให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน

จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการมีความสำคัญต่อผลสำเร็จของการหายจากความเจ็บป่วยของผู้รับบริการและการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลทั้งในระดับตนเองและระดับชุมชน ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีเทคนิค วิธีการและคุณลักษณะที่เอื้อต่อการส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง (สถาบันพระบรมราชชนก, 2554, น. 5) ได้แก่

1. ผู้ให้บริการต้องให้บริการที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ
2. ให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ร่วมรับรู้ ร่วมคิด และร่วมตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว
3. ผู้ให้บริการทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุน กระตุ้น เสนอทางเลือกที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาแก่ผู้รับบริการ แต่มิใช่เป็นผู้กำหนดวิธีการแก้ปัญหาของประชาชน
4. กระตุ้น ส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีการพัฒนาศักยภาพ สามารถแก้ปัญหาสุขภาพของตนเองและ ครอบครัวเพื่อนำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้

3. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการเพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดองค์ประกอบย่อยและพัฒนาตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการมีดังนี้

3.1 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

พัฒนาโดยโดโรธี อลิซาเบธ โอเร็ม (Dorothea Elizabeth Orem) มาจากปัญหาการปฏิบัติการพยาบาล ที่ไม่สามารถบอกรหัสการพยาบาลได้ชัดเจน และการปฏิบัติเน้นงานเป็นหลัก (Task Oriented) ทำให้การปฏิบัติงานปราศจากขอบเขตความรับผิดชอบ ส่งผลต่อความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วย 3 ทฤษฎี ที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ 1) ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self – Care Theory) แนวคิดนี้เชื่อว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่บุคคลริเริ่มและจะกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพแล้วจะสามารถจัดการหรือแก้ไขปัญหาได้ 2) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care Deficit) ความพร้อมในการดูแลตนเองเกิดขึ้นเมื่อความสามารถไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง บุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในการทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยหรือช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และ3) ทฤษฎีระบบพยาบาล (The Theory of Nursing System) กล่าวถึงกระทำของพยาบาลโดยใช้ความสามารถทางการพยาบาลภายใต้ข้อตกลงกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งนี้จุดเน้นทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม คือ บุคคลมีความสามารถที่จะดูแลตนเอง พยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือเมื่อบุคคลมีความพร้อมในการดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลอื่นโดยการกระทำให้ การชี้แนะ การสนับสนุน การสอน การให้คำปรึกษา ตลอดจนการสร้าง สิ่งแวดล้อม (Orem, 1991 as cited in Maleis, 2012, pp. 482-486) ทั้งนี้อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบและ เป้าประสงค์ของการพยาบาล เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองทั้งหมดให้ถึงระดับที่เพียงพอต่อเนื้อ ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองให้พ้นจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย ตลอดจนสามารถเผชิญกับผลที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Maleis, 2012, pp. 482-486; Chitty, & Black. 2011, p. 265; พร้อมจิตร ห่อนบุญเหิม, 2553, น. 2-3)

พร้อมจิตร ห่อนบุญเหิม (2553) ให้ความหมายของการดูแลตนเอง ว่าเป็นพฤติกรรมการกระทำที่ริเริ่มโดยบุคคลวัยผู้ใหญ่ และกำลังเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ โดยใช้ความสามารถในการดูแลตนเองตามบริบทของตนเอง ทั้งนี้บุคคลที่จะกระทำเป็นผู้ดูแล จะต้องเป็นผู้มีความสามารถในการกระทำตามความต้องการหรือใช้ความสามารถในการกระทำที่ตั้งใจ เพื่อควบคุมปัจจัยที่กระทบต่อหน้าที่และพัฒนาของบุคคล

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2013 as cited in Webber, Guo, & Mann, 2013, p. 102) ให้นิยามการดูแลตนเอง (Self - Care) เนื่องในวันอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2013 ว่าหมายถึง ความสามารถของบุคคล ครอบครัว ชุมชนต่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี การแก้ปัญหาความเจ็บป่วยและความพิการที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์

ครอสบี้ (Crosby, 2012, p. 1) ให้ความหมาย การดูแลตนเอง คือ การคิดและกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มี ผลกระทบในเชิงบวกตามความต้องการของร่างกายและจิตวิญญาณ ความแตกต่างของการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลจะขึ้นอยู่กับความชอบ วัฒนธรรมและประสบการณ์ชีวิต ในขณะที่ปัจจัยที่ทำให้การดูแลตนเองมีการเปลี่ยนแปลง คือ อายุ สถานที่หรือฤดูกาล และปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม (Ide, Tadaka, & Fujimura, 2013, pp. 4-5)

เวปเปอร์, กัว, และมาน (Webber, Guo, & Mann, 2013, p. 103) ได้สังเคราะห์ความหมายการดูแลตนเองตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 1983, 1998, 2009, 2013 และกระทรวงสาธารณสุข ของประเทศอังกฤษ (The UK Department of Health) ในปี ค.ศ. 2005 พบว่า ความหมายการดูแลตนเอง ประกอบด้วยหัวข้อสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ การป้องกันโรค (Prevention) การเยียวยาตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self-Medication) เน้นการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพ และเป็นกิจกรรมของบุคคล ครอบครัว ชุมชน

ในทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เชื่อว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีพัฒนาการประกอบด้วย 3 ระดับ (Chitty, & Black, 2011, pp. 266-267) ดังนี้

1. ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for Self - Care Operation) ได้แก่ 1) ความสามารถในการคาดคะเน 2) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการตัดสินใจต่อการปฏิบัติตนเองเพื่อสนองตอบความต้องการ และ 3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแลตามเป้าหมาย

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten Power Components) เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นและ เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจริงจังเพื่อการดูแลตนเองเสมือนเป็นตัวกลางหรือตัวเชื่อมระหว่างการเรียนรู้และการกระทำของมนุษย์ ได้แก่ 1) ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง 2) ความสามารถในการควบคุมและปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง 3) ความสามารถในการควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย 4) ความสามารถในการใช้เหตุผล 5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง 6) มีทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง 7) ความสามารถในการแสวงหาความรู้ 8) มีทักษะการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญาเพื่อดูแลตนเอง 9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และ 10) มีความสามารถในการสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Dispositions) เป็น ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำตามเป้าหมาย ได้แก่ ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ความรู้สึกจากประสบการณ์ การรับรู้ เหตุการณ์ การเห็นคุณค่า ในตนเอง นิสัยประจำตัว ความตั้งใจ ความเข้าใจและห่วงใยตนเอง การยอมรับตนเอง การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม ความสามารถในการจัดการตนเอง

ดังนั้นบทบาทของพยาบาลต่อการช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพตามทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม มี 5 วิธี (Orem, 2011, p. 1; สมจิต หนูเจริญกุล, 2540, น. 43) ดังนี้

1. การกระทำให้หรือกระทำทดแทน (Acting for or Doing for) เป็นวิธีการช่วยเหลือที่พยาบาลต้องตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำการดูแลตนเองในกิจกรรมนั้น ๆ ได้ ตั้งแต่การช่วยค้นหาข้อมูลเพื่อตัดสินใจ วางแผนการกระทำ บอกวิธี การทำการความคาดหวัง และคอยปกป้องสิทธิ

2. การชี้แนะ (Guiding Another) โดยการให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็นเพื่อปรับความสามารถในการดูแลตนเองหรือสนองต่อการดูแลที่จำเป็น เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจเลือกกระทำได้

3. การสนับสนุน (Supporting Another) เป็นส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ แบ่งได้ 2 ประเภท คือ 1) การสนับสนุนทางด้านร่างกาย ได้แก่ การร่วมมือกับผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าและใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง 2) การสนับสนุนทางด้านจิตสังคม ได้แก่ การเข้าใจรับฟัง ให้กำลังใจผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นคำพูดที่คอยกระตุ้นให้กำลังใจ หรือการสัมผัส

4. การสอนและการให้คำปรึกษา (Teaching and Counselling) เพื่อให้ความรู้และทักษะ จำเป็น ต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรีและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการควบคุมตนเองและตัดสินใจดูแลตนเอง โดยมีหลักในการสอนผู้ป่วยที่สำคัญ ได้แก่ สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ เน้นเนื้อหาที่สอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม ให้มีความสำคัญกับความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้ ตระหนักว่าการเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติมีการประเมินผลด้วยการไต่ถามและให้กำลังใจ ปรับเนื้อหาและวิธีสอนให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้และจัดสิ่งขัดขวางการเรียนรู้ สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง

5. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง โดยสิ่งแวดล้อมรวมถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและการให้คุณค่าต่อการดูแลตนเอง การใช้ความสามารถในทางสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์หรือการรับรู้ตนเอง ดังนั้นพยาบาลจะต้องจัดให้ผู้ป่วยมีโอกาสปฏิสัมพันธ์ติดต่อกับบุคคลอื่นเพื่อได้เรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และคำแนะนำในการดูแลตนเองรวมถึงการเป็นผู้จัดหาหรือปรับสภาพแวดล้อมที่จำเป็น หรือติดต่อกับบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วย บทบาทนี้จะเป็นวิธีเพิ่มแรงจูงใจในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติ อัตมโนทัศน์ พฤติกรรม ความสามารถในทางสร้างสรรค์ การทำให้ได้ผลตามเป้าหมาย การช่วยโดยวิธีนี้มักใช้ร่วมกับการชี้แนะหรือการสอน

จะเห็นได้ว่าทฤษฎีการดูแลตนเอง เน้นความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง โดยการกำหนดระเบียบแบบแผนการปฏิบัติตนเอง พยาบาลต้องแสดงบทบาทการกระตุ้น การชี้แนะ การสอน การสร้างสิ่งแวดล้อม โดยการร่วมมือกับผู้ป่วย โดยการให้ความรู้ ประเมินความต้องการและความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองทั้งเมื่อเจ็บป่วยและเมื่อต้องการสร้างเสริมสุขภาพในขณะที่ร่างกายปกติ (Chitty, & Black, 2011, p. 311) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การส่งเสริมการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลเพื่อช่วยเหลือให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ทั้งขณะป่วยและไม่เจ็บป่วย โดยการให้ข้อมูล ชี้แนะวิธีการแก้ปัญหาเพื่อตัดสินใจ สอนและให้คำปรึกษา กระตุ้นให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางด้านจิตโดยการให้กำลังใจหรือการสัมผัส ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ของผู้รับบริการ

3.2 แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการส่วนบุคคล (Intrapersonal Process) ที่ก่อให้เกิดการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพความสามารถของตนเองในการที่จะควบคุมและจัดการสถานการณ์ได้ เกิดความพึงพอใจในความสามารถของตนเอง มีการพัฒนาตนเอง มีเป้าหมายและมีความหมายในชีวิตของตนเอง สามารถใช้ความรู้ ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการปฏิบัติงาน แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะใหญ่ ๆ ได้แก่ 1) การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยบุคคลอื่น คือ การที่บุคคลที่มีพลังอำนาจมากกว่าเสริมสร้างพลังอำนาจแก่บุคคลที่ด้อยกว่า โดยใช้วิธีการต่าง ๆ ในการกระตุ้นให้บุคคลตระหนักในความสามารถและพลังอำนาจของตน และ 2) การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยตนเองเป็นความสามารถของบุคคลในการพัฒนาตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ จนสามารถควบคุมและจัดการกับชีวิตของตนเองได้ ปัจจัยนำที่ทำให้บุคคลเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ความคับข้องใจ (Frustration) ความรู้สึกขัดแย้ง การมี ปัญหาอุปสรรค การมีความคาดหวัง การขาดภาวะสมดุลซึ่งจะส่งผลให้บุคคลพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ประกอบกับการมีความมุ่งมั่นทุ่มเท ความผูกพันและความรัก การที่บุคคล

จะสามารถเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มากนักน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้น ประกอบด้วย ปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ (Beliefs) ค่านิยม (Values) ประสบการณ์ (Experience) และเป้าหมาย (Determination) (Gibson, 1995, pp. 1203-1205)

พจนานุกรมศัพท์ศึกษาศาสตร์ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2555, น. 195) อธิบายว่า Empowerment ประกอบด้วย การเสริมพลังและการเพิ่มอำนาจ โดยการเสริมพลัง หมายถึง การสนับสนุนให้อำนาจการเสริมความสามารถ การอนุญาต การเปิดโอกาสให้บุคคลและกลุ่มบุคคล พัฒนาการกิจของตนและองค์กรอย่างมั่นใจ สำหรับคำว่า การเพิ่มอำนาจ หมายถึง การให้ผู้อื่นมีส่วนร่วมในการตัดสินใจจัดสรรสิ่งอำนวยความสะดวก ซึ่งเป็นการกระจายอำนาจและสร้างทีมงาน

กิบสัน (Gibson, 1995, pp. 1203-1205) สรุปว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการทางสังคมของการแสดงการยอมรับและชื่นชม (Recognizing) การส่งเสริม (Promotion) และการเสริมสร้างความสามารถของบุคคล (Enhancing People Ability) ในการตอบสนองความต้องการของตนเอง สามารถควบคุมจัดการปัญหาด้วยตนเองภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมการดำเนินชีวิตของตนเองได้

ค็อคแรน (Cochran, 2008, p. 65) สรุปว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การให้ความชอบธรรมหรืออำนาจกับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เพื่อเพิ่มศักยภาพภายในของบุคคลรู้สึกเกิดการตระหนักคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้เกิดการดำเนินกิจกรรมสุขภาพได้ทั้งนี้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเปลี่ยนได้ตามบริบทของสังคม

ไนดู, และวิลส์ (Naidoo, & Wills, 2009, pp. 72-74) สรุปว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมี 2 ประเภท คือการเสริมสร้างพลังอำนาจตนเอง (Self-Empowerment) และการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน (Community Empowerment) การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานเพื่อให้เกิดสังคมแห่งความเป็นจริง (Social Reality) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับคำว่า “ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง” “การพิทักษ์สิทธิ” และ “การดูแลตนเอง” ในทางการแพทย์ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (Isokaanta, & Johansson, 2006, p. 5)

ปัจจัยนำที่ทำให้บุคคลเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ความคับข้องใจ (Frustration) ความรู้สึกขัดแย้ง ปัญหาอุปสรรค ความคาดหวัง และการขาดภาวะสมดุลซึ่งจะส่งผลให้บุคคลพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ประกอบกับการมีความมุ่งมั่น ทู่เมท ความผูกพัน และความรัก ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวจะเป็นแรงผลักดันให้เกิดบุคคลเกิดพลังมีกำลังใจกระทำทุกวิถีทางในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคเพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ดีที่สุด ทั้งนี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้น ประกอบด้วยปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัย

ภายนอกบุคคล ได้แก่ 1) ความเชื่อ (Beliefs) ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลเกิดความหวัง ความมั่นใจและเกิดพลังว่าตนสามารถให้การดูแลที่มีคุณภาพได้เท่าที่สามารถทำได้ 2) ค่านิยม (Values) ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยและบทบาทของการให้การดูแลผู้ป่วย 3) ประสบการณ์ (Experience) จะช่วยให้มีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์และให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 4) เป้าหมาย (Determination) ของตนเอง จะช่วยผลักดันให้บุคคลมีพลังที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ โดยมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Gibson, 1995, pp. 1203-1205; Meeto, & Gopaul, 2005, pp. 28-32) ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การรู้จักตนเองและการค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality)

เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในขั้นนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านการตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional Responses) ด้านการตอบสนองการรู้คิด (Cognitive Responses) และด้านการตอบสนองทางพฤติกรรม (Behavioral Responses) กล่าวคือ บุคคลจะได้รับการวิพากษ์ วิจารณ์การกระทำจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง อาจทำให้รู้สึกเล็งเลไม่มั่นใจในการกระทำของตนเอง จนในที่สุดผู้ดูแลจะตระหนักได้เองถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และจะเริ่มเปลี่ยนวิธีการคิดในลักษณะของการคิดบวก รวมทั้งจะยอมทำทุกวิธีการเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดและการวิจารณ์ (Critical Reflection)

ในขั้นนี้จะช่วยให้บุคคลรู้สึกว่ามีพลังอำนาจในการควบคุมจัดการตนเอง (A Sense of Personal Control) ทำให้เกิดความคิดพินิจพิเคราะห์อย่างสร้างสรรค์ มีเหตุผลต่อการแก้ปัญหา เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ ความสามารถในการตัดสินใจทักษะของตนเองในการที่จะให้การดูแลผู้ป่วยมากขึ้นส่งผลสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมชัดเจน และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้บุคคล จะมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถ

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติที่ถูกต้อง (Taking Charge)

ขั้นนี้บุคคลจะตัดสินใจ เลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งการตัดสินใจจะอยู่ภายใต้เงื่อนไขวิธีแก้ปัญหาคความสอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับความเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ การยอมรับจากทีมสุขภาพ และการเปิดกว้างให้บุคคลอื่นจะนำไปใช้เพื่อไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม (Holding on)

เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วบรรลุเป้าหมาย บุคคลจะรู้สึก มั่นใจ มีพลัง มีความสามารถ และจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมและวิธีการแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในครั้งต่อไป

จะเห็นได้ว่าในแต่ละขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีความต่อเนื่องกัน และการที่บุคคล สามารถผ่านแต่ละขั้นตอนได้จะต้องใช้ความคิดอย่างเป็นระบบ และอาศัย ความสามารถในระดับสูง เมื่อบุคคลสามารถผ่านกระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้วก็จะเกิดผลต่อบุคคลในตัวคุณลักษณะที่จะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้ บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ ทั้งนี้ผลลัพธ์ของการสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย จะทำให้ ผู้ป่วยมีความสามารถควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ ความพึงพอใจในความสามารถของตนเอง การพัฒนาตนเอง และมีเป้าหมายในชีวิตของตนเอง

เท็บบิท (Tebbitt, 1993 as cited in Cochran, 2008, pp. 63-73) ได้เสนอ แนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบแนวคิดที่สำคัญ 5 ประการ ได้แก่

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจ เกี่ยวข้องกับปรับเปลี่ยนแบบแผนการทำงานของ องค์กร โดยการสร้างแนวปฏิบัติขึ้นมาใหม่ภายใต้การปรับปรุงจากสิ่งเดิมและการรักษาวัฒนธรรมของ องค์กรไว้
2. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอำนาจขององค์กรจากการตัดสินใจของ ผู้บังคับบัญชาสู่การบริหารงานแบบมีส่วนร่วม
3. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบังคับบัญชา โดยมีผู้บริหารระดับสูง และมี คณะทำงานที่มี ประสบการณ์เชี่ยวชาญ
4. เน้นการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ทศนคติ พฤติกรรมการทำงาน เพื่อให้ ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร รู้สึกผูกพันและเกิดความภาคภูมิใจในการเป็นส่วนหนึ่งของ องค์กร
5. จากความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร ส่งให้เกิดการวางแผน กำหนดเป้าหมาย บทบาท วิธีการทำ งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สอดคล้องกับการศึกษาของจริยวัตร คมพยัคฆ์, และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย (2553, น. 344-345) อธิบายว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของการพัฒนาความรู้ทักษะเพื่อ เพิ่มความสามารถของบุคคลในการตัดสินใจต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพื่อให้บุคคลแสดง ความสามารถของตนตามขอบเขตและกฎเกณฑ์ของสังคม ซึ่งจะมีผลต่อร่างกาย จิตใจและจิต วิญญาณของบุคคลมีความหวังกับการต่อสู้ในชีวิต โดยมีขั้นตอนการ เสริมสร้างพลังอำนาจของ ครอบครัวยุคใหม่เป็น 5 ขั้นตอน คือ ขั้นเรียนรู้ประสบการณ์จริง ขั้นระบุประสบการณ์ ขั้นวิเคราะห์ ขั้นวางแผน และขั้นปฏิบัติ ทั้งนี้การดำเนินกิจกรรมต้องอยู่ภายใต้หลักการสร้างเสริมพลังอำนาจ ครอบครัวยุคใหม่ในการดูแลสุขภาพ ได้แก่

1. ทำให้สมาชิกเห็นความสัมพันธ์ของตนกับครอบครัวและเชื่อว่าตนเองสามารถ เปลี่ยนแปลงสุขภาพได้

2. ใช้ประสบการณ์เดิมเชื่อมโยงกับปัญหาที่ครอบครัวประสบ
 3. ให้สมาชิกมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงตั้งแต่การเลือกประเด็นสุขภาพที่ต้องการเรียนรู้ การวางแผนกิจกรรม การประเมินตนเองและการประเมินกิจกรรม
 4. ใช้การเรียนรู้ร่วมกันแบบกลุ่ม โดยการชี้แนะ จนเกิดความรู้ใหม่แล้วจึงลงมือปฏิบัติ
 5. เน้นการเรียนรู้เพื่อการแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะ ทักษะ ความรู้สึกและทักษะ
 6. เน้นการสอนที่ต่อเนื่อง ยืดหยุ่น โดยเนื้อหา กิจกรรม สื่อ ต้องเหมาะสมกับความต้องการของสมาชิก
 7. ต้องให้สมาชิกเรียนรู้แบบน่าสนใจ ไม่เบื่อ
- นอกจากนี้บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัว คือ
1. ผู้ประสานงาน (Coordinator) และสนับสนุนการเรียนรู้ (Facilitator) มีการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ของสมาชิก
 2. เอื้ออำนวย (Enable) สร้างบรรยากาศที่ดีให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ โดยถือว่าสมาชิกของครอบครัวทุกคนเป็นแหล่งความรู้
 3. ส่งเสริมให้เกิดการสนทนาแลกเปลี่ยนและวิเคราะห์ปัญหา
 4. เป็นผู้ฟังที่ดี ตั้งใจที่จะช่วยแก้ปัญหา ชี้แนะแนวทางที่เหมาะสม ตลอดจนแสดงให้เห็นถึงสิทธิในการแสดงความคิดเห็นที่เท่าเทียมกันของพยาบาลและสมาชิกของครอบครัว
 5. พึงทักสิทธิ์ให้สมาชิกและครอบครัว
- สอดคล้องกับการศึกษาของวิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ (2553, น. 303) และบุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์ (2555, น. 37) ได้เสนอประเด็นที่คล้ายคลึงกันเกี่ยวกับแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจในระดับบุคคล โดยการเพิ่มสมรรถนะของตนเอง การให้ความสำคัญกับการรวมกลุ่มเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน การลดการตำหนิตนเอง การกำหนดความรับผิดชอบเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม สำหรับการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ไปประยุกต์ใช้ในวิชาชีพพยาบาลนั้น พยาบาลจะต้องปฏิบัติโดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง สามารถควบคุมตนเองและสภาพแวดล้อมได้ มีอิสระที่จะเปลี่ยนการปฏิบัติตนหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีส่วนร่วมในการคิดและตัดสินใจ ตลอดจนแสดงบทบาทเป็นผู้ให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ให้คำปรึกษา ให้ความรู้ อำนวยความสะดวก ประสานงานและพึงทักสิทธิ์ประโยชน์ให้ผู้รับบริการ ตลอดจนการยอมรับความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม วิธีการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สรุปได้ว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่นักศึกษาพยาบาล ดำเนินการเสริมสร้างศักยภาพแก่ผู้รับบริการและครอบครัว เพื่อให้สามารถจัดการแก้ไขปัญหา สุขภาพของตนเองและครอบครัวได้โดยให้ผู้รับบริการรู้จักตนเอง ค้นพบสภาพการณ์จริง ช่วยค้นหา ข้อมูลที่เหมาะสม ช่วยสะท้อนคิด มีทักษะสื่อสาร กำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้รับบริการ เสนอแนวทาง แก้ปัญหาที่เหมาะสม ยอมรับความเชื่อค่านิยม วัฒนธรรม วิธีการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ เปิดโอกาสให้ตัดสินใจและปฏิบัติที่ถูกต้อง มีส่วนร่วมในการจัดสรรสิ่งอำนวยความสะดวก ประสาน ความร่วมมือ ตลอดจนจัดบรรยากาศให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

3.3 แนวคิดสิทธิผู้ป่วย ภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 28 ว่า “บุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือใช้สิทธิเสรีภาพของตนได้เท่าที่ไม่ละเมิด สิทธิ เสรีภาพของบุคคลอื่น ๆ” ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพ สภาวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์สภา ทันตแพทย์สภา สภาเภสัชกรรม สภาการพยาบาลและคณะกรรมการควบคุมการ ประกอบโรคศิลปะ ได้ร่วมกันประกาศสิทธิผู้ป่วย เมื่อวันที่ 16 เมษายน พ.ศ. 2541 ในหลักการที่ว่า ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ตามบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่ง ราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 โดยไม่เลือกปฏิบัติเนื่องจากมีความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะความเจ็บป่วย (สภาการพยาบาล, 2551, น. 78) โดยคำประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ข้อ ดังนี้

3.3.1 ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ

คำอธิบาย รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มีมาตรสำคัญที่ เกี่ยวข้องกับสุขภาพคนไทยโดยตรงอยู่สองมาตรา

หมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของบุคคล

“มาตรา 52 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้ มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสีย ค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ”

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิด มูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

หมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ

“มาตรา 82 รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการ ที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง”

จะเห็นได้ว่ากฎหมายรัฐธรรมนูญ กำหนดให้รัฐบัญญัติกฎหมายเพื่อคุ้มครองประชาชนทุกคนในด้านการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย และจัดให้มีสถานบริการสาธารณสุข ภาครัฐให้การบริการโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้ยากไร้เท่านั้น สำหรับผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจที่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ก็จะต้องมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบในภาระค่าใช้จ่ายในด้านการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยอาจเลือกใช้บริการได้ทั้งในภาครัฐและเอกชน ตามแต่ความสามารถทางการเงินและความต้องการของตนเอง

ข้อควรตระหนัก

1. ให้การดูแลผู้ใช้บริการทุกรายเป็นอย่างดี อย่างสมเหตุสมผล และตัดสินใจให้การดูแลเป็นราย ๆ ตามความเหมาะสมกับอาการหรือโรคที่เป็น ด้วยวิจาร์ณญาณและความรู้ในวิชาชีพ

2. รู้สิทธิอันพึงมีพึงได้ของผู้ใช้บริการ เช่น ผู้ยากไร้ ผู้สูงอายุ เด็กอายุ 0 - 12 ปี หรือผู้มีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

3.3.2 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา ลัทธิ การเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย

คำอธิบาย หลักการข้อนี้เป็นหลักการที่แพทย์ทั่วโลกยอมรับและถือปฏิบัติ แพทยสมาคมโลกได้ประชุมและรวมไว้ในปฏิญญาแห่งกรุงเจนีวา (Declaration of Geneva) ไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ.2948 ซึ่งข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 หมวด 1 ข้อ 3 ระบุว่า

“ข้อ 3 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมย่อมประกอบวิชาชีพด้วยเจตนาดี โดยไม่คำนึงถึงฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม และลัทธิการเมือง”

และในหมวด 3 ข้อ 1 ระบุว่า

“ข้อ 1 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับที่ดีที่สุด”

ในกฎหมายรัฐธรรมนูญ ระบุไว้ในมาตรา 30 ว่า

“มาตรา 30 บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน”

การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญจะกระทำไม่ได้

ดังนั้นผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้บริการสุขภาพในมาตรฐานที่ดีที่สุดตาม ฐานานุกรมโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ ทั้งนี้ได้ให้ความความรวมถึงสิทธิอื่น ๆ ที่อยู่นอกเหนือบทบัญญัติ ของกฎหมาย เช่น การไม่ต้องชำระค่ารักษาพยาบาล การพักในห้องพักพิเศษต่าง ๆ และบริการพิเศษ อื่น ๆ เป็นต้น

ข้อควรตระหนัก

1. ปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ใช้บริการทุกรายอย่างเท่าเทียมกันด้วยความเอื้อ ออาทร มีน้ำใจ เอาใจใส่อย่างใกล้ชิด เห็นอกเห็นใจ ให้ความเป็นกันเองบนพื้นฐานของความเมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา
2. ปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการทุกรายด้วยความสุภาพ อ่อนโยน ปราศจากการ บังคับขู่เข็ญ ล่วงเกิน ดูหมิ่น
3. ละเว้นการปฏิบัติที่มีอคติ การใช้อำนาจหน้าที่และข้อได้เปรียบเพื่อ ประโยชน์ส่วนตัว
4. เคารพในความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา หรือพิธีกรรมของผู้ใช้บริการ

3.3.3 ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะรับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และชัดเจน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอม หรือไม่ยินยอมให้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือ จำเป็น

คำอธิบาย สิทธิที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสารและตัดสินใจในการทำการ บำบัดรักษาโรคร้ายที่เกิดขึ้นนับเป็นสิทธิพื้นฐานของผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีหน้าที่ต้อง อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการ การดำเนินโรค วิธีการรักษา ความยินยอมของผู้ป่วยนั้นจึงจะมีผล ตามกฎหมาย ซึ่งเรียกว่า ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (Informed Consent) ยกเว้นการ ช่วยเหลือในกรณีรีบด่วนฉุกเฉิน ซึ่งจำเป็นต้องกระทำเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยตามข้อ 4

ข้อควรตระหนัก

1. ให้ข้อมูลแก่ผู้ใช้บริการและญาติ เพื่อประกอบการตัดสินใจว่าจะใช้ บริการหรือไม่ เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือกรณีรีบด่วนหรือจำเป็น
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย การพยากรณ์โรค วิธีการบำบัดรักษา การเสี่ยงต่ออันตรายจากการรักษาพยาบาลหรือไม่ได้รับการรักษาด้วยภาวะที่ผู้ใช้บริการสามารถเข้าใจ ได้ และอยู่ในสภาพพร้อมที่จะรับฟัง โดยคำนึงถึงประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับการบอกความจริง (Truth telling)
3. รับฟังความคิดเห็น ปัญหา และความต้องการของผู้ใช้บริการด้วยใจที่เป็นกลาง ไม่ว่าจะเห็นด้วยหรือไม่ก็ตาม รวมถึงการปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่ผู้ใช้บริการไม่ปรารถนา

4. อธิบายให้ผู้ให้บริการทราบทุกครั้งก่อนปฏิบัติการพยาบาลว่าจะทำอะไร ผลเป็นอย่างไร บอกวิธีสังเกตความผิดปกติหรือความไม่สุขสบายที่อาจเกิดขึ้น

5. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบและกฎเกณฑ์ของหน่วยงาน / โรงพยาบาลที่ผู้ให้บริการพึงปฏิบัติในขณะที่มาให้บริการด้านสุขภาพ

6. ก่อนให้ข้อมูลควรตรวจสอบให้แน่ใจว่าผู้ให้บริการได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื่องใดไปบ้าง และมีความเข้าใจมากน้อยเพียงใด โดยข้อมูลที่ให้ต้องใช้ภาษาที่ให้ต้องใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย

7. ชี้แจงและอธิบายให้ผู้ให้บริการทราบถึงความจำเป็นที่ต้องย้าย หรือส่งต่อผู้ให้บริการไปยังสถานบริการอื่น ๆ เพื่อการตัดสินใจยินยอมหรือไม่ยินยอม

3.3.4 ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

คำอธิบาย การช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตถือเป็นจริยธรรมแห่งวิชาชีพขั้นพื้นฐาน ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจะต้องรีบดำเนินการโดยทันที เมื่อตนอยู่ในฐานะที่จะให้ความช่วยเหลือได้ การช่วยเหลือในลักษณะเช่นนี้นับเป็นความจำเป็นในการช่วยชีวิต แม้ว่าจะไม่ได้รับการร้องขอจากผู้ป่วย ซึ่งบ่อยครั้งก็ไม่อยู่ในสภาพมีสติพอที่จะร้องขอได้ ถือว่าเป็นการกระทำโดยความจำเป็น ไม่มีความผิด การปฏิเสธไม่ให้ความช่วยเหลือนับว่าเป็นการละเมิดข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2526 หมวด 3 ข้อ 10 และอาจผิดกฎหมายอาญา มาตรา 374 ด้วย

ข้อควรตระหนัก

1. ตัดสินใจให้การช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตทันที บนหลักการ ปรัชญาและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ รวมถึงความเชื่อในความมีคุณค่าของมนุษย์ ยอมรับว่ามนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรี มีความแตกต่าง และต้องการมีชีวิตที่ดี

2. ต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วย เมื่อได้รับคำขอร้องและตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้

3.3.5 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุลและประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

คำอธิบาย ในสถานพยาบาลต่าง ๆ จะมีผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพต่าง ๆ หลายสาขา ปฏิบัติงานร่วมกันในการช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรผู้ช่วยต่าง ๆ หลายประเภท ซึ่งบ่อยครั้งก่อให้เกิดความไม่แน่ใจและความไม่เข้าใจแก่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป ดังนั้นการกำหนดให้ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะสอบถามชื่อ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพที่

ให้บริการแก่ตน จึงช่วยผู้ป่วยในฐานะผู้บริโภคล้ำที่จะสอบถามข้อมูลที่จะช่วยให้เกิดความเข้าใจ และสามารถตัดสินใจเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากผู้ให้บริการซึ่งไม่มีคุณภาพเพียงพอ

ข้อควรตระหนัก

1. ให้ข้อมูล ชื่อ สกุล ตำแหน่ง คุณวุฒิของผู้ที่จะรับผิดชอบดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการ
2. ควรติดป้ายชื่อ หรือสัญลักษณ์ที่บ่งชี้ถึง ชื่อ สกุล ตำแหน่ง ของบุคลากรทางการพยาบาล

3.3.6 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตนและมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้

คำอธิบาย สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัย (The right to safety) สิทธิที่จะได้รับข่าวสาร (The Right to be Informed) สิทธิที่จะเลือก (The Right to Choose) นับเป็นสิทธิที่สำคัญของผู้บริโภคสินค้า ซึ่งรวมทั้งสินค้าสุขภาพ ในวัฒนธรรมปัจจุบันผู้ป่วยยังมีความเกรงใจและไม่ตระหนักถึงสิทธินี้ ทำให้เกิดความไม่เข้าใจและความขัดแย้ง ในขณะที่เดียวกันผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจำนวนมากก็ยังมีความรู้สึกไม่พอใจเมื่อผู้ป่วยขอความเห็นจากผู้ให้บริการสุขภาพผู้อื่นหรือไม่ให้ความร่วมมือในการที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนผู้ให้บริการหรือสถานบริการ

การกำหนดสิทธิผู้ป่วยในประเด็นนี้ให้ชัดเจน จึงมีประโยชน์ที่จะลดความขัดแย้งและเป็นการรับรองสิทธิผู้ป่วยที่จะเลือกตัดสินใจด้วยตนเอง

ข้อควรตระหนัก

1. ให้โอกาสช่วยเหลือและประสานงานเมื่อผู้ใช้บริการแจ้งความจำนงขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการ
2. ให้ข้อมูลหรือการช่วยเหลือที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการแก่บุคคลหรือสถานบริการที่รับผิดชอบดูแลรักษาพยาบาลต่อ

3.3.7 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

คำอธิบาย สิทธิส่วนบุคคลที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้ ถือเป็นสิทธิผู้ป่วยที่ได้รับการรับรองมาตั้งแต่คำสาบานของ Hippocrates และประเทศต่าง ๆ ก็ได้รับรองสิทธินี้ในกฎหมายอาญา ดังเช่นที่ปรากฏในมาตรา 323 แห่งประมวลกฎหมายอาญาของไทย นอกจากนี้ยังระบุในพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร พ.ศ.2540 ข้อบังคับแพทย์สภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2526 หมวด 3 ข้อ 9 ซึ่งถือได้ว่าสังคมได้ให้ความสำคัญกับสิทธิ

ผู้ป่วยในข้อนี้มาก เพราะถือว่าเป็นรากฐานที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจต่อแพทย์ เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลตนเอง

อย่างไรก็ตามก็มีข้อยกเว้น ในกรณีที่มีเหตุผลและความจำเป็นที่เหนือกว่า เช่น การปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย หรือการคุ้มครองประโยชน์สาธารณะเพื่อความสงบเรียบร้อยและความมั่นคงของประชาชน หรือในกรณีที่คุ้มครองอันตรายร้ายแรงของบุคคลอื่น การเปิดเผยข้อมูลต่อศาล การแจ้งข้อมูลต่อบุคคลที่สาม เพื่อคุ้มครองอันตรายร้ายแรงของบุคคลอื่น เป็นต้น

ข้อควรตระหนัก

1. ไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการซึ่งได้ทราบมาจากการประกอบวิชาชีพ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ หรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย
2. จัดเก็บรายงานไว้เป็นส่วนส่วนตัว ไม่เปิดโอกาสให้ผู้อื่นที่ไม่ใช่ทีมสุขภาพหรือผู้ที่มิได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยได้เห็นข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วย
3. ไม่นำเรื่องของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการมาเป็นหัวข้อในการสนทนา โดยมิได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย ยกเว้นต้องปฏิบัติตามหน้าที่

3.3.8 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

คำอธิบาย ในปัจจุบันความจำเป็นในการทดลองในมนุษย์เพื่อความก้าวหน้าทางการแพทย์มีมากขึ้น ประเทศไทยยังไม่มีบทบัญญัติในกฎหมายเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ โดยเฉพาะข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2526 หมวด 1 ข้อ 6 ระบุว่า

“ข้อ 6 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ทำการทดลองในมนุษย์ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ถูกทดลอง และต้องพร้อมที่จะป้องกันผู้ถูกทดลองจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการทดลองนั้น ๆ”

การรับรองสิทธิผู้ป่วยในด้านนี้เป็นการขยายความข้อบังคับแพทยสภาฯ ให้ชัดเจนขึ้น เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติว่าความยินยอมจะต้องเป็นความยินยอมภายหลังจากที่ได้รับทราบข้อมูลต่าง ๆ อย่างครบถ้วนแล้ว (Informed Consent) เช่นเดียวกับความยินยอมในการรักษาพยาบาล และแม้ว่าจะตัดสินใจยินยอมแล้วก็มีสิทธิที่จะเลิกได้ เพื่อคุ้มครองผู้ถูกทดลองให้ได้รับความปลอดภัย

ข้อควรตระหนัก

1. กำหนดระเบียบการหรือขั้นตอนการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ใช้บริการเข้าร่วมการวิจัยหรือทดลองไว้อย่างชัดเจน และมีความรู้ ความเข้าใจในระเบียบการหรือขั้นตอนดังกล่าว

2. ให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนแก่ผู้ใช้บริการ และให้เซ็นชื่อยินยอมเมื่อต้องการเป็นผู้ถูกทดลองในการวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

3. วิเคราะห์ว่าการวิจัย การทดสอบ การบันทึกภาพ เสียง หรืออื่น ๆ จะเสื่อมเสียต่อผู้ใช้บริการหรือไม่ หากเสี่ยงต่อการเสื่อมเสียต้องปกป้องผู้ใช้บริการจากเหตุการณ์นั้น ๆ

3.3.9 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น

คำอธิบาย การที่แพทย์บันทึกประวัติการเจ็บป่วยและรักษาต่าง ๆ ของผู้ป่วยในเวชระเบียนอย่างละเอียด นับเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และมีคุณภาพ นับเป็นมาตรฐานของการประกอบเวชกรรมสากล อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ปรากฏในเวชระเบียนถือเป็นข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งเจ้าของประวัติมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลนั้นได้ ซึ่งสิทธินี้ได้รับการรับรองตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร พ.ศ. 2540 อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อมูลในเวชระเบียนอาจมีบางส่วนซึ่งเป็นการแสดงความเห็นของแพทย์ในการรักษาพยาบาล และอาจกระทบต่อบุคคลอื่น ๆ ได้ ดังนั้น การเปิดเผยข้อมูลให้ผู้ป่วยทราบจะต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น ทั้งนี้รวมถึงกรณีผู้ป่วยยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลของตนต่อบุคคลที่สาม เช่น ในกรณีที่มีการประกันชีวิต หรือสุขภาพ

ข้อควรตระหนัก

1. กำหนดระเบียบการ หรือขั้นตอนการปฏิบัติเกี่ยวกับการขอดูเวชระเบียนไว้อย่างชัดเจน
2. รู้และเข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติเกี่ยวกับการขอดูเวชระเบียนของผู้ป่วยภายในหน่วยงานของตน เพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้ถูกต้อง และสามารถปฏิบัติได้ตามขั้นตอน

3.3.10 บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

คำอธิบาย การกำหนดให้บิดา มารดา ใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกิน 18 ปีนั้น เนื่องจากใบอนุญาตว่าด้วยสิทธิเด็กได้กำหนดไว้ว่า เด็ก หมายถึง มนุษย์ทุกคนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี เว้นแต่จะบรรลุนิติภาวะก่อนหน้านั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับแก่เด็กนั้น ดังนั้นจึงได้กำหนดไว้ให้บิดามารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เด็กที่อายุไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์

สำหรับผู้บกพร่องทางกายหรือทางจิตนั้น ต้องถึงขนาดไม่สามารถเข้าใจหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพืช (Persistent vegetative state) วิกฤจริตหรือมีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ ผู้แทนโดยชอบธรรมที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหรือมีอำนาจปกครองผู้ป่วย

เช่น บิดา มารดา กรณีผู้ป่วยไม่มีบิดา มารดา ผู้ดูแล หรือผู้ปกครองอาจเป็นญาติ พี่ น้อง ย่อมสามารถใช้สิทธิต่าง ๆ แทนผู้ป่วยได้

ข้อควรตระหนัก

วิเคราะห์และตัดสินใจได้ถูกต้องว่า ใครเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วยที่ตนให้การดูแลนั้น ทั้งในกรณีที่เป็เด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์หรือผู้บกพร่องทางกายและจิต เพื่อที่จะปฏิบัติกรพยาบาลโดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ป่วยจะเห็นได้ว่าทั้ง 3 แนวคิดมีจุดร่วมคือ การให้ผู้รับบริการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน ด้วยตัวผู้รับบริการเองตั้งแต่การร่วมคิดวางแผน การตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การประเมินผล ตลอดจนการรับผลประโยชน์

4. แนวคิดการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

หน่วยอาสาสมัครบริการระหว่างประเทศ (Voluntary Service Overseas, 2012, p. 3) ให้คำนิยามว่า การพิทักษ์สิทธิ หมายถึง กระบวนการขัดขวางการเสียเปรียบของบุคคลหรือชุมชนโดยการทำงานร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อเปลี่ยนแปลงนโยบาย กระบวนการ การปฏิบัติ และทัศนคติ เพื่อให้เกิดการตระหนักในสิทธิของบุคคลหรือชุมชน ทั้งนี้เป้าหมายสำคัญ คือ การทำกิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้บุคคลด้วยโอกาสสามารถตัดสินใจสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อสิทธิและการดำรงชีวิต เช่นเดียวกับสมาคมพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตสหรัฐอเมริกา (AACN: America Association of Critical Care Nurses as cited in Butts, & Rich, 2011, p. 491) อธิบายว่า การพิทักษ์สิทธิเป็นสิ่งที่ควบคู่กับจริยธรรม เป็นการตระหนักถึงการเป็นตัวแทนของผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือด้านจริยธรรมทั้งในและนอกคลินิก ทั้งนี้พยาบาลจบใหม่ต้องมีบุคลิกลักษณะการเป็นตัวแทนของผู้ป่วย การประเมินคุณค่าของตนเอง การตระหนักในความขัดแย้งเชิงจริยธรรม และการตระหนักในสิทธิของผู้ป่วย ในขณะที่พยาบาลที่มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญจะต้องมีบุคลิกลักษณะการเป็นตัวแทนของผู้ป่วยและครอบครัว เปิดโอกาสและเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วย ครอบครัวทำหน้าที่เป็นตัวแทนเรียกร้องสิทธิ และการตระหนักในสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัว

ในประเทศสหรัฐอเมริกา ถือว่าการพิทักษ์สิทธิเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการปกป้อง และสนับสนุนสิทธิอื่น ๆ เพื่อเปลี่ยนความคาดหวังของผู้ป่วยให้เป็นจริงตามที่ต้องการ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องคุ้นเคยและเรียนรู้กับสิทธิของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มที่ความแตกต่างกัน เช่น สิทธิของหญิงตั้งครรภ์ สิทธิของผู้ป่วยชาวอินเดียแดง สิทธิของการพยาบาลที่บ้าน โดยพยาบาลต้องแสดงบทบาทการพิทักษ์สิทธิ ได้แก่ เคารพและสนับสนุนให้ผู้ป่วยตัดสินใจตามสิทธิ เพิ่มสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจจากผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงาน ให้ความสำคัญกับความเป็ปัจเจกบุคคล เรียกร้องความอิสระของผู้ป่วย และรับผิดชอบการกระทำที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (Taylor et al., 2011, p. 103) สำหรับในประเทศไทยได้ประกาศเรื่องสิทธิผู้ป่วยเช่นกัน แต่ไม่ได้กล่าวถึง

หน้าที่และความรับผิดชอบของผู้ป่วย (Patients Rights and Responsibilities) ดังนั้นจึงส่งผลให้ผู้ป่วยจะไม่เห็นคุณค่าของการรักษาและการบริการจากสถานบริการพยาบาลของรัฐ จากปัญหาที่เกิดขึ้นจากสิทธิผู้ป่วยและหน้าที่ของผู้ป่วย พยาบาลจำเป็นต้องมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนต่อการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย สภาการพยาบาล (2551, น. 79-80) จึงได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยขึ้น เพื่อให้พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ดังนี้

1. ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลใช้ความรู้ในวิชาชีพและใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจตามความเหมาะสม ถูกต้อง ตามสิทธิที่ผู้รับบริการพึงมีพึงได้
 2. ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลจะต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกัน ไม่เลือกปฏิบัติด้วยความสุภาพ อ่อนโยน เอื้ออาทร เคารพในความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาและละเว้นจากอคติ
 3. ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลจะต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบกฎเกณฑ์ของหน่วยงาน ข้อมูล เกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพ การวินิจฉัยโรค การบำบัดรักษาและการเสี่ยงต่อโรคตามขอบเขตหน้าที่ที่ถูกต้อง ชัดเจน ไม่กำกวม เพื่อประกอบการตัดสินใจการรับบริการของผู้ป่วย
 4. ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายต่อชีวิตโดยไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือ
 5. ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลต้องแสดงข้อมูลของตนเองและยอมรับในสิทธิของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนผู้ให้บริการ
 6. ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยเว้นแต่ได้รับความยินยอมหรือปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย
 7. ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลต้องปฏิบัติตามจรรยาบรรณการวิจัยกรณีมีการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
 8. ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลจะต้องกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติเพื่อสิทธิของผู้ป่วยในการขอทราบข้อมูลการรักษา
 9. ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลมีบทบาทในการปกป้องการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย
- จากการศึกษาของวรรณธิดา ฝ้าทรัพย์, และยุพิน อังสุโรจน์ (2556, น. 86-102) ที่ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่าสมรรถนะด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเป็นสมรรถนะที่อยู่ร่วมกับจรรยาบรรณ ประกอบด้วย การเคารพในสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยและครอบครัว มีความเป็นประชาธิปไตย ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น พินิจพิเคราะห์ประโยชน์ของผู้ป่วยเด็กที่พึงได้รับ สำหรับบทบาทผู้พิทักษ์สิทธิของพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันสุขภาพให้กับตนเอง ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน เน้นการช่วยเหลือและปกป้องผู้ใช้บริการให้ได้รับสิ่งที่ต้องการจากระบบบริการสุขภาพและได้รับการสนองตอบตาม

ความต้องการ ในบทบาทนี้พยาบาลจะต้องพูดและกระทำในฐานะตัวแทนผู้ให้บริการ รวมทั้งการอธิบายและแปลความรู้สึกความต้องการของผู้ใช้บริการให้บุคคลอื่น ๆ ได้ทราบ (วิลาวัณย์ เสนารัตน์ และชวพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, 2553, น. 14) นอกจากนี้ เขา (Chau, 2013, p. 124) ได้แสดงทัศนะว่า นักศึกษาพยาบาลต้องแสดงบทบาทการพิทักษ์สิทธิเช่นเดียวกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานแล้ว ซึ่งเป็นความพยายามมุ่งมั่นปกป้องสิทธิ์ของผู้ป่วย ทั้งนี้ นักศึกษาพยาบาลต้องมีสมรรถนะการนำไปปฏิบัติให้สำเร็จ (Implementation) โดยต้องไวต่อความรู้สึกของผู้รับบริการ และสมรรถนะการประสานงาน การดูแลสุขภาพ (Coordination of Care) โดยการดูแลต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีและองค์ประกอบทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ตลอดจนความเหมาะสมของกลวิธีการพัฒนา และการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ทีมสหสาขาสุขภาพ

สรุปได้ว่า การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย หมายถึง การให้การพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลต่อผู้รับบริการโดยการเป็นตัวแทนของผู้รับบริการเพื่อเรียกร้องสิทธิที่พึงได้รับ ปกป้องการละเมิดสิทธิให้การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้รับบริการโดยไม่เลือกปฏิบัติ มีอิสระเชิงวิชาชีพ เคารพในสิทธิและรักษาความลับของผู้รับบริการ สร้างความมั่นใจในความปลอดภัย ชับเคลื่อนให้เกิดการดูแลเชิงจริยธรรม เพิ่มประสิทธิภาพของระบบการดูแล เสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้รับบริการทำหน้าที่ เคารพและสนับสนุนให้ผู้รับบริการตัดสินใจตามสิทธิ ตลอดจนการคำนึงถึงศักดิ์ศรีและองค์ประกอบทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ

5. การวัดการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1979 อ้างถึงใน จริยวัตร คมพยัคฆ์, 2553, น. 188) อธิบายว่าถ้าต้องการวัดการมีส่วนร่วมในระดับชุมชนนั้นต้องวัดตามกระบวนการที่แท้จริงประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Planning) 2) การดำเนินกิจกรรม (Implementation) 3) การใช้ประโยชน์ (Utilization) และ 4) การได้รับผลประโยชน์ (Obtaining Benefits) ในขณะทีลินเบิร์กและคณะ (Lindberg et al., 2013, pp. 834-837) เสนอว่าการวัดการมีส่วนร่วมตามองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ 1) ด้านการเคารพและความซื่อสัตย์ 2) ด้านการวางแผนและการตัดสินใจ 3) ด้านข้อมูลข่าวสารและองค์ความรู้ 4) ด้านแรงจูงใจและการส่งเสริม และ 5) ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัว นอกจากนี้สถาบันพระบรมราชชนก (2554, น. 64) ได้วัดอัตลักษณ์ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการตามการรับรู้ของนักศึกษาในสถาบันของสถาบันพระบรมราชชนก โดยใช้แบบสอบถามโดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ถามเกี่ยวกับความถี่ของการแสดงพฤติกรรมด้านการคำนึงสิทธิผู้ป่วยและการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ การแสดงพฤติกรรมสม่ำเสมอ บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อย และไม่เคยแสดงพฤติกรรม จำนวนข้อคำถาม 3 ข้อ ซึ่งข้อคำถามเกี่ยวกับการอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการปฏิบัติศาสนกิจ การให้ผู้รับบริการมี

ส่วนร่วมรับรู้ ตัดสินใจและวางแผนด้านสุขภาพ ตลอดจนการปฏิบัติการบริการด้วยความรอบคอบโดยคำนึงถึงความปลอดภัยและสิทธิของผู้ป่วย

สรุปได้ว่า การร่วมรับรู้ตัดสินใจเลือกการให้บริการที่เหมาะสมตามความต้องการและบริบทของผู้รับบริการโดยการวางแผนร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และพึ่งตนเองได้ มีความสำคัญต่อผลสำเร็จของการหายจากความเจ็บป่วยของผู้รับบริการและการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลทั้งในระดับตนเองและระดับชุมชน โดยพยาบาลต้องมีคุณลักษณะที่จำเป็นต่อการส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม ได้แก่ การเคารพในความแตกต่าง ความซื่อสัตย์ การวางแผนและการตัดสินใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร การจูงใจ การอำนวยความสะดวก ตลอดจนการคำนึงถึงความปลอดภัยและสิทธิของผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่าจากแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงเป็นที่มาของตัวบ่งชี้ย่อยด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ รายละเอียดตามตาราง 3 ดังนี้



ตาราง 3 การสังเคราะห์องค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| องค์ประกอบย่อย และตัวบ่งชี้ด้าน การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. องค์ประกอบ ย่อยด้านการ ส่งเสริมการ ดูแลตนเองและ การเสริมสร้าง พลังอำนาจ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1 ให้ข้อมูล ผู้รับบริการเพื่อ การตัดสินใจ | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | ✓ | | | ✓ |
| 1.2 ชี้แนะวิธี แก้ปัญหา สุขภาพตนเอง เพื่อการ ตัดสินใจ | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | ✓ |

องค์ประกอบย่อย 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22

และตัวบ่งชี้ด้าน

การมีส่วนร่วมของ

ผู้รับบริการ

1.3 ให้ความรู้แก่

ผู้รับบริการตรง

ตามสภาพ

ปัญหา

1.4 ให้ความสำคัญแก่

ผู้รับบริการเพื่อ

พิจารณา

ทางเลือกที่

เหมาะสม

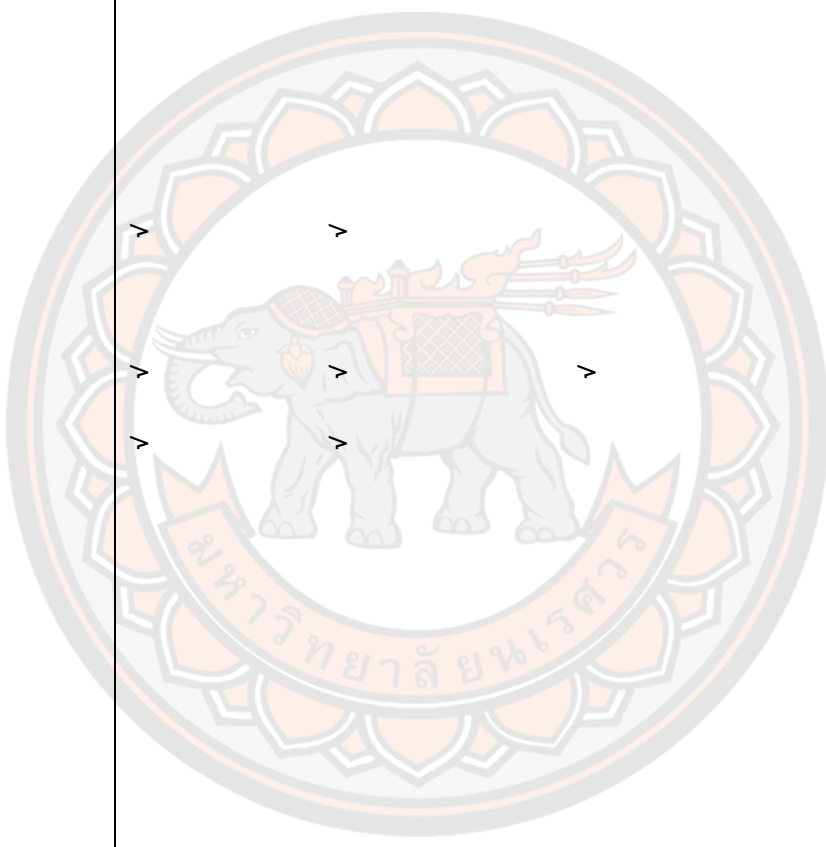
1.5 กระตุ้นให้

ผู้รับบริการมี

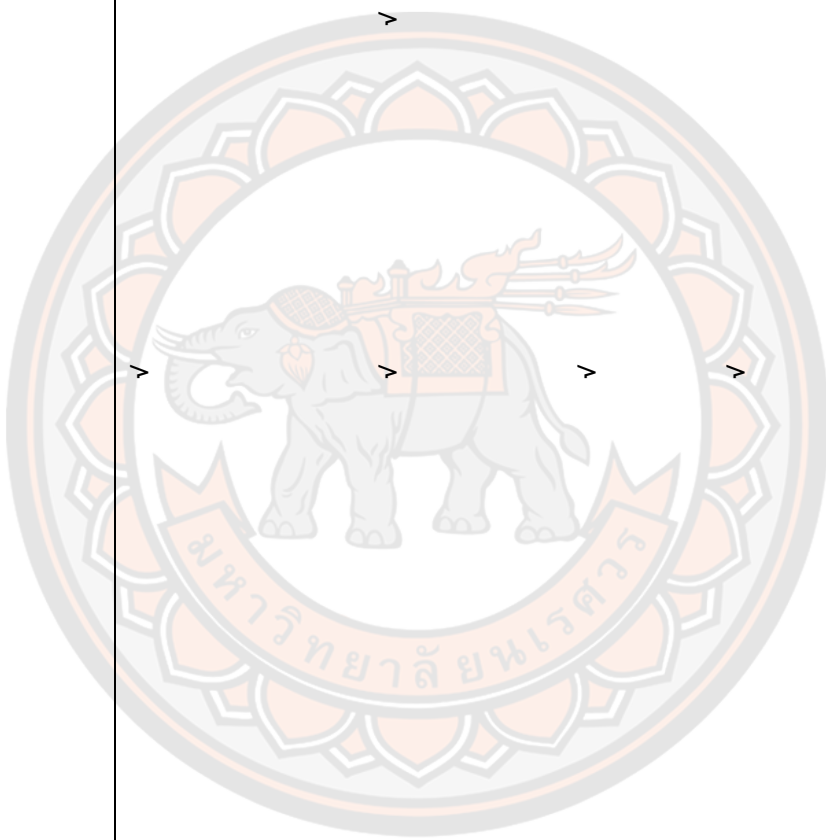
ส่วนร่วมในการ

วางแผนดูแล

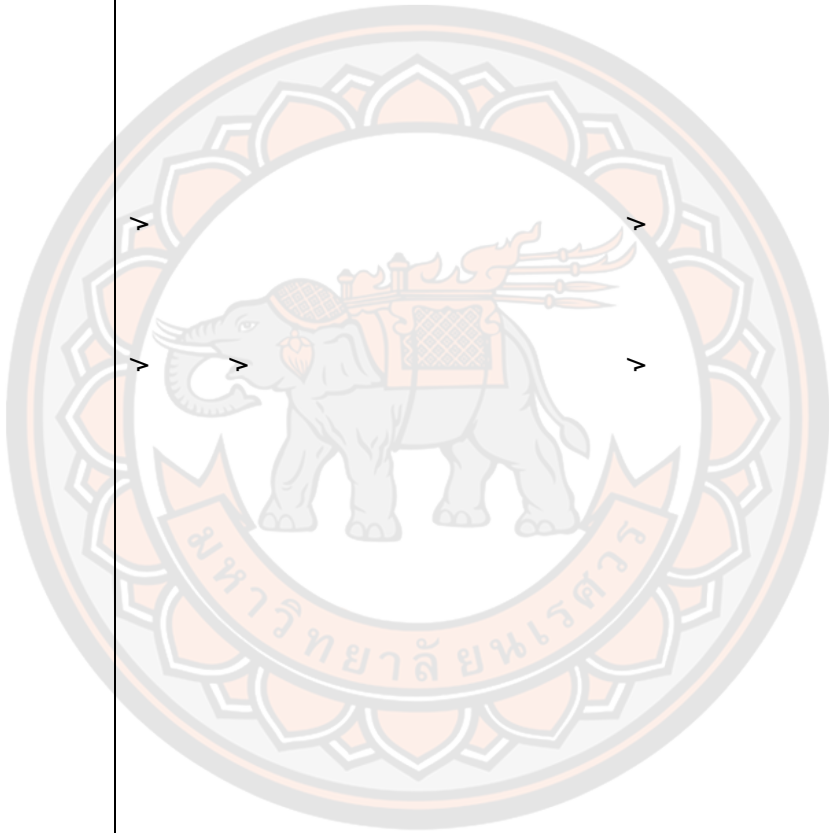
ตนเอง



| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| องค์ประกอบย่อย | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| และตัวบ่งชี้ด้าน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| การมีส่วนร่วมร่วมของ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้รับบริการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.6 กระตุ้นให้ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | ✓ |
| ผู้รับบริการมี | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ส่วนร่วมในการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| เลือกวิธีการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ดูแลตนเอง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.7 สนับสนุนให้ | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | ✓ |
| ครอบครัวมีส่วนร่วม | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ร่วมในการดูแล | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้รับบริการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.8 ให้ความสำคัญ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ |
| ผู้รับบริการด้วย | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| คำพูด | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.9 ให้ความสำคัญ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ |
| ผู้รับบริการด้วย | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| การสัมผัส | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| องค์ประกอบย่อย | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| และตัวบ่งชี้ด้าน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| การมีส่วนร่วมร่วมของ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้รับบริการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.10 จัดสิ่งแวดล้อม | | | | | | | | | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | | | ✓ |
| ให้ผู้รับบริการ | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | |
| เชื่อมต่อการดูแล | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | | ✓ |
| ตนเอง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.11 กระตุ้นให้ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้รับบริการมี | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ส่วนร่วมในการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| วางแผนและ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| เลือกวิธีการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ดูแลตนเอง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.12 ให้คำปรึกษา | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | ✓ |
| แก่ผู้รับบริการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| เพื่อพิจารณา | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ทางเลือกที่ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| เหมาะสม | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

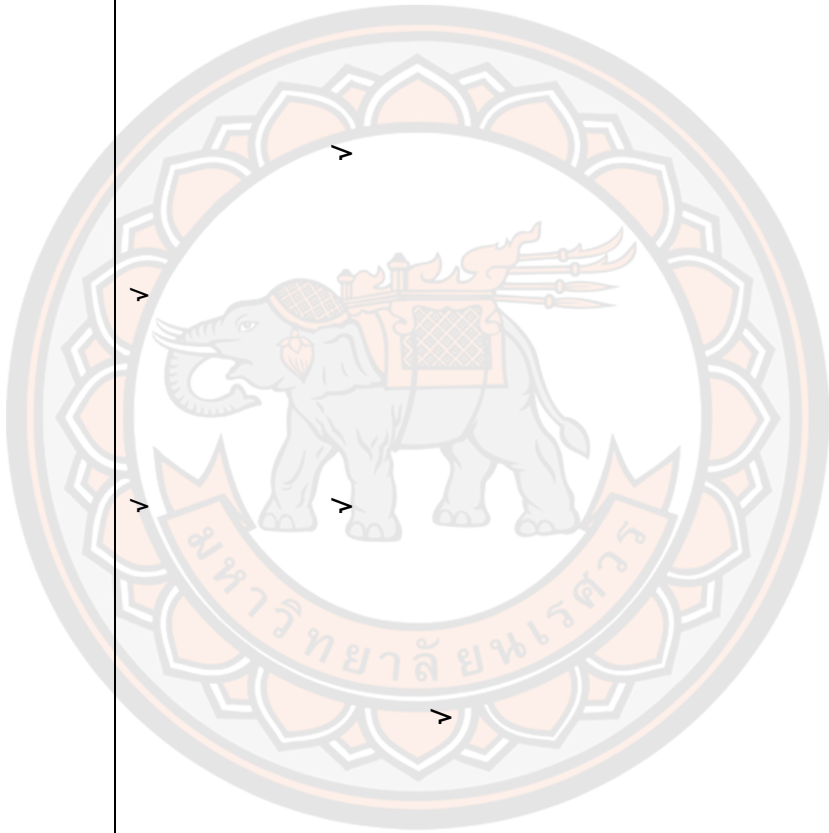


| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| องค์ประกอบย่อย | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| และตัวบ่งชี้ด้าน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| การมีส่วนร่วมรวมของ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้รับบริการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.13 กระตุ้นให้ | ✓ | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ |
| ผู้รับบริการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ค้นพบปัญหาที่ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| แท้จริงของ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ตนเอง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.14 ให้ความรู้แก่ | | | | | | | | | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | | ✓ |
| ผู้รับบริการตรง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ตามสภาพ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ปัญหา | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.15 สนับสนุนให้ | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | ✓ |
| ครอบครัวมีส่วนร่วม | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | |
| ร่วมในการดูแล | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้รับบริการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.16 ช่วย | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้รับบริการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ค้นหาข้อมูลที่ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| เหมาะสม | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| องค์ประกอบย่อย | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| และตัวบ่งชี้ด้าน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| การมีส่วนร่วมร่วมของ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้รับบริการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.17 กำหนด | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ |
| เป้าหมายในการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ดูแลตนเอง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ร่วมกับ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้รับบริการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. องค์ประกอบ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ย่อยด้านการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ยอมรับความ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| แตกต่าง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ระหว่างบุคคล | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 คำนึงถึงศักดิ์ศรี | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | ✓ |
| ของผู้รับบริการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2 เคารพการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ตัดสินใจของ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้รับบริการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.3 ให้ความ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ช่วยเหลือโดยไม่ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| เลือกปฏิบัติ | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | ✓ |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| องค์ประกอบย่อย | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| และตัวบ่งชี้ด้าน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| การมีส่วนร่วมร่วมของ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้รับบริการ | | | ✓ | | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | | | | | ✓ |
| 2.4 เคารพและ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ตระหนักในสิทธิ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ของผู้รับบริการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ |
| 2.5 คำนึงถึง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| องค์ประกอบ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ทางวัฒนธรรม | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ |
| ของผู้รับบริการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.6 ให้ความ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ช่วยเหลือตาม | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ความต้องการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ |
| ของผู้รับบริการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ภายใต้ขอบเขต | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| วิชาชีพ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.7 สร้างความมั่นใจ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ในความ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ปลอดภัย | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|
| องค์ประกอบย่อย | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| และตัวบ่งชี้ด้าน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| การมีส่วนร่วมรวมของ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้รับบริการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.8 สนับสนุนให้ | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | |
| ผู้รับบริการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ตัดสินใจตาม | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| สิทธิ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.9 รักษาความลับ | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | ✓ |
| ของผู้รับบริการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.10 ยอมรับความ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| เสียค่านิยม | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| วัฒนธรรม วิถี | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| การดำเนินชีวิต | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ของผู้รับบริการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| องค์ประกอบย่อย | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| และตัวบ่งชี้ด้าน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| การมีส่วนร่วมรวมของ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้รับบริการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. องค์ประกอบ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ย่อยด้านการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| พิทักษ์สิทธิ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้ป่วย | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1 เป็นต้นวแทน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้รับบริการใน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| การเรียกร้อง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| สิทธิที่พึง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ประสงค์ได้ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.2 ปกป้องการถูก | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ละเมิดสิทธิของ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้รับบริการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.3 มีอิสระเชิง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| วิชาชีพในการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| พิทักษ์สิทธิ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| องค์ประกอบย่อย | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | |
| และตัวบ่งชี้ด้าน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| การมีส่วนร่วมของ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้รับบริการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.4 เพิ่มประสิทธิภาพ | | | | | | | | √ | | | | | | | | | | | | | | | √ |
| ของระบบการ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ดูแล | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ที่มาของการสังเคราะห์องค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ

- 1 = Gibson (1995)
- 2 = Isokaanta & Johansson (2006)
- 3 = AACN (2008)
- 4 = Charalambous et al. (2008)
- 5 = Cochran (2008)
- 6 = Heubecke (2008)
- 7 = Stanhope & Lancaster (2008)
- 8 = Kleiman (2009)
- 9 = Hudson & Macdonald (2010)
- 10 = Orem (2011)
- 11 = Taylor et al. (2011)
- 12 = Chitty & Black (2011)
- 13 = Voluntary Service Oversea (2012)
- 14 = Chau (2013)
- 15 = Han et al. (2013)
- 16 = Ide et al. (2013)
- 17 = จริยวัตร คมพัยค์ม์ (2553)
- 18 = วิจิตรา กุสมภ์ (2553)
- 19 = สภาการพยาบาล (2553)
- 20 = สถาบันพระบรมราชชนก (2554)
- 21 = บุษกร พันธุ์เมธาทย์ (2555)
- 22 = กิตติพร เนาว์สุวรรณ (2557)

จากการสังเคราะห์องค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้จากแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบหลักทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบหลักด้านจิตบริการ องค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ และองค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ผู้วิจัยได้นำตัวบ่งชี้ จำนวน 75 ตัวบ่งชี้ ซึ่งแบ่งออกตามองค์ประกอบหลัก คือ 1) องค์ประกอบหลักด้านจิตบริการ ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ 28 ตัว 2) องค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ 16 ตัว และ 3) องค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ 31 ตัว มาตรวจสอบความซ้ำซ้อนของเนื้อหา รวมทั้งปรับรายละเอียดเนื้อหาในแต่ละตัวบ่งชี้ให้มีความชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น เพื่อนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างต่อไป โดยในการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจในแต่ละองค์ประกอบหลัก เพื่อหาองค์ประกอบย่อยของแต่ละองค์ประกอบหลัก ทั้งนี้ผู้วิจัยจึงขอเสนอตารางสรุปตัวบ่งชี้ในแต่ละองค์ประกอบหลัก รายละเอียดตามตารางที่ 4 ดังนี้

ตาราง 4 สรุปตัวบ่งชี้ในแต่ละองค์ประกอบหลัก

| องค์ประกอบหลัก | ตัวบ่งชี้ |
|-----------------------------|--|
| 1. จิตบริการ (Service Mind) | <ol style="list-style-type: none"> 1) จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลแบบองค์รวม 2) ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าในการให้บริการ 3) ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงผลสำเร็จของการให้บริการ 4) ควบคุมอารมณ์และแสดงออกต่อผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม 5) มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ 6) รับฟังผู้รับบริการด้วยความตั้งใจ 7) ปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยนและนุ่มนวล 8) ให้บริการตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ 9) ให้บริการเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความหวังในชีวิต 10) ให้บริการโดยคำนึงถึงบริบทและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ 11) ปฏิบัติต่อผู้รับบริการอย่างเป็นธรรมเท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติ 12) รักษาความลับของผู้รับบริการ 13) พิทักษ์สิทธิผู้รับบริการ 14) ให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการบริการ |

| องค์ประกอบหลัก | ตัวบ่งชี้ |
|---|--|
| | 15) ให้การช่วยเหลือผู้รับบริการจนเกิดความพึงพอใจในการบริการ 16) ให้บริการโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน 17) มีความซื่อสัตย์สุจริต 18) ปฏิบัติในสิ่งที่เป็นโยบายช้ต่อผู้รับบริการ 19) รับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย |
| | 20) กระตือรือร้นในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ 21) ยอมรับความคิดและพฤติกรรมของผู้รับบริการโดยไม่เอาความคิดของตนเองไปตัดสิน 22) สามารถทำงานเป็นทีมร่วมกับผู้อื่นได้ 23) มีทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างกำลังใจแก่ผู้ป่วย 24) ปฏิบัติการพยาบาลองค์รวมตามกระบวนการพยาบาล 25) ปฏิบัติงานโดยเห็นประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตัว 26) ให้การพยาบาลด้วยความรู้สึกห่วงใยและเมตตา 27) เห็นประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นสำคัญ 28) เคารพในคุณค่าศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ |
| 2. การคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking) | 29) มีทักษะการสืบค้นข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาของผู้รับบริการ 30) สามารถคิดแก้ปัญหาบนฐานข้อมูลที่เป็นจริง 31) รวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการ จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย 32) รวบรวมข้อมูลที่เป็นจริง และสอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการ 33) สามารถจำแนก แยกแยะข้อมูลของผู้รับบริการบนพื้นฐานที่เป็นจริง 34) สามารถจัดหมวดหมู่ข้อมูลปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการบนฐานข้อมูลที่เป็นจริง 35) สามารถเชื่อมโยงข้อมูลผู้รับบริการกับความรู้ทางวิชาการอย่างถูกต้องและเป็นเหตุเป็นผล 36) สามารถรวบรวมข้อมูลที่แท้จริงได้อย่างเป็นระบบ 37) วางแผนให้บริการสุขภาพสอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการ 38) อ้างอิงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือ 39) เปิดใจรับฟังและยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง |

| องค์ประกอบ หลัก | ตัวบ่งชี้ |
|---|--|
| | 40) ใช้เหตุผลหรือหลักฐานในการแก้ปัญหาอย่างรอบคอบ 41) คิดแก้ปัญหามูลฐานข้อมูลที่เป็นจริง 42) เปรียบเทียบจุดดี จุดด้อยของวิธีการให้บริการ/การแก้ปัญหาสุขภาพในแต่ละวิธี 43) ตระหนักและยอมรับจุดเด่นและจุดด้อยของตนเองเพื่อการพัฒนาตนเอง 44) เรียนรู้และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น |
| 3. การมีส่วนร่วม ของผู้รับบริการ (Participation) | 45) กระตุ้นให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนและเลือกวิธีการดูแลตนเอง 46) ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการเพื่อพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสม 47) กระตุ้นให้ผู้รับบริการค้นพบปัญหาที่แท้จริงของตนเอง |
| | 48) ให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตรงตามสภาพปัญหาของผู้รับบริการ 49) สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ 50) ช่วยผู้รับบริการค้นหาข้อมูลที่เหมาะสม 51) กำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเองร่วมกับผู้รับบริการ 52) ส่งเสริมให้ผู้รับบริการรู้จักและเข้าใจตนเอง 53) ชี้แนะวิธีแก้ปัญหาสุขภาพและสอบถามความคิดเห็นเพื่อให้ผู้รับบริการเป็นผู้ตัดสินใจ 54) เสนอทางเลือกที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาสุขภาพเพื่อให้ผู้รับบริการเป็นผู้ตัดสินใจ 55) สะท้อนคิดให้กับผู้รับบริการอย่างสร้างสรรค์ มีเหตุผล 56) ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการเพื่อการตัดสินใจ 57) จัดบรรยากาศให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน 58) ให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการจัดสรรสิ่งอำนวยความสะดวก 59) เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการตัดสินใจและปฏิบัติที่ถูกต้อง 60) ประสานความร่วมมือกับผู้รับบริการ 61) ให้บริการสุขภาพที่คำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล 62) เคารพการตัดสินใจของผู้รับบริการ 63) เคารพและตระหนักในสิทธิของผู้รับบริการ 64) คำนึงถึงองค์ประกอบทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ |

| องค์ประกอบหลัก | ตัวบ่งชี้ |
|----------------|---|
| | 65) ให้การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้รับบริการภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ |
| | 66) สร้างความมั่นใจในความปลอดภัยให้กับผู้รับบริการ |
| | 67) สนับสนุนให้ผู้รับบริการตัดสินใจตามสิทธิ |
| | 68) ยอมรับความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม วิธีการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ |
| | 69) เป็นตัวแทนผู้รับบริการในการเรียกร้องสิทธิที่พึงได้รับ |
| | 70) ปกป้องการถูกละเมิดสิทธิของผู้รับบริการ |
| | 71) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ |
| | 72) เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการซักถามข้อสงสัย จนเกิดความเข้าใจ |
| | 73) ร่วมสรุปปัญหาและความต้องการร่วมกับผู้รับบริการและครอบครัว |
| | 74) สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้รับบริการปฏิบัติตามแนวทางที่เลือกไว้ให้บรรลุเป้าหมาย |
| | 75) พัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการให้สามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน |

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)

1. แนวคิดพื้นฐานการศึกษาองค์ประกอบ

นางลักษณ์ วิรัชชัย (2542) ได้กล่าวว่า ในการวิจัยทางสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ นักวิจัยต้องการศึกษาคุณลักษณะภายในตัวบุคคลที่เป็นตัวแปรแฝงซึ่งไม่สามารถสังเกตได้โดยตรงและต้องศึกษาคุณลักษณะดังกล่าวนี้ จากพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล โดยการวัดหรือสังเกตพฤติกรรมเหล่านั้นแทนคุณลักษณะที่ต้องการศึกษา ในทางปฏิบัตินักวิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลได้เป็นตัวแปรที่สังเกตได้หลายตัว และใช้วิธีวิเคราะห์องค์ประกอบมาวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ได้องค์ประกอบอันเป็นคุณลักษณะของบุคคลที่ต้องการศึกษา กล่าวได้ว่า วิธีวิเคราะห์องค์ประกอบเป็นวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติที่ช่วยสร้างองค์ประกอบจากตัวแปรหลาย ๆ ตัวแปร โดยรวมกลุ่มตัวแปรที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์ประกอบเดียวกัน และแต่ละองค์ประกอบ คือ ตัวแปรแฝงอันเป็นคุณลักษณะที่ต้องการศึกษา

สำราญ มีแจ้ง (2542) ได้กล่าวว่า การวิเคราะห์ตัวประกอบเป็นวิธีการที่จะอธิบายข้อมูลให้ง่ายด้วยการลดจำนวนตัวแปรให้น้อยลงโดยการพยายามหาโครงสร้างตัวประกอบจำนวนน้อย ๆ ที่จะแทนที่ตัวแปรจำนวนมาก ๆ ในการวิเคราะห์ตัวประกอบ นั้นยึดหลักการที่ว่า การที่ตัวแปรหรือ

ข้อมูลต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กันก็เพราะตัวแปรต่าง ๆ เหล่านี้ มีตัวประกอบร่วมกัน สังเกตได้จาก การจับกลุ่มของตัวแปรหรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กันสูงเป็น กลุ่ม ๆ การที่เป็นเช่นนี้เพราะว่าตัวแปรเหล่านี้มีตัวประกอบร่วมกัน ถ้าพบว่าตัวประกอบร่วมและตัวแปรเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันสูง แทนที่จะใช้ตัวแปรจำนวนมาก ๆ เราอาจใช้ตัวประกอบร่วมแทน ตัวแปรเหล่านี้ได้ ซึ่งเป็นการลดจำนวนข้อมูลให้น้อยลง

ปกรณ์ ประจันบาน (2553) ได้กล่าวว่า การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการวัด (Measure) จากตัวแปรทางจิตวิทยา ตัวแปรทางการศึกษา หรือตัวแปรทางสังคมศาสตร์ มักจะประสบปัญหา ประการหนึ่งคือ ตัวแปรเหล่านี้มักจะมีความสัมพันธ์กันสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มของตัวแปร เหล่านี้ มีบางสิ่งบางอย่างที่มีคุณสมบัติอยู่ร่วมกันเป็นพื้นฐาน นิยมเรียกคุณสมบัติที่ร่วมกันอยู่นั้นว่า องค์ประกอบร่วม (Common Factor) และการที่จะค้นหาว่าองค์ประกอบร่วมเหล่านี้มีอะไรบ้าง และมีที่ประเภทจึงกลายเป็นเป้าหมายสำคัญของนักวิจัยที่ต้องการทราบ ทั้งนี้เพราะการที่เราสามารถ จัดการกับตัวแปรต่าง ๆ ให้เป็นหมวดหมู่ หรือเป็นกลุ่มได้นั้น จะเป็นประโยชน์ในการลดจำนวน ตัวแปรที่มีอยู่จำนวนมาก ให้เหลือน้อยลง และสามารถเลือกเอาเฉพาะบางตัวแปร ไปอธิบายสิ่งต่าง ๆ ได้ ซึ่งเมื่อตัวแปรเหลือน้อยลง ก็จะทำให้ง่ายต่อการแปลผล สรุปผล และเป็นการประหยัดแรงงานได้ อย่างมาก

2. ความหมายของการวิเคราะห์องค์ประกอบ

สุภมาส อังศุโชติ (2551, น. 92) ได้กล่าวถึง การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) ว่ามีชื่อเรียกในภาษาไทยหลายคำ เช่น การวิเคราะห์องค์ประกอบ การวิเคราะห์ ตัวประกอบ การวิเคราะห์ปัจจัยสำหรับเอกสารนี้เรียกว่า การวิเคราะห์องค์ประกอบ การวิเคราะห์ องค์ประกอบเป็นวิธีการทางสถิติที่ช่วยให้นักวิจัยสร้างองค์ประกอบจากตัวแปรหลาย ๆ ตัวแปร โดยรวมกลุ่มตัวแปรที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์ประกอบเดียวกันในตัวแปรที่อยู่ในองค์ประกอบ เดียวกันจะมีความสัมพันธ์กันมาก โดยความสัมพันธ์อาจจะเป็นทางบวกหรือทางลบก็ได้ ส่วนตัวแปร ที่อยู่คนละองค์ประกอบจะไม่มีความสัมพันธ์กันหรือสัมพันธ์กันน้อย องค์ประกอบหนึ่ง ๆ จะแทน ตัวแปรแฝง ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่นักวิจัยต้องศึกษา

Kerlinger (1986 อ้างถึงใน ปกรณ์ ประจันบาน, 2553) ได้กล่าวถึงการวิเคราะห์ องค์ประกอบไว้ว่า

“เป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งที่มีประโยชน์มากในการศึกษาปัญหาที่ซับซ้อนในศาสตร์ทาง พฤติกรรม”

Daniel (1988 อ้างถึงใน ปกรณ์ ประจันบาน, 2553) ได้กล่าวถึงการวิเคราะห์ องค์ประกอบไว้ว่า “การวิเคราะห์องค์ประกอบถูกออกแบบมาเพื่อใช้ตรวจสอบโครงสร้างชุดของตัว

แปร และเพื่อใช้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในรูปของจำนวนที่น้อยที่สุดของตัวแปรที่วัดหรือสังเกตไม่ได้ ซึ่งตัวแปรที่วัดหรือสังเกตไม่ได้เหล่านั้นจะถูกเรียกว่า องค์ประกอบ”

Joreskog, & Sorbom (1969 อ้างถึงใน ปกรณ์ ประจันบาน, 2553) ได้กล่าวถึง การวิเคราะห์องค์ประกอบไว้ว่า “แนวคิดที่สำคัญภายใต้รูปแบบของการวิเคราะห์องค์ประกอบ คือ มีตัวแปรบางตัวที่ไม่สามารถสังเกตหรือวัดได้โดยตรง หรืออาจเรียกได้ว่าเป็นตัวแปรแฝงหรือ องค์ประกอบ ตัวแปรที่ไม่สามารถสังเกตหรือวัดได้โดยตรงนั้นสามารถอ้างอิงได้ทางอ้อมจากข้อมูลจาก ข้อมูลของตัวแปรที่สังเกตได้หรือวัดได้ การวิเคราะห์องค์ประกอบเป็นกระบวนการทางสถิติสำหรับ เปิดเผยตัวแปรแฝงที่มีอยู่โดยศึกษาผ่านความแปรปรวนระหว่างชุดของตัวแปรที่สังเกต หรือวัดได้”

3. จุดมุ่งหมายของการวิเคราะห์องค์ประกอบ

3.1 เพื่อลดจำนวนตัวแปรที่สังเกตหรือวัดได้หลาย ๆ ตัว ที่มีความสัมพันธ์กัน โดยนำมา จัดกลุ่มเป็นชุดของตัวแปร เรียกว่า องค์ประกอบ หรือตัวแปรแฝง ซึ่งมีจำนวนน้อยกว่าตัวแปรที่ศึกษา อยู่เดิม ซึ่งการจัดกลุ่มเหล่านี้กระทำได้โดยการศึกษาโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ เหล่านี้ เพื่อสำรวจหรือค้นหาตัวแปรแฝงที่ซ่อนอยู่ภายในตัวแปรที่สังเกตหรือวัดได้

3.2 เพื่อตรวจสอบหรือยืนยันทฤษฎีที่ค้นพบโดยตนเองหรือผู้อื่น เกี่ยวกับความ สอดคล้องระหว่างแนวคิดตามทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยใช้วิธีการทางสถิติ

4. รูปแบบของการวิเคราะห์องค์ประกอบ

รูปแบบของการวิเคราะห์องค์ประกอบ แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

1. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploration Factor Analysis) เป็นเทคนิค ทางสถิติที่มุ่งค้นหาว่าตัวแปรใดสัมพันธ์กับตัวแปรใดบ้าง โดยไม่ทราบหรือไม่สามารถตั้งสมมติฐานมา ก่อนได้ว่าผู้วิจัยจะค้นพบอะไรบ้าง

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) เป็นเทคนิค ทางสถิติที่มีผู้พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ปัญหาจุดอ่อนของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ การวิเคราะห์ องค์ประกอบรูปแบบนี้มุ่งที่การระบุให้ชัดเจนว่าจะได้องค์ประกอบอะไรบ้าง และองค์ประกอบคู่ใด สัมพันธ์กัน ตัวแปรใดถูกกระทบโดยองค์ประกอบใด องค์ประกอบเฉพาะคู่ใดบ้างที่สัมพันธ์กัน ดังนั้น การวิเคราะห์องค์ประกอบแบบนี้จึงเป็นการตรวจสอบทฤษฎีว่าองค์ประกอบตรงกับทฤษฎีที่เขียนไว้ หรือไม่

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอกล่าวถึงการวิเคราะห์องค์ประกอบในรูปแบบของการ วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) ดังที่จะกล่าวต่อไปนี้

ตอนที่ 6 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA)

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน เป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบที่นักวิจัยมีทฤษฎีโมเดลการวัดแล้ว และรู้แน่ชัดล่วงหน้าว่าข้อมูลอันประกอบด้วย ตัวแปรหลายตัวนั้นจะสร้างเป็นองค์ประกอบจำนวนเท่าไร และเป็นองค์ประกอบชนิดใด ใช้สถิติวิเคราะห์เป็นเพียงเครื่องมือเพื่อพิสูจน์ความถูกต้องของโมเดลการวัด เพื่อยอมรับหรือปฏิเสธทฤษฎีการวัดคุณลักษณะที่ศึกษา (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555)

1. วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน เป็นการตรวจสอบเพื่อยืนยันว่าโมเดลการวัดที่ได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์และโมเดลการวัดที่ได้จากทฤษฎีสอดคล้อง (fit) กันจริง ซึ่งมี 4 ประการ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555) คือ

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวบ่งชี้และองค์ประกอบตามกรอบความคิดเชิงทฤษฎีเพื่อยืนยันโมเดลการวัดองค์ประกอบที่สร้างขึ้น ตามหลักทฤษฎี อันเป็นการสรุปสาระข้อมูล (data summarization) ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ของข้อมูลที่ได้จากเครื่องมือวัด

2. เพื่อศึกษาวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวบ่งชี้กับองค์ประกอบในโมเดลการวัดนั้น การสร้างองค์ประกอบเป็นตัวแทนของตัวบ่งชี้จำนวนมากอันเป็นการลดปริมาณข้อมูล (data reduction) ให้ได้องค์ประกอบที่มีจำนวนน้อยลงโดยอิงโมเดลการวัดตามทฤษฎีเพื่อนำไปใช้ประโยชน์

3. เพื่อสร้างตัวแปรใหม่โดยการประมาณค่าคะแนนองค์ประกอบจากชุดของตัวแปรสังเกตได้

4. เพื่อศึกษาประยุกต์ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน เช่น การวิเคราะห์โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันลำดับที่สอง (second order CFA model) การวิเคราะห์โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเมื่อตัวบ่งชี้เป็นตัวแปรนอนเมตริก และการวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดล (model invariance-MI)

2. ประโยชน์ของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) หรือเรียกชื่อย่อว่า CFA เป็นส่วนหนึ่งของโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) มีจุดมุ่งหมายเพื่อตรวจสอบหรือยืนยันทฤษฎีที่ค้นพบโดยตนเองหรือผู้อื่นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดเชิงทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเป็นโมเดลชนิดหนึ่งที่นักวิจัยใช้ในการอธิบายการวัดคุณลักษณะแฝงหรือตัวแปรแฝงซึ่งอาจจะเป็นคุณลักษณะหรือพฤติกรรมบางประการของมนุษย์ ทำให้นักวิจัยทางด้านการวัดและประเมินเรียกว่า

โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอีกอย่างหนึ่งว่า “โมเดลการวัด (Measurement Model)” และนำเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันมาใช้วิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือวัดทางจิตวิทยาได้อย่างน้อย 3 แนวทาง (ปกรณัม ประจันบาน, 2560, น. 377-378) ดังต่อไปนี้

แนวทางที่ 1 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสนับสนุนการใช้แนวคิดทฤษฎีเป็นแนวทางในการศึกษาความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ของเครื่องมือวัดทางจิตวิทยา

ความตรงเชิงโครงสร้างเป็นคุณสมบัติที่สำคัญของเครื่องมือวัดทางจิตวิทยาที่ให้ผลการวัดสอดคล้องกับคุณลักษณะที่มุ่งวัดในทางทฤษฎี ผู้วิจัยสามารถตรวจสอบว่าคำถามแต่ละข้อของเครื่องมือสามารถใช้วัดได้ตรงตามองค์ประกอบของแนวคิดเชิงทฤษฎีที่สนับสนุนอยู่หรือไม่ นอกจากนี้ผู้วิจัยอาจกำหนดให้คำถาม 1 ข้อของแบบวัดสามารถวัดคุณลักษณะได้สอดคล้องมากกว่าหนึ่งองค์ประกอบ เมื่อใช้คำถามของเครื่องมือวัดเก็บรวบรวมข้อมูลมาจากตัวแทนของประชากร เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันจะมีสถิติที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างโมเดลตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ ซึ่งถือเป็นตัวแทนของแนวคิดเชิงทฤษฎีว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เป็นตัวแทนของประชากรในบริบทนั้น ๆ หรือไม่ ซึ่งหากโมเดลตามสมมติฐานสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ก็แสดงว่าผู้วิจัยสามารถใช้เครื่องมือวัดนั้นกับประชากรได้อย่างถูกต้องตามทฤษฎี นอกจากนี้สถิติวัดความสอดคล้องของโมเดลและค่าสถิติอื่น ๆ ยังช่วยเสนอแนะว่า ข้อคำถามที่สร้างขึ้นวัดองค์ประกอบที่กำหนดไว้ได้หรือไม่ องค์ประกอบต่าง ๆ ของทฤษฎีสัมพันธ์กันหรือไม่ มีขนาดความสัมพันธ์มาก น้อยเพียงใดได้อีกด้วย

แนวทางที่ 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสามารถใช้ในการประมาณค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือวัดทางจิตวิทยา

ได้แก่ ความเที่ยงแบบความคงที่ภายใน ความเที่ยงแบบสอบซ้ำ เป็นต้น การใช้เทคนิควิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันประมาณค่าความเที่ยงแบบความคงที่ภายในจะมีความแตกต่างไปจากวิธีการประมาณค่าความเที่ยงแบบดั้งเดิม เช่น วิธีการของครอนบาค และวิธีการของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน กล่าวคือ ในกระบวนการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันจะใช้วิธีการขจัดความคลาดเคลื่อนในการวัด (measurement error) ออกจากตัวแปรสังเกตได้ ทำให้ผลการประมาณค่าความเที่ยงของเครื่องมือวัดและประเมินมีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น ส่วนการใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันประมาณค่าความเที่ยงแบบสอบซ้ำเป็นการตรวจสอบความคงที่ของค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความคลาดเคลื่อนในการวัด เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลต่างเวลากัน

แนวทางที่ 3 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสามารถใช้เปรียบเทียบโมเดลการวัดระหว่างกลุ่มประชากรตั้งแต่สองกลุ่มขึ้นไปพร้อม ๆ กันได้

เป็นการตรวจสอบว่าโมเดลการวัดมีความคงที่ระหว่างประชากรหลายกลุ่มหรือไม่ หรือโมเดลการวัดมีความคงที่เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน การดำเนินการในลักษณะนี้เพื่อยืนยันว่าโมเดลการวัดคุณลักษณะแฝงในแต่ละกลุ่มประชากรเป็นโมเดลเดียวกันหรือไม่ (Bollen, 1998) เช่น ถ้าต้องการทราบว่ากลุ่มประชากรเพศชายกับเพศหญิง (ต่างเพศกัน) จะทำให้โมเดลการวัดของเครื่องมือวัดแตกต่างกันหรือไม่ ผู้วิจัยสามารถใช้ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงหรือความไม่แปรเปลี่ยน (invariance) ของโมเดลการวัดระหว่างกลุ่มประชากรต่างเพศ ในกรณีที่ตัวแปรแฝงและตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวในโมเดลมีโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในโมเดลทั้งสองเป็นแบบเดียวกันทั้งหมด กล่าวคือ เมทริกซ์พารามิเตอร์ของโมเดลทั้งสองเหมือนกัน มีขนาดเท่ากันและสถานะของพารามิเตอร์ในเมทริกซ์ (กำหนดหรืออิสระ) เหมือนกันโดยไม่จำเป็นต้องมีค่าพารามิเตอร์เท่ากัน (Bollen, 1998) แสดงว่า เครื่องมือวัดนั้นเหมาะที่จะนำไปใช้กับกลุ่มประชากรทั้งสองได้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการสร้างเกณฑ์ปกติวิสัย (norm) ของแบบทดสอบหรือแบบวัดมาตรฐาน

3. คำศัพท์สำคัญที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

คำศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันมีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจวิธีการวิเคราะห์และการอ่านผลการวิเคราะห์ (ปกรณ ประจันบาน, 2560, น. 379-381) ดังนี้

3.1 ตัวแปรแฝง (Latent Variable)

ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน นิยมเรียก องค์ประกอบ (Factor) ว่าตัวแปรแฝง (Latent variable) หรือตัวแปรที่ไม่สามารถวัดค่าได้โดยตรง (Unmeasured variable) เพราะผู้วิจัยเชื่อว่า ตัวแปรแฝงเป็นปริมาณของภาวะสันนิษฐานทางทฤษฎีที่ผู้วิจัยคาดการณ์ว่า เป็นสาเหตุของข้อคำถามหรือกลุ่มข้อคำถามที่มีค่าแน่นอน (Certain value) ไม่สามารถวัดหรือสังเกตค่าได้โดยตรง ในโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันจะใช้สัญลักษณ์วงกลมหรือวงรีแทนตัวแปรแฝง และแบ่งตัวแปรแฝงออกเป็น 2 ชนิด ตามบทบาทหน้าที่ ได้แก่ ตัวแปรแฝงภายนอก (Exogeneous latent variable) มีชื่อเรียกว่า ซาย (KSI) ใช้ตัวอักษรภาษากรีกตัวเล็กเขียนแทนด้วย ξ หรือแทนด้วยอักษรโรมันตัวพิมพ์ใหญ่แทนด้วย K และตัวแปรแฝงภายใน (Endogeneous latent variable) มีชื่อเรียกว่า อีต้า (ETA) ใช้ตัวอักษรภาษากรีกตัวเล็กเขียนแทนด้วย η หรือแทนด้วยอักษรโรมันตัวพิมพ์ใหญ่แทนด้วย E

3.2 ตัวแปรสังเกตได้ (Observed Variable)

เมื่อกล่าวถึงข้อคำถามในเครื่องมือ ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถวัดหรือสังเกตอิทธิพลของตัวแปรแฝง (องค์ประกอบ) ได้โดยตรง ต้องวัดหรือสังเกตอิทธิพลของตัวแปรแฝงจากพฤติกรรมการแสดงผลของบุคคล เช่น คะแนนที่ได้จากแบบวัดหรือแบบสอบถาม เป็นต้น ในบางครั้งผู้วิจัยก็จะเรียกตัวแปรสังเกตได้ว่า ตัวบ่งชี้หรือตัวชี้วัด (Indicators) เพราะสามารถชี้บ่งถึงความมีอยู่จริงของตัวแปรแฝง ในโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันจะใช้สัญลักษณ์สี่เหลี่ยมจัตุรัสหรือสี่เหลี่ยมผืนผ้าแทนตัวแปรสังเกตได้ และแบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ ตัวแปรสังเกตได้ภายนอก (Exogeneous observed variable) เขียนชื่อด้วยอักษรโรมันตัวพิมพ์ใหญ่แทนด้วย X ซึ่งจะอยู่ในโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่ง (First order confirmatory factor analysis model) และตัวแปรสังเกตได้ภายใน (Endogeneous observed variable) เขียนชื่อด้วยอักษรโรมันตัวพิมพ์ใหญ่แทนด้วย Y ซึ่งจะอยู่ในโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง (Second order confirmatory factor analysis model)

3.3 ตัวแปรความคลาดเคลื่อน (Error Variable)

ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน เรียกว่า ส่วนที่เหลือ (Residual) หมายถึง องค์ประกอบเฉพาะ (Unique factors) ส่วนที่เหลือจึงถือเป็นความคลาดเคลื่อนในการวัด (Measurement Error) เพราะตามทฤษฎีการวัดและการทดสอบแบบดั้งเดิม คะแนนจากการวัด (X) ประกอบด้วยคะแนนจริง (T) รวมกับคะแนนความคลาดเคลื่อน (e) ความแปรปรวนที่มีร่วมกันในตัวแปรสังเกตได้ที่ถูกสกัดออกและนำไปรวมกันเป็นตัวแปรแฝงถือเป็นคะแนนจริง ดังนั้น ส่วนที่เหลือจึงเป็นคะแนนความคลาดเคลื่อนจากการวัด ซึ่งถูกกำหนดให้มีค่าเดียวและไม่สัมพันธ์กับตัวแปรแฝง (คะแนนจริง) ในโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันจะใช้สัญลักษณ์วงกลมหรือวงรีแทนส่วนที่เหลือหรือตัวแปรความคลาดเคลื่อนในการวัด แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ ตัวแปรความคลาดเคลื่อนในการวัดภายนอก (Exogeneous error variable) เรียกว่า เดลต้า (Delta) เขียนชื่อด้วยอักษรกรีกตัวเล็กแทนด้วย δ หรือเขียนด้วยอักษรภาษาอังกฤษตัวพิมพ์เล็กแทนด้วย d ซึ่งจะอยู่ในโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่ง (First order confirmatory factor analysis model) และตัวแปรความคลาดเคลื่อนในการวัดภายใน (Endogeneous error variable) เรียกว่า เอฟซีลอน (epsilon) เขียนชื่อด้วยตัวอักษรกรีกตัวเล็ก แทนด้วย ϵ หรือเขียนด้วยอักษรภาษาอังกฤษตัวพิมพ์เล็กแทนด้วย e ซึ่งจะอยู่ในโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง (Second order confirmatory factor analysis model)

3.4 พารามิเตอร์ (Parameter)

พารามิเตอร์ที่ต้องประมาณค่าในโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ประกอบด้วย พารามิเตอร์ 4 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 พารามิเตอร์ของค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) มีชื่อเรียกว่า แลมบ์ดา (Lambda) เขียนแทนด้วยอักษรกรีกพิมพ์เล็กแทนด้วย λ หรืออักษรภาษาอังกฤษแทนด้วย L มี 2 ชนิด ได้แก่ น้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ภายนอก (X) แทนด้วย LX และน้ำหนักขององค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ภายใน (Y) แทนด้วย LY

กลุ่มที่ 2 พารามิเตอร์ของค่าความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของตัวแปรแฝงภายนอก (K) เรียกว่า Phi แทนด้วย PH

กลุ่มที่ 3 พารามิเตอร์ของค่าความแปรปรวน-ความแปรปรวนตัวแปรความคลาดเคลื่อน มี 2 ชนิด ได้แก่ พารามิเตอร์ของค่าความแปรปรวน-ความแปรปรวนตัวแปรความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกตได้ภายนอก (X) เรียกว่า Theta-Delta แทนด้วย TD และพารามิเตอร์ของค่าความแปรปรวน-ความแปรปรวนตัวแปรความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกตได้ภายใน (Y) เรียกว่า Theta-Epsilon แทนด้วย TE

กลุ่มที่ 4 พารามิเตอร์ของค่าอิทธิพลที่ตัวแปรแฝงภายนอก K มีต่อตัวแปรแฝงภายใน E พารามิเตอร์กลุ่มนี้จะมีเฉพาะเรียกว่า โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง (Second order confirmatory factor analysis model) เรียกว่า แกมมา (GAMMA) แทนด้วยอักษรกรีก γ หรืออักษรภาษาอังกฤษ GA

4. ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันมีข้อตกลงไม่แตกต่างจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ แต่สามารถผ่อนปรนข้อตกลงบางประการได้ ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน มีดังนี้

4.1 ตัวแปรสังเกตได้ที่คัดเลือกมาวิเคราะห์องค์ประกอบต้องเป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง (continuous) หรือค่าในมาตรวัดระดับอันตรภาค (Interval scale) และมาตรวัดระดับอัตราส่วน (Ratio scale)

4.2 ข้อมูลควรมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) แต่ปัจจุบันข้อตกลงเกี่ยวกับข้อมูลมีลักษณะแจกแจงเป็นแบบปกติพหุนาม (Multivariate normal distribution) สามารถฝ่าฝืนได้ในกรณีที่ใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่

4.3 ตัวแปรสังเกตได้ต้องมีความสัมพันธ์ระหว่างกันและสัมพันธ์กันแบบเส้นตรง (Linear relationships) (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้แตกต่างจากศูนย์ ทดสอบ

ด้วยค่า Bartlett's test of Sphericity) ต้องมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าดัชนี Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy: KMO) ต้องมีค่าเข้าใกล้ 1.0

4.4 องค์ประกอบร่วมทุกตัว (Common factor) มีความสัมพันธ์กัน (oblique rotation) หรือเป็นอิสระต่อกัน (Orthogonal rotation)

4.5 ตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวได้รับอิทธิพลจากทุกองค์ประกอบร่วม (common factor) และองค์ประกอบเฉพาะ (unique factor)

4.6 เทอมความคลาดเคลื่อนต้องมีลักษณะ ดังนี้ 1) ต้องไม่สัมพันธ์กับตัวแปรแฝงใด ๆ ในโมเดล 2) มีลักษณะการแจกแจงแบบปกติ 3) มีการกระจายเป็นเอกพันธ์ (homoscedasticity) 4) เป็นหรือไม่เป็นอิสระจากเทอมความคลาดเคลื่อนอื่น ๆ (ความคลาดเคลื่อนสัมพันธ์กันเองได้ซึ่งเป็นการผ่อนคลายข้อตกลงเบื้องต้นขอการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ)

4.7 ตัวอย่างควรมีขนาดใหญ่ มีการแจกแจงแบบเชิงเส้นกำกับ (Asymptotic) ขนาดตัวอย่างควรมากกว่าตัวแปรอย่างน้อย 5-20 เท่า และไม่ควรน้อยกว่า 200 ตัวอย่าง (Hair et al., 2010) และในกรณีโมเดลการวัดที่มีตั้งแต่ 3 องค์ประกอบขึ้นไป ควรใช้กลุ่มตัวอย่าง 500 หน่วยตัวอย่างขึ้นไป

5. ขั้นตอนการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดข้อมูลจำเพาะของโมเดล (Model specification) ขั้นตอนที่ 2 การระบุความเป็นไปได้เพียงค่าเดียวของโมเดล (Model identification) ขั้นตอนที่ 3 การประมาณค่าพารามิเตอร์ (Parameter estimation) ขั้นตอนที่ 4 การประเมินความสอดคล้องของโมเดล (Assessing measurement model validity) และขั้นตอนที่ 5 การปรับโมเดล (Model modification)

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดข้อมูลจำเพาะของโมเดล (Model specification)

เป็นการกำหนดความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ซึ่งเป็นการกำหนดโมเดลการวัดตามทฤษฎีที่นักวิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมมา เพื่อนำมากำหนดว่าตัวแปรแฝง (Latent variable) แต่ละตัวประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ (Observed variable) ตัวใดบ้าง ตัวแปรสังเกตได้แต่ละตัวต้องถูกอธิบายด้วยตัวแปรแฝงเพียงตัวเดียว (Unidimensional measures) หรือค่า Cross loading มีค่าเท่ากับ 0 ถ้าตัวแปรสังเกตได้ 1 ตัว มีความสัมพันธ์กับตัวแปรแฝงมากกว่า 1 ตัว แสดงว่าอาจขาดความตรงเชิงโครงสร้างหรือตามภาวะสันนิษฐาน (Construct validity) สำหรับเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การระบุลักษณะเฉพาะของโมเดล (Model identification)

การประมาณค่าพารามิเตอร์จะทำได้ก็ต่อเมื่อโมเดลที่สร้างสามารถระบุความเป็นไปได้ของพารามิเตอร์เพียงค่าเดียวโดยอาศัยกฎของ t คือ โมเดลที่ระบุได้พอดีต้องมีจำนวนพารามิเตอร์ที่

ต้องประมาณค่าน้อยกว่าจำนวนสมาชิกในเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม (Variance-covariance matrix) ของตัวแปรสังเกตได้ หรือสามารถคำนวณได้จากสูตร $t \leq (p)(p+1)/2$ โดยค่า t คือ จำนวนพารามิเตอร์ที่ไม่ทราบค่า และ p คือจำนวนตัวแปรที่สังเกตได้ในโมเดล Schumacker, & Lomax (2010, pp. 57-58) ได้แบ่งการระบุความเป็นไปได้เพียงค่าเดียวของโมเดลเป็น 3 แบบ ได้แก่ โมเดลระบุไม่พอดี โมเดลที่ระบุพอดี และโมเดลระบุเกินพอดี ดังต่อไปนี้

1. โมเดลระบุไม่พอดี (Underidentified model) คือจำนวนพารามิเตอร์ที่ไม่ทราบค่า มีจำนวนมากกว่าจำนวนสมาชิกในเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของตัวแปรสังเกตได้ โมเดลที่สร้างจะไม่สามารถประมาณค่าพารามิเตอร์ได้

2. โมเดลที่ระบุพอดี (Just identified model) คือจำนวนสมาชิกในเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของตัวแปรสังเกตได้ มีจำนวนเท่ากับจำนวนพารามิเตอร์ที่ไม่ทราบค่า โมเดลแบบนี้ โมเดลแบบนี้จะมี degree of freedom เท่ากับศูนย์ ส่งผลให้ค่า χ^2 goodness of fit เท่ากับศูนย์ จึงไม่สามารถใช้ทดสอบทฤษฎีได้

3. โมเดลระบุเกินพอดี (Over identified model) คือ จำนวนสมาชิกในเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของตัวแปรสังเกตได้มีมากกว่าพารามิเตอร์ที่ไม่ทราบค่า ซึ่งมีข้อมูลเพียงพอที่จะไปคำนวณหาพารามิเตอร์ได้

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินค่าพารามิเตอร์ (Parameter estimation)

การประมาณค่าพารามิเตอร์ เป็นการนำข้อมูลจากตัวแปรสังเกตได้มาประมาณค่าพารามิเตอร์ ได้แก่ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ ค่าเศษเหลือ เป็นต้น การประมาณค่าพารามิเตอร์เป็นการทวนซ้ำ (Iteration) โดยการประมาณค่า population covariance matrix หรือ Σ ให้มีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุดเมื่อนำมาเทียบกับ sample covariance matrix (S) ซึ่งได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์จากกลุ่มตัวอย่าง การประมาณค่าพารามิเตอร์ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันมีหลายวิธี ได้แก่ Maximum Likelihood (ML), Generalized Least Square (GLS), Weight Least Square (WLS) เป็นต้น ในแต่ละวิธีมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันออกไป ยกตัวอย่างเช่น วิธี Maximum Likelihood กับวิธี GLS มีลักษณะการประมาณค่าพารามิเตอร์ที่คล้ายกัน โดยทั้งสองวิธีนี้เหมาะสำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจง Multi normal distribution และมีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ส่วนวิธีการแบบ Weight Least Square (WLS) เหมาะกับข้อมูลที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และเหมาะกับข้อมูลที่ไม่ได้แจกแจงเป็น Multi normal distribution (Schumacker, & Lomax, 2010)

Hair et al. (2010, p. 102) ได้เสนอว่า การประมาณค่าพารามิเตอร์นั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีผลต่อการประมาณค่า ถ้าจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยเกินไปจะส่งผลให้ค่าพารามิเตอร์ไม่มีความคงเส้นคงว่า ดังนั้นสัดส่วนระหว่างกลุ่มตัวอย่างและจำนวนตัวแปรสังเกตได้อย่างน้อย คือ 5 ต่อ

1 และถ้าจะให้ถูกยอมรับมากขึ้น สัดส่วนควรเป็น 10 ต่อ 1 หรืออย่างน้อยจำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมี 200 จำนวนขึ้นไป Tabachnick, & Fidell (2007) ได้แนะนำว่า การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับขนาดของโมเดล เช่น ถ้าขนาดของโมเดลมีขนาดกลาง ควรกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คนขึ้นไป

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินความสอดคล้องของโมเดล (Assessing measurement model validity) (พูลพงษ์ สุขสว่าง, 2556, น. 15-16; Vieira, 2011, p. 14)

1. ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-square Statistics: χ^2) ค่าสถิติไค-สแควร์ เป็นค่าสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานที่ว่า ฟังก์ชันความกลมกลืนมีค่าเป็นศูนย์ ถ้าค่าไค-สแควร์มีค่าต่ำมาก ยิ่งเข้าใกล้ศูนย์ แสดงว่า โมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2. ดัชนี Tucker-Lewis Index (TLI) ค่า TLI ถ้ามีค่ามากกว่า 0.95 แสดงว่าโมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

3. ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนเปรียบเทียบ CFI (Comparative Fit Index) มีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1.00 ถ้ามีค่ามากกว่า 0.95 แสดงว่าโมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

4. ค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (Relative Chi-square: χ^2/df) เป็นค่าสถิติที่ใช้เปรียบเทียบระดับความกลมกลืนระหว่างโมเดลที่เมืองศาอิสระไม่เท่ากัน โดยมีค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ไม่เกิน 2

5. ดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือ (Standardized Root Mean Square Residual: SRMR) เป็นดัชนีที่ใช้เปรียบเทียบระดับความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของโมเดล 2 โมเดล เฉพาะกรณีที่เป็นการเปรียบเทียบโดยใช้ข้อมูลชุดเดียว ค่า SRMR อยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 ถ้ามีค่าต่ำกว่า 0.08 แสดงว่า โมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

6. ค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) ค่า RMSEA อยู่ระหว่าง 0 ถึง 1.00 ถ้ามีค่าต่ำกว่า 0.06 แสดงว่าโมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ขั้นตอนที่ 5 การปรับโมเดล (Model modification)

เป็นขั้นตอนที่กระทำต่อเมื่อมีค่าพารามิเตอร์บางค่าที่ไม่แตกต่างจากศูนย์ หรือมีทิศทางของค่าพารามิเตอร์ไม่ตรงกับทฤษฎีที่กำหนดไว้ ดังนั้นผู้วิจัยจะปรับโมเดลสมการโครงสร้างในส่วนที่เป็นความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าที่เกิดจากเครื่องมือที่ใช้ในการวัด พูลพงษ์ สุขสว่าง (2556, น. 10) ได้เสนอแนะว่า การปรับโมเดลสมการโครงสร้างในส่วนที่เป็นความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าที่เกิดจากเครื่องมือที่ใช้ในการวัด สามารถทำการปรับโมเดลได้ทันที ไม่มีผลกระทบต่อโครงสร้างของโมเดลตามสมมติฐาน เมื่อปรับโมเดลจนได้ค่าดัชนีตรวจสอบความสอดคล้อง ดังนี้

1. ค่าสถิติทดสอบไค-สแควร์ มีค่าน้อยกว่าค่าไค-สแควร์เกณฑ์ หรือค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์มีค่าน้อยกว่าสอง
 2. ค่าดัชนีตรวจสอบความกลมกลืน (CFI TLI) มีค่ามากกว่า 0.95
 3. ค่าความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า (RMSEA RMR SRMR) มีค่าน้อยกว่า 0.05
- โดยค่าพารามิเตอร์ของโมเดลทุกเส้นมีค่าแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งมีทิศทางที่สมเหตุสมผลตามทฤษฎี จึงจะสามารถสรุปได้ว่าโมเดลสมการโครงสร้างที่พัฒนาขึ้น มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ตอนที่ 7 มโนทัศน์การวิเคราะห์โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง

1. มโนทัศน์เกี่ยวกับการออกแบบการวิจัยเพื่อศึกษาพัฒนาการ

การออกแบบการวิจัยเพื่อการศึกษาพัฒนาการนั้น ผู้วิจัยสามารถออกแบบได้หลากหลายขึ้นอยู่กับปัญหาวิจัย ตลอดจนช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องรวบรวมข้อมูล วิธีการที่เป็นที่รู้จักและมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย คือ การศึกษาระยะยาว (longitudinal study) และการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) นอกจากนี้ Kirk (1995, pp. 12-13) ได้แบ่งประเภทของแบบการวิจัยเพิ่มเติม โดยรวบรวมการศึกษาระยะยาวและภาคตัดขวางเข้าด้วยกันเป็น 2 แบบ เรียกว่า การศึกษาเหลื่อมเวลาระยะยาว (longitudinal-overlapping study หรือ sequential study) และการศึกษาแบบ Time – Lag ซึ่งการออกแบบการวิจัยเหล่านี้จะใช้ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างหรือจากประชากรก็ได้ รายละเอียดของแต่ละแบบแผนมีดังนี้

1.1 การศึกษาระยะยาว (longitudinal study)

การศึกษาระยะยาวเป็นการออกแบบวิจัยที่กำหนดระยะเวลาในการศึกษาเป็นช่วงยาว มีการเก็บข้อมูลเป็นระยะ ๆ ซึ่งจะเก็บกี่ครั้งก็ได้แต่ต้องมีจำนวนตั้งแต่ 2 ครั้งหรือมากกว่าขึ้นไป ช่วงเวลาของการศึกษาอาจใช้เวลาเพียงช่วงสั้นหรือยาวก็ได้ เช่น ช่วงเวลา 1 วัน โดยเก็บข้อมูลเป็นรายชั่วโมง หรือช่วงเวลา 1 เดือน โดยเก็บข้อมูลเป็นรายวันหรือสัปดาห์ หรือช่วงเวลา 1 ปี โดยเก็บข้อมูลเป็นรายเดือน เป็นต้น การศึกษาระยะยาว สามารถออกแบบการวิจัย จำแนกย่อยออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1.1.1 การศึกษาแนวโน้ม (trend study) เป็นการศึกษาตัวแปรที่สนใจของประชากรทั่วไป (general population) ตามช่วงเวลาการศึกษา และช่วงเวลาจัดเก็บข้อมูลตามที่ผู้วิจัยกำหนด โดยการเก็บข้อมูลแต่ละครั้งกลุ่มประชากร หรือกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมาทำการศึกษามีลักษณะเดียวกัน (สุวิมล ว่องวานิช, 2548, น. 169) เช่น ต้องการศึกษาวานิสิตชั้นปีที่ 1 แต่ละรุ่นในช่วง 10 ปี การศึกษาที่ผ่านมา มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการแข่งขันฟุตบอลประเพณีแตกต่างกันหรือไม่ ผู้วิจัยกำหนดช่วงเวลาการศึกษานาน 10 ปี เก็บข้อมูลจากนิสิตชั้นปีที่ 1 ทุก ๆ 2 ปี ตั้งแต่ปี

การศึกษา 2552 จนถึงปีการศึกษา 2560 ผู้วิจัยต้องเก็บข้อมูลจากนิสิตชั้นปีที่ 1 ครั้งแรกเมื่อปีการศึกษา 2552 จากนั้นต้องรอเก็บข้อมูลกับนิสิตชั้นปีที่ 1 รุ่นใหม่ที่เข้าในปีการศึกษา 2554 2556 2558 และ 2560 ตามลำดับ รายละเอียดการเก็บข้อมูลการศึกษาแนวโน้ม ดังตาราง 5

ตาราง 5 การออกแบบเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาแนวโน้ม (trend study)

| ชั้นปี | ครั้งที่ 1 | ครั้งที่ 2 | ครั้งที่ 3 | ครั้งที่ 4 | ครั้งที่ 5 |
|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| นิสิตชั้นปีที่ 1 | ปีการศึกษา 2552 | ปีการศึกษา 2554 | ปีการศึกษา 2556 | ปีการศึกษา 2558 | ปีการศึกษา 2560 |

1.1.2 การศึกษาแบบโคฮอร์ต (cohort study) เป็นการศึกษาตัวแปรที่สนใจจากประชากรที่กำหนดอย่างเจาะจง (specific population) การเก็บข้อมูลเป็นประชากรกลุ่มเดิม โดยการเก็บข้อมูลจากประชากรกลุ่มนี้ตลอดช่วงเวลาที่ใช้ในการศึกษา แต่การเก็บข้อมูลแต่ละครั้งอาจไม่ใช่สมาชิกคนเดิม (สุวิมล ว่องวาณิช, 2548, น. 170) เช่น ต้องการศึกษานิสิตชั้นปีที่ 1 รุ่นที่เข้าปีการศึกษา 2557 มีความคิดเห็นต่อการแข่งขันฟุตบอลประเพณีเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรในช่วงเวลาที่ศึกษา 3 ปีต่อมา ผู้วิจัยต้องการเก็บข้อมูลครั้งแรกกับนิสิตชั้นปีที่ 1 รุ่นที่เข้าปีการศึกษา 2557 จากนั้นจึงตามเก็บข้อมูลกับนิสิตกลุ่มนี้ในครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 ในปีการศึกษา 2558, 2559 และ 2560 ตามลำดับ โดยการเก็บแต่ละครั้งกลุ่มตัวอย่างอาจไม่ใช่สมาชิกคนเดิมก็ได้ รายละเอียดการเก็บข้อมูลการศึกษาแบบโคฮอร์ต ดังตาราง 6

ตาราง 6 การออกแบบเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาแบบโคฮอร์ต (cohort study)

| ปีการศึกษา | ครั้งที่ 1 | ครั้งที่ 2 | ครั้งที่ 3 | ครั้งที่ 4 |
|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 2557 | ชั้นปีที่ 1 | | | |
| 2558 | | ชั้นปีที่ 2 | | |
| 2559 | | | ชั้นปีที่ 3 | |
| 2560 | | | | ชั้นปีที่ 4 |

1.1.3 การศึกษาจากบุคคล (panel study) เป็นการศึกษาตัวแปรที่สนใจจากประชากรกลุ่มเดิมที่กำหนดอย่างเจาะจง หรือประชากรทั่วไป แต่เมื่อกำหนดประชากรแบบใดแล้ว

ต้องทำการสุ่มตัวอย่าง ได้บุคคลใดก็จะต้องตามเก็บข้อมูล จากสมาชิกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนั้นตลอดช่วงเวลาที่ทำการศึกษา (สุริยมล ว่องวานิช, 2548, น. 171) การศึกษาจากบุคคลมีลักษณะคล้ายคลึงกันกับแบบโคฮอร์ต แตกต่างกันเพียงต้องการเก็บข้อมูลจากสมาชิกคนเดิม ตลอดช่วงเวลาการศึกษาเท่านั้น เช่น ต้องการศึกษาวานิสิตชั้นปีที่ 1 รุ่นที่เข้าปีการศึกษา 2557 มีความคิดเห็นต่อการแข่งขันฟุตบอลประเพณีเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรในช่วงเวลาที่ศึกษา 3 ปีต่อมา ผู้วิจัยต้องเริ่มเก็บข้อมูลครั้งแรกกับนิสิตชั้นปีที่ 1 รุ่นที่เข้าปีการศึกษา 2557 จากนั้นจึงตามเก็บข้อมูลกับนิสิตคนเดิมที่สุ่มได้ในกลุ่มตัวอย่างนี้ ในครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 ในปีการศึกษา 2558, 2559 และ 2560 ตามลำดับ รายละเอียดการเก็บข้อมูลการศึกษาแบบบุคคลดังตาราง 7

ตาราง 7 การออกแบบเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาแบบบุคคล (panel study)

| ปีการศึกษา | ครั้งที่ 1 | ครั้งที่ 2 | ครั้งที่ 3 | ครั้งที่ 4 |
|------------|--|--|--|--|
| 2557 | ชั้นปีที่ 1 (กลุ่มตัวอย่าง ที่สุ่มได้) | | | |
| 2558 | | ชั้นปีที่ 2 (สมาชิกคนเดิมที่ เก็บครั้งแรก) | | |
| 2559 | | | ชั้นปีที่ 3 (สมาชิกคนเดิมที่ เก็บครั้งแรก) | |
| 2560 | | | | ชั้นปีที่ 4 (สมาชิกคนเดิมที่ เก็บครั้งแรก) |

จากตารางการออกแบบการวิจัยแต่ละชนิดของการศึกษาระยะยาวจะทำให้ทราบพัฒนาการหรือการเปลี่ยนแปลงที่มีลักษณะแตกต่างกัน โดยการศึกษาแนวโน้ม เป็นการศึกษาวานิสิตที่เข้ามาในแต่ละรุ่นมีความคิดเห็นต่อการแข่งขันฟุตบอลประเพณีแตกต่างกันหรือไม่ หรือเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ซึ่งจะทำให้ทราบเฉพาะความแตกต่าง หรือเปลี่ยนแปลงเท่านั้น แต่จะไม่ทราบการเปลี่ยนแปลงความคิดของนิสิตเมื่อนิสิตมีประสบการณ์มากขึ้นเนื่องจากเป็นกลุ่มตัวอย่าง

คนละกลุ่ม **ส่วนการศึกษาแบบโคฮอร์ต** จะตอบคำถามวิจัยเช่นนี้ได้เพราะเป็นนิสิตกลุ่มเดิม แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาแบบโคฮอร์ตยังมีข้อจำกัดในการตีความความหมายความแตกต่าง หรือการเปลี่ยนแปลงที่พบ กล่าวคือ ไม่สามารถตอบคำถามวิจัยได้อย่างชัดเจนว่าความแตกต่างที่พบมาจากประสบการณ์ที่เกิดจากการเรียนรู้ หรือมาจากฐานความคิดของกลุ่มแต่ละกลุ่มที่แตกต่างกันตั้งแต่แรก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลแต่ละครั้งอาจไม่ใช่สมาชิกคนเดิม ปัญหาเหล่านี้สามารถแก้ไขได้ด้วยการออกแบบการวิจัย **การศึกษาจากบุคคล** ซึ่งกลุ่มตัวอย่างต้องเป็นสมาชิกคนเดิมเท่านั้น และการศึกษาจากบุคคลนี้ยังมีข้อดีเพิ่มขึ้น คือ สามารถอธิบายความแตกต่างที่พบว่ามีมาจากอะไรได้ด้วย เนื่องจากมีการควบคุมตัวแปรเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างบุคคลให้คงที่นั่นเอง

1.2 การศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

การศึกษาภาคตัดขวาง เป็นการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมาจากประชากร 2 กลุ่ม หรือมากกว่าขึ้นไปโดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลเพียงช่วงเดียว การศึกษาแบบนี้มีข้อมูลหลายชุดที่สามารถเปรียบเทียบได้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีหลายกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะของประชากรที่ต้องการศึกษา (สุวิมล ว่องวานิช, 2548, น. 172) เช่น ต้องการศึกษาวานิสิตชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 มีความคิดเห็นต่อการแข่งขันฟุตบอลประเพณีเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาการศึกษาเพียงช่วงเดียว และเก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียวโดยการสุ่มตัวอย่างจากนิสิตทุกชั้นปี รายละเอียดการเก็บข้อมูลการศึกษาภาคตัดขวางดังตาราง 8

ตาราง 8 การออกแบบเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

| ชั้นปี | เก็บข้อมูลกับนิสิตรุ่นที่เข้าศึกษาในปี |
|---------|--|
| ปีที่ 1 | 2560 |
| ปีที่ 2 | 2559 |
| ปีที่ 3 | 2558 |
| ปีที่ 4 | 2557 |

การศึกษาภาคตัดขวางจะทำให้ทราบการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นที่มีต่อการแข่งขันฟุตบอลประเพณีเมื่อนิสิตมีประสบการณ์เพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกันกับการออกแบบการศึกษาแบบโคฮอร์ต และการศึกษาแบบบุคคล แต่ที่แตกต่างกันคือ กลุ่มตัวอย่างนิสิตที่ศึกษาในแต่ละชั้นปีเป็นกลุ่มตัวอย่างคนละกลุ่มกัน

1.3 การศึกษาเหลื่อมเวลาระยะยาว (sequential study)

การศึกษาเหลื่อมเวลาระยะยาว เป็นแบบการวิจัยที่รวมเอาการศึกษาระยะยาว และการศึกษาภาคตัดขวางเข้าด้วยกัน ทำให้ลจุดเด่นที่สำคัญของแต่ละวิธีลง กล่าวคือ การศึกษาระยะยาวต้องใช้เวลาในการศึกษานาน ส่วนการศึกษาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างจะเป็นคนละกลุ่มกัน การออกแบบการวิจัยแบบนี้ทำได้โดยมีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมาจากประชากร 2 กลุ่ม หรือมากกว่าขึ้นไป แล้วทำการติดตาม กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มตลอดช่วงเวลาที่ผู้วิจัยกำหนด และมีช่วงเวลาที่เหลื่อมกัน เช่น ต้องการศึกษาวานิสิตชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 มีความคิดเห็นต่อการแข่งขันฟุตบอลประเพณีเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ผู้วิจัยออกแบบเก็บข้อมูลครั้งแรกพร้อมกันจากกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ต่างกัน (ปีที่ 1 ปีที่ 2 และปีที่ 3) แล้วตามเก็บข้อมูลจากนิสิตทั้ง 3 กลุ่มนี้ตลอดช่วงเวลาที่กำหนดกลุ่มละ 2 ครั้ง ห่างกัน 1 ปี จะทำให้ได้ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับการแข่งขันฟุตบอลประเพณีของนิสิตตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษาเพียง 2 ปี แทนที่จะต้องใช้เวลาถึง 4 ปี ถ้าใช้การศึกษาระยะยาว รายละเอียดการเก็บข้อมูลการศึกษาเหลื่อมเวลาระยะยาว ดังตาราง 9

ตาราง 9 การออกแบบเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาเหลื่อมเวลาระยะยาว (sequential study)

| กลุ่ม | ชั้นปีที่ 1 | ชั้นปีที่ 2 | ชั้นปีที่ 3 | ชั้นปีที่ 4 |
|------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| กลุ่มที่ 1 | เก็บข้อมูลครั้งที่ 1 | เก็บข้อมูลครั้งที่ 2 | | |
| กลุ่มที่ 2 | | เก็บข้อมูลครั้งที่ 1 | เก็บข้อมูลครั้งที่ 2 | |
| กลุ่มที่ 3 | | | เก็บข้อมูลครั้งที่ 1 | เก็บข้อมูลครั้งที่ 2 |

การศึกษาเหลื่อมเวลาแบบระยะยาวจะช่วยให้ลดระยะเวลาในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดิม และมีกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่มในช่วงเวลาเหลื่อมกันเป็นตัวร่วมที่ใช้เป็นฐานในการเปรียบเทียบ และใช้ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนได้ด้วย (สุวิมล ว่องวาณิช, 2548, น. 173)

1.4 การศึกษาแบบ Time-Lag

การศึกษาแบบ Time-Lag เป็นการศึกษาที่มีการเก็บข้อมูลมากกว่า 1 ครั้ง แต่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบโคฮอร์ต มีการเก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียว การศึกษาแบบ Time-Lag รวมลักษณะของการศึกษาระยะยาวและการศึกษาภาคตัดขวางเข้าด้วยกัน ทำให้เห็นพัฒนาการหรือการเปลี่ยนแปลง แม้จะไม่ได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเดิม (สุวิมล ว่องวาณิช, 2548, น. 174) การออกแบบการเก็บข้อมูลการศึกษาแบบ Time-Lag ตามตัวอย่างของ Kirk (1995, p. 13) ที่เก็บข้อมูลการทดสอบความถนัดทางวิชาการประจำปีของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาชั้นปีที่ 4 ดังตาราง 10

ตาราง 10 การออกแบบเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาแบบ Time-Lag

| กลุ่ม | ปีการศึกษา | การวัด ครั้งที่ 1 | การวัด ครั้งที่ 2 | การวัด ครั้งที่ 3 | การวัด ครั้งที่ 4 | การวัด ครั้งที่ 5 |
|----------------|------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| กลุ่ม 1 (ปี 4) | 2557 | O1 | | | | |
| กลุ่ม 2 (ปี 4) | 2557 | | O2 | | | |
| กลุ่ม 3 (ปี 4) | 2558 | | | O3 | | |
| กลุ่ม 4 (ปี 4) | 2559 | | | | O4 | |
| กลุ่ม 5 (ปี 4) | 2560 | | | | | O5 |

การเก็บข้อมูลหลายครั้งตามลักษณะการศึกษาระยะยาว และแต่ละกลุ่ม (cohort) จะมีการเก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียว ซึ่งเป็นลักษณะของการศึกษาภาคตัดขวางนั่นเอง

โดยสรุป การออกแบบการวิจัยเพื่อศึกษาพัฒนาการแต่ละวิธีต่างมีจุดแข็งและจุดอ่อนเช่นเดียวกัน จุดแข็งของการศึกษาระยะยาวเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาภาคตัดขวาง คือ ข้อมูลที่ได้มาจากประชากรกลุ่มเดิม สามารถลดตัวแปรแทรกซ้อนในการสรุปผลได้ แต่มีจุดอ่อนที่สำคัญ คือ ใช้ระยะเวลาในการศึกษานานกว่า มีการเก็บข้อมูลหลายครั้ง ซึ่งอาจทำให้มีปัญหาด้านงบประมาณในการเก็บข้อมูล ตลอดจนการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลครั้งต่อ ๆ มา โดยเฉพาะการศึกษาแบบบุคคล (panel) ส่วนการศึกษาภาคตัดขวาง มีจุดแข็งในด้านประหยัดงบประมาณและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล แต่มีจุดอ่อนในเรื่องการตีความหมายของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้มาจากประชากรเดียวกัน ซึ่งอาจมีข้อมูลพื้นฐาน (base line) ที่ต่างกันอันเนื่องมาจากประชากร การศึกษาเหลื่อมเวลาระยะยาวจะช่วยลดข้อจำกัดของการศึกษาแบบภาคตัดขวางนี้ได้

2. โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง (Latent growth curve models: LGCM)

โมเดลนี้มีพื้นฐานมาจากโค้งพัฒนาการที่ Rao (1958; Tucker, 1958) เสนอแนวคิดการวิเคราะห์องค์ประกอบประเภท component analysis ในการศึกษาแบบแผนการเปลี่ยนแปลงรายบุคคล แบบแผนพัฒนาการแปลจากคะแนนรวม (Composite score) ที่น้ำหนักแต่ละส่วนได้จากการหมุนแกน แต่การวิเคราะห์แบบนี้ไม่สามารถประมาณค่าความแปรปรวนส่วนที่เหลือหรือความคลาดเคลื่อนได้ ต่อมาเมื่อมีผู้ปรับโมเดลนี้อีกหลายครั้ง ล่าสุด Meredith, & Tisak (1990) ประยุกต์ใช้วิธีวิทยาการสมการโครงสร้างที่มีการวิเคราะห์ระดับตัวแปรแฝง เพิ่มการวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนของส่วนที่เหลือและตรวจสอบโมเดลด้วยสมการโครงสร้างเชิงยืนยัน เรียกโมเดลนี้ว่า Latent growth curve models (LGCM) โดยข้อมูลต้องมีลักษณะเป็นโครงสร้างเชิงเวลา (Time-structured data)

ในการวัดพัฒนาการตัวแปรของโมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง มีแนวคิดที่พัฒนาการเชิงเส้นตรงรายบุคคลในการวัด 1 คน เวลา 1 ครั้ง คะแนนการวัดแต่ละครั้ง เป็นคะแนนรวมที่ประกอบด้วย คะแนนความสามารถเริ่มต้น (Initial status หรือ Intercept) อัตราพัฒนาการ (Rate of change หรือ slope) และคะแนนความคลาดเคลื่อนในการวัด เขียนในรูปโมเดลในเชิงคณิตศาสตร์ คือ

$$Y_{(t)} = \eta_1 + \eta_2\beta_{(t)} + E_{(t)}$$

$Y_{(t)}$ = ตัวแปรหรือค่าคะแนนที่สังเกตได้ในการวัดครั้งที่ t

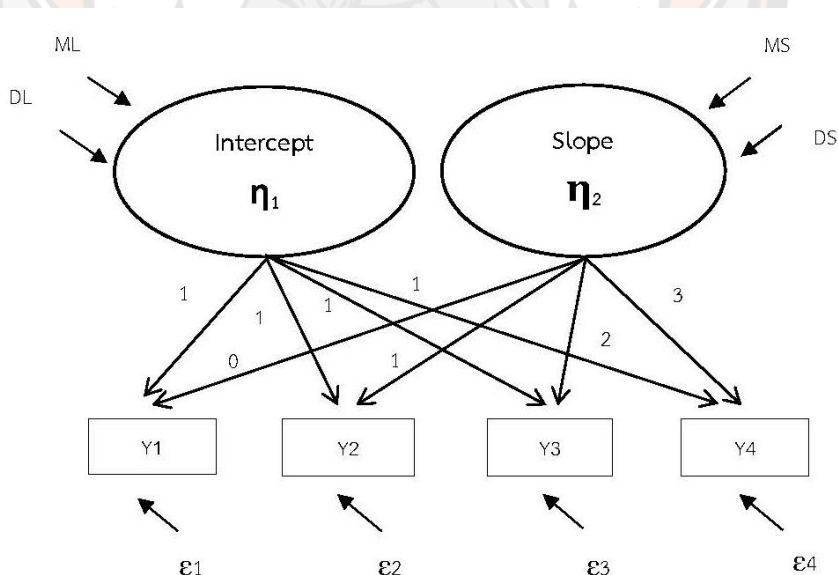
η_1 = ตัวแปรแฝงคะแนนความสามารถเริ่มต้น

η_2 = ตัวแปรแฝงความชันหรืออัตราพัฒนาการ

$\beta_{(t)}$ = สัมประสิทธิ์ของเวลา t

$E_{(t)}$ = ความคลาดเคลื่อน

ในการวิจัยครั้งนี้ ทำการวัดจำนวน 4 ครั้ง เขียนเป็นโมเดลดังภาพประกอบ ภาพ 1



ภาพ 1 โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง (Latent growth curve models: LGCM)

จากโมเดลสามารถกำหนดข้อมูลได้ดังนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในโมเดลที่จะใช้ในการวิจัยครั้งนี้

$Y_{(t)}$ = ตัวแปรหรือค่าคะแนนที่สังเกตได้ในการวัดครั้งที่ t

η_1 = ตัวแปรแฝงคะแนนความสามารถเริ่มต้น

η_2 = ตัวแปรแฝงความชันหรืออัตราพัฒนาการ

$\beta_{(t)}$ = สัมประสิทธิ์ของเวลา t

$E_{(t)}$ = ความคลาดเคลื่อนในการวัดครั้งที่ t

ML = ค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงคะแนนความสามารถเริ่มต้น

MS = ค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงอัตราพัฒนาการ

DL = ส่วนเบี่ยงเบนของตัวแปรแฝงคะแนนความสามารถเริ่มต้น

DS = ส่วนเบี่ยงเบนของตัวแปรแฝงอัตราพัฒนาการ

ชุดของคะแนนการวัดทุกครั้งของแต่ละคน $Y = (y_1, y_2, y_3, \dots, y_m)$ คะแนนการวัดของ 1 คน จำนวน 4 ครั้ง เขียนเป็นโมเดลการวัดที่มีแบบแผนเส้นตรง คือ

$$Y_1 = \eta_1 + \eta_2\beta_1 + E_1$$

$$Y_2 = \eta_1 + \eta_2\beta_2 + E_2$$

$$Y_3 = \eta_1 + \eta_2\beta_3 + E_3$$

$$Y_4 = \eta_1 + \eta_2\beta_4 + E_4$$

เขียนในรูปเมทริกซ์ คือ

$$\begin{pmatrix} Y_1 \\ Y_2 \\ Y_3 \\ Y_4 \end{pmatrix} = \begin{pmatrix} 1 & \beta_1 \\ 1 & \beta_2 \\ 1 & \beta_3 \\ 1 & \beta_4 \end{pmatrix} \begin{pmatrix} \eta_1 \\ \eta_2 \end{pmatrix} + \begin{pmatrix} \epsilon_1 \\ \epsilon_2 \\ \epsilon_3 \\ \epsilon_4 \end{pmatrix}$$

เขียนเป็นสมการเมทริกซ์ได้ คือ $Y = \Lambda\eta + \epsilon$

เมื่อ η เป็นเวกเตอร์คอลัมน์องค์ประกอบร่วมของคะแนนการวัดแต่ละครั้ง (y_t) ประกอบด้วย คะแนนจริงของ Intercept (η_1) และ Slope (η_2)

ϵ เป็นเวกเตอร์คอลัมน์คะแนนส่วนที่เหลือของ y หรือคะแนนความคลาดเคลื่อนในการวัด

Λ เป็นเมทริกซ์น้ำหนักองค์ประกอบ ในแบบแผนพัฒนาการเชิงเส้นตรง มี 2 คอลัมน์ คอลัมน์แรก เป็นค่าน้ำหนักองค์ประกอบของ Intercept ที่ส่งผลต่อคะแนนการวัดแต่ละครั้งเท่ากัน จึงกำหนดค่าทุกครั้งเท่ากับ 1 สำหรับคอลัมน์ที่สองเป็นค่าน้ำหนักองค์ประกอบของ Slope ที่ส่งผลต่อคะแนนการวัดแต่ละครั้งไม่เท่ากัน คือ $\beta_1, \beta_2, \beta_3$ และ β_4 ในการประมาณค่าจึงกำหนดค่าเริ่มต้น

ของการวัดครั้งที่ 1-4 เป็น 0, 1, 2, 3 สำหรับการกำหนดค่าน้ำหนักองค์ประกอบครั้งแรกเป็น 0 เพราะนักเรียนยังไม่เกิดพัฒนาการ และน้ำหนักองค์ประกอบเป็นค่าเชิงสัมพัทธ์จึงกำหนดน้ำหนักครั้งต่อมาเป็น 1 ส่วนน้ำหนักองค์ประกอบ β_3 และ β_4 เป็นพารามิเตอร์ที่ต้องประมาณค่า ถ้าแบบแผนพัฒนาการเป็น Quadratic แล้ว Λ มี 3 คอลัมน์ คือ Intercept, Linear slope และ Quadratic slope จำนวนแถวของ Λ จึงเท่ากับจำนวนครั้งของการวัด และจำนวนคอลัมน์ของ Λ แสดงถึง แบบแผนพัฒนาการ สำหรับคอลัมน์ของ Λ นี้ Meredith and Tisak เรียกว่า Basis function

ดังนั้นในกรณีที่ไม่เดล LGC ไม่เป็นเส้นตรง วิธีการ คือ เพิ่ม Basis function เป็นคอลัมน์ที่ 3 ในเมทริกซ์ Λ เช่น กรณีแบบแผนพัฒนาการ quadratic ต้องเพิ่มคอลัมน์ที่มีสมาชิกเป็น $\beta^2_1, \beta^2_2, \beta^2_3$ และ β^2_4 เรียงลงมาในแต่ละแถว ค่าเริ่มต้นอิทธิพลของ quadratic slope ในคอลัมน์ที่ 3 จึงเป็น 2 เท่าของคอลัมน์ที่ 2

โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงนี้ เป็นโมเดลสมการโครงสร้างที่มีค่าเฉลี่ย สมการโครงสร้างค่า Intercept และ slope รายบุคคลที่เป็นตัวแปรแฝง (η) จะประกอบด้วยค่าเฉลี่ย (μ) และส่วนที่เบี่ยงเบนต่างจากค่าเฉลี่ย (ζ) สมการ คือ

$$|\eta = \mu + \zeta \text{ หรือ } \eta = \mu_i + \zeta \text{ เมื่อ } i \text{ คือ เมทริกซ์เอกลักษณ์}$$

สำหรับค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถเริ่มต้นและค่าเฉลี่ยของอัตราพัฒนาการในการอธิบายการเปลี่ยนแปลง เป็นค่าที่ประมาณได้จากสมการโครงสร้าง ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลของตัวแปรอิสระสมมติ เป็นค่าคงที่ เท่ากับ 1 ที่มีต่อ η_1 และ η_2 ส่วน ζ_1 และ ζ_2 คือ คะแนนเบี่ยงเบนรายคนจากคะแนนเฉลี่ยหรือคะแนนเศษเหลือ

การใช้วิธีวิทยาการสมการโครงสร้างวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและเมื่อทดสอบความสอดคล้องกับโมเดลกับข้อมูล จะทำให้ได้ค่าประมาณพารามิเตอร์ของตัวแปร คือ ค่าเฉลี่ย ความแปรปรวน ความแปรปรวนร่วมระหว่าง Intercept และ Slope ส่วนอัตราพัฒนาการรายบุคคลจะต้องนำค่าพารามิเตอร์ที่ประมาณค่าได้จากสมการโครงสร้างแทนค่าในสมการแล้วนำมาคำนวณอีกขั้นตอนหนึ่ง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยออกแบบการวิจัยเพื่อการศึกษาพัฒนาการ โดยเป็นการศึกษาระยะยาว (Longitudinal study) มีการออกแบบเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาแบบบุคคล (panel study) โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นสมาชิกคนเดิม ตลอดช่วงเวลาการศึกษา จำนวน 3 เดือนของการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยได้ออกแบบการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นการศึกษาพัฒนาการจากการวัด 4 ครั้ง ซึ่งวัดจากกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม วัดซ้ำจำนวน 4 ครั้ง

โดยแต่ละครั้งมีระยะเวลาห่างกัน ทุก 1 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งแรกต้นเดือนมิถุนายน 2563 ครั้งที่ 2 ปลายเดือนมิถุนายน 2563 ครั้งที่ 3 ปลายเดือนกรกฎาคม 2563 และครั้งที่ 4 ปลายเดือนสิงหาคม 2563 จากนั้นนำข้อมูลการวัดแต่ละครั้งมารวมกัน จะทำให้ได้ข้อมูลของนักศึกษาตลอดช่วงระยะเวลาของการศึกษา

ตอนที่ 8 เกณฑ์ปกติ (Norm)

ล้วน สายยศ, และอังคณา สายยศ (2543) กล่าวว่า เกณฑ์ปกติ หมายถึง ข้อเท็จจริงทางสถิติที่บรรยายการแจกแจงของคะแนนจากประชากรที่นิยมไว้อย่างดีแล้ว และเป็นคะแนนตัวที่บอกระดับความสามารถของผู้สอบว่าอยู่ในระดับใดของกลุ่มประชากร แต่ในทางปฏิบัติ ประชากรที่นิยมไว้เป็นอย่างดี (Well Defined Population) เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ดีของประชากร แต่ต้องมีจำนวนมากพอที่จะเป็นตัวแทนของประชากรได้ ไม่เช่นนั้นจะทำให้เกณฑ์ปกติเชื่อมั่นไม่ได้ การสร้างเกณฑ์ปกติจึงขึ้นอยู่กับเกณฑ์ 3 ประการ

1. ความเป็นตัวแทนที่ดี ซึ่งคำนวณจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากร โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสร้าง จัดเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนประชากรมีจำนวนขนาดตัวอย่างที่เพียงพอและเป็นตัวอย่างที่ได้มาจากวิธีการสุ่มที่เหมาะสม ซึ่งการสุ่มกลุ่มตัวอย่างของประชากรที่นิยมทำนั้นสามารถทำได้หลายวิธี เช่น สุ่มแบบธรรมดา สุ่มแบบแบ่งชั้น สุ่มแบบเป็นระบบ หรือสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม เป็นต้น จึงควรเลือกกลุ่มตามความเหมาะสม โดยการพิจารณาประชากรเป็นสำคัญ ถ้าประชากรมีลักษณะเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันไม่มีคุณสมบัติแตกต่างกันมากนัก ใช้วิธีการสุ่มแบบธรรมดา (Stratified Random Sampling) ดีที่สุด ถ้าเป็นลักษณะที่มีสิ่งแตกต่างกันมาก เช่น ขนาดโรงเรียนต่างกัน ระดับความสามารถแตกต่างกันมีผลต่อการเรียน กรณีนี้ควรใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Cluster Random Sampling) ถ้าแต่ละหน่วยการสุ่ม เช่น โรงเรียน ห้องเรียนมีคุณลักษณะไม่แตกต่างกัน แต่แบ่งหน่วยการสุ่มไว้แล้ว การสุ่มแบบนี้ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มจะดีที่สุด 3 วิธีนี้ใช้ในการสุ่มเพื่อสร้างเกณฑ์ปกติมากที่สุด ดังนั้นก่อนสร้างเกณฑ์ปกติต้องวางแผนการสุ่มให้ดีกว่าก่อนเพื่อให้เกณฑ์ปกติเชื่อมั่นได้

2. มีความเที่ยงตรง หมายถึง การนำคะแนนดิบไปเทียบเกณฑ์ปกติที่ทำไว้แล้วสามารถแปลความหมายได้ตรงกับความจริง เช่น คนหนึ่งสอบเลขได้ 20 คะแนนตรงกับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 และตรงกับคะแนน (T) 50 แปลว่าเป็นความสามารถปานกลางของกลุ่ม ความจริงจะเป็นอย่างตัวเลขในเกณฑ์ปกติดังกล่าวได้หรือไม่ นั่น ดังนั้นความสอดคล้องของคะแนนการสอบกับเกณฑ์ปกติตามความเป็นจริง จึงถือว่าเป็นสิ่งสำคัญมากในการแปลความหมายของการสอบแต่ละครั้ง

3. มีความทันสมัย เกณฑ์ปกติขึ้นอยู่กับความสามารถของประชากรกลุ่มนั้น ๆ การพัฒนาคนมีอยู่ตลอดเวลา เทคโนโลยี สภาพแวดล้อม อาหารการกินเหล่านี้ คนจะเก่งขึ้นหรืออ่อนลงได้ ดังนั้นเกณฑ์ปกติที่เคยศึกษาไว้นานแล้วหลายปีอาจมีความผิดพลาดจากความเป็นจริง จำเป็นต้องศึกษาใหม่หรือเปลี่ยนแปลงให้ทันสมัยอยู่เสมอ ๆ โดยทั่วไปแล้วเกณฑ์ปกติควรจะเปลี่ยนทุก ๆ 5 ปี

สรุปได้ว่า การสร้างเกณฑ์ปกติจึงขึ้นอยู่กับเกณฑ์ 3 ประการ ได้แก่ ความเป็นตัวแทนที่ดี มีความเที่ยงตรง และมีความทันสมัย

1. ประเภทของเกณฑ์ปกติ

เกณฑ์ปกติเป็นส่วนประกอบสำคัญของเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน ใช้สำหรับตีความหมายคะแนนที่ได้จากการวัด ทำให้ทราบระดับพฤติกรรมของผู้ถูกวัดโดยไม่ต้องเปรียบเทียบกับคะแนนของผู้อื่นที่วัดพร้อมกัน เพราะการตีความหมายใช้การอ้างอิงเกณฑ์ปกติที่สร้างขึ้น ดังนั้นการจะพัฒนาแบบวัดจำเป็นต้องพัฒนาเกณฑ์ปกติที่ใช้ตัดสินหรือเปรียบเทียบระดับของพฤติกรรมของผู้ถูกวัดให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน (ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์, 2547) ในการแบ่งหรือจำแนกประเภทของเกณฑ์ปกตินั้นสามารถแบ่งได้ตามลักษณะของประชากรและตามลักษณะของการใช้สถิติ การเปรียบเทียบโดยการแบ่งประเภทของเกณฑ์ปกติตามลักษณะของประชากร แบ่งได้ดังนี้ (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ, 2543; ศิริชัย กาญจนवासี, 2552; เขาวดี รวงชัยกุล วิบูลย์ศรี, 2552)

1. กลุ่มของเกณฑ์ปกติ

กลุ่มเกณฑ์ปกติเป็นกลุ่มตัวอย่างของผู้สอบซึ่งเป็นตัวแทนของประชากรที่เครื่องมือนี้ต้องการวัด ทั้งนี้เครื่องมือใด ๆ สามารถมีกลุ่มเกณฑ์ปกติได้หลายกลุ่ม ดังนี้

1.1 เกณฑ์ปกติระดับชาติ (National Norms) การพัฒนาเกณฑ์ปกติระดับชาตินั้นใช้ประชากรที่นิยามไว้มากมายทั่วประเทศ เช่น หาเกณฑ์ปกติของวิชาคณิตศาสตร์ ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ระดับชาติ ก็ต้องสอบนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ทั่วประเทศ หรือสุ่มตัวอย่างที่ครอบคลุมทั่วประเทศ จำนวนนักเรียนที่จะต้องสอบจึงมีมาก เพื่อให้รู้ว่าสร้างเมื่อปี พ.ศ.ใด ก็ต้องกำหนดเดือนปีการสร้างไว้ด้วย เพื่อคนใช้เกณฑ์ปกติจะได้รู้ว่าทันสมัยหรือไม่

1.2 เกณฑ์ปกติระดับท้องถิ่น (Local Norms) เป็นการพัฒนาเกณฑ์ปกติระดับเล็กลงมา เช่น ระดับจังหวัด หรือระดับอำเภอ การพัฒนาเกณฑ์ปกติระดับนี้ ค่าใช้จ่ายจะน้อยลง และเป็นประโยชน์ในการเปรียบเทียบคะแนนของผู้สอบกับคนทั้งจังหวัดหรืออำเภอ ในการจัดการศึกษา บางครั้ง จังหวัดแต่ละจังหวัดอาจมีเนื้อหาวิชาบางวิชาไม่เหมือนกัน โดยเฉพาะทางด้านวิชาชีพบางจังหวัดเน้นด้านเกษตรกรรม บางจังหวัดเน้นด้านอุตสาหกรรม บางจังหวัดเน้นการทำประมง เป็นต้น วิชาที่มีการเน้นแตกต่างกัน การสร้างเกณฑ์ปกติระดับท้องถิ่นจะมีประโยชน์มาก แต่วิชาพื้นฐานอื่น ๆ ก็สามารถหาเกณฑ์ปกติระดับท้องถิ่นได้เหมือนกัน เพื่อประโยชน์ในการเปรียบเทียบความสามารถใน

วิชาการของนักเรียนคนหนึ่งกับคนทั้งจังหวัด หรืออำเภอกว่าเด็กคนหนึ่งสอบแล้วจะอยู่ในระดับใด เก่งหรืออ่อนกว่าคนอื่นเพียงใด เพื่อหาทางปรับปรุงแก้ไขได้

1.3 เกณฑ์ปกติของโรงเรียน (School Norms) โรงเรียนบางแห่งมีขนาดใหญ่ นักเรียนแต่ละชั้นมีจำนวนมาก เวลาสร้างข้อสอบแต่ละวิชา แต่ละระดับชั้นได้ดีมีมาตรฐานแล้ว จะสร้างเกณฑ์ปกติของโรงเรียนตนเองได้ กรณีสร้างเกณฑ์ปกติของโรงเรียนเดี่ยวหรือกลุ่มโรงเรียนในเครือ เรียกว่า เกณฑ์ปกติของโรงเรียน ใช้ประเมินเปรียบเทียบกับนักเรียนแต่ละคนกับนักเรียนส่วนรวมของโรงเรียนและใช้ประเมินการพัฒนาของโรงเรียนได้ด้วย โดยดูจากการศึกษาว่าแต่ละปี เติบโตหรือด้อยกว่าปีที่สร้างเกณฑ์ปกติเอาไว้

สรุปได้ว่า การสร้างเกณฑ์ปกติจึงขึ้นอยู่กับเกณฑ์ 3 ประการ ได้แก่ ความเป็นตัวแทนที่ดี มีความเที่ยงตรง และมีความทันสมัย

2. หลักการทางสถิติในการสร้างเกณฑ์ปกติ

หลักการทางสถิติในการสร้างเกณฑ์ปกติ มีรายละเอียดดังนี้

1. เกณฑ์ปกติเปอร์เซ็นต์ไทล์ (Percentile Norms) เกณฑ์แบบนี้สร้างจากคะแนนดิบที่มาจากประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดี แล้วดำเนินการตามวิธีการสร้างเกณฑ์ปกติ แต่พหาค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ก็หยุดแค่นั้น เกณฑ์ปกติแบบนี้เป็นคะแนนจัดอันดับเท่านั้น จะนำไปवलกลับกันไม่ได้ แต่สามารถเปรียบเทียบและแปลความหมายได้ เช่น เด็กคนหนึ่งสอบได้ 25 คะแนนไปเทียบกับเกณฑ์ปกติตรงกับตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 80 แสดงว่าเขามีความสามารถเหนือคนอื่น 80 เกณฑ์เปอร์เซ็นต์ไทล์ใช้ควบคู่กับเกณฑ์ปกติคะแนนมาตรฐานอื่นอยู่เสมอ เพราะแปลผลได้ง่ายไม่ซับซ้อน

2. เกณฑ์ปกติคะแนนที (T-score Norms) นิยมใช้กันมากเพราะเป็นคะแนนมาตรฐานสามารถนำมาवलกลับและค่าเฉลี่ยได้ มีค่าเหมาะสมในการแปลความหมาย คือ มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 100 มีคะแนนเฉลี่ย 50 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10

3. เกณฑ์ปกติสเตนไนท์ (Stanines Norms) คะแนนแบบนี้เป็นคะแนนมาตรฐานชนิดหนึ่ง แต่มีค่าเพียง 9 ตัว (Standard nine points) ค่าตั้งแต่ 1 ถึง 9 คะแนน เฉลี่ยอยู่ที่ 5 คะแนน มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2 คะแนน วิธีการหาค่าจะเทียบจากเปอร์เซ็นต์ของความถี่ที่คะแนนเรียงตามค่าจะสะดวกกว่า

4. เกณฑ์ปกติตามอายุ (Age Norms) แบบทดสอบมาตรฐานบางอย่างหาเกณฑ์ปกติตามอายุเพื่อดูพัฒนาการในเรื่องเดียวกันว่า อายุต่างกันจะมีพัฒนาการอย่างไร โดยส่วนมากแบบทดสอบวัดเชาว์ปัญญา และความถนัดจะหาเกณฑ์ปกติโดยวิธีนี้ ส่วนแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์จะหาเฉพาะแบบทดสอบวิชาที่เป็นพื้นฐาน เช่น ภาษาและคณิตศาสตร์ เป็นต้น และค่านึงว่าเนื้อหาจะต้องไม่มีผลต่อระดับอายุ เช่น เรื่องคำศัพท์ สามารถหาได้ตั้งแต่อายุ 5 ปี ถึง 20 ปี ทั้งนี้เพื่อจะดูว่า

คำศัพท์ที่กำหนดไว้จำนวนหนึ่งนั้น ถ้านักเรียนคนหนึ่งอายุ 10 ปี สอบได้จำนวนหนึ่ง เมื่อเทียบกับเกณฑ์ปกติ น่าจะเป็นความสามารถด้านคำศัพท์กับอายุเท่าใด อาจจะเท่ากับเด็กอายุ 8 ปี 10 ปี หรือ 15 ปี

5. เกณฑ์ปกติระดับชั้น (Grade Norms) เป็นการหาเกณฑ์ปกติตามระดับชั้นว่าคะแนนเท่าไรควรจะอยู่ระดับชั้นไหนจึงจะเหมาะสม แบบทดสอบที่จะทำเกณฑ์ปกติชนิดนี้ได้จะต้องเป็นเนื้อหาเดียวกัน ดังนั้น การวัดที่มีเนื้อหาแตกต่างกันตามระดับชั้นจะทำไม่ได้ ทำให้ไม่รู้ว่าจะเปรียบเทียบแปลผลว่าอย่างไร วิชาที่นิยมมักจะเป็นวิชาพื้นฐาน เช่น คำศัพท์ คณิตศาสตร์เบื้องต้น แบบทดสอบก็ต้องออกความรู้ ความสามารถที่กว้าง เช่น คำศัพท์ก็ให้ครอบคลุม ตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 แล้วศึกษาดูว่าระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จะได้กี่คะแนน ปีที่ 2 จะได้กี่คะแนนไปเรื่อย ๆ จนถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 จะได้กี่คะแนน โดยมากแต่ละระดับชั้นก็จะเป็นช่วงคือ การแจกแจงของคะแนนจะซ้อนทับกันเป็นระยะไป เมื่อสร้างเสร็จแล้ว ถ้าเด็กคนหนึ่งมาสอบแบบทดสอบฉบับนี้ได้คะแนน 20 คะแนน และกำลังเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 แต่เมื่อเทียบแล้วเท่ากับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จะได้นำไปพัฒนาต่อไป

จากการศึกษาหลักการทางสถิติในการสร้างเกณฑ์ปกติ ดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า หลักการทางสถิติในการสร้างเกณฑ์ปกติ มี 5 เกณฑ์ ได้แก่ เกณฑ์ปกติเปอร์เซ็นต์ไทล์ เกณฑ์ปกติคะแนนที่ เกณฑ์ปกติ สเตนไทท์ เกณฑ์ปกติตามอายุ และเกณฑ์ปกติระดับชั้น

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างเกณฑ์ปกติอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามหลักการทางสถิติของเกณฑ์ปกติเปอร์เซ็นต์ไทล์ (Percentile Norms) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ (Percentile Rank) และนำมาเปรียบเทียบกับตารางเทียบตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์เป็นคะแนนที่ปกติ (Normalized T-score)

ตอนที่ 9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา และความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาด้วยกัน โดยมียุทธศาสตร์ดังนี้

1. เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องให้บริการด้านสุขภาพแก่สังคม ต้องอาศัยความอดทนอดกลั้นในการประกอบอาชีพ เนื่องจากเป็นภาระงานที่ต้องพบปะกับประชาชนที่มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ดังนั้นการที่พยาบาลจะอยู่ในวิชาชีพได้ยาวนานและมีความสุข จะต้องได้รับการปลูกฝังให้มีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล

ในการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาเจตคติของนักศึกษาพยาบาลนั้นต้องคำนึงถึงสิ่งเร้าที่ส่งผลต่อเจตคติต่อวิชาชีพในขณะที่มีการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เริ่มตั้งแต่ท่าทีการแสดงพฤติกรรมของอาจารย์ โดยนักศึกษาจะสังเกตท่าที ความรู้สึกและพฤติกรรมของอาจารย์ จนเกิดเป็นเจตคติต่อวิชาชีพ ดังนั้นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในแหล่งฝึก การมอบหมายงานท่าทีของพยาบาลที่นักศึกษาจะต้องมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ตลอดจนสิ่งแวดล้อมทุก ๆ อย่างในแหล่งฝึก ซึ่งจะต้องยึดการปฏิบัติและพฤติกรรมการแสดงออกในรูปของวิชาชีพ เพื่อให้ศึกษามีความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ

เจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาล หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึก และความตั้งใจหรือแนวโน้มในการปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อวิชาชีพพยาบาลทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้และประสบการณ์การจัดการเรียนการสอน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ประเมินเจตคติโดยแบบวัดเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลของเพลินตา พรหมบัวศรี (2545) ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้านคือ

1. ด้านการยอมรับในสังคม

ส่วนใหญ่ผู้ที่เรียนพยาบาลมักจะเป็นผู้หญิง ซึ่งมักจะถูกมองเกี่ยวกับภาพพจน์ในสถานะทางสังคม การใช้แรงงานในวิชาชีพ การทำงานที่อยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์และโรงพยาบาล ไม่มีความเป็นอิสระ (Mc.Closkey, 1994) พยาบาลให้การยอมรับคนในวิชาชีพเดียวกัน ในฐานะผู้ปฏิบัติที่มีความชำนาญ แต่สังคมยังคงมีภาพพจน์ของพยาบาลว่าเป็นผู้ทำตามคำสั่งแพทย์ (Kiger, 1993) นอกจากนั้นยังพบว่า การรับรู้ของคนทั่วไปมองว่า คนที่ฉลาดจะได้เรียนแพทย์ ส่วนคนที่ไม่ฉลาดจะได้เรียนพยาบาล (Gaze, 1991) ซึ่งเป็นการรับรู้ในแง่ลบ และจากการสำรวจความคิดเห็นของคนไทยก็พบว่า เป็นวิชาชีพที่น่าสงสาร คือ ชาติอิสระ ต้องรับผิดชอบสูง ทำงานหนัก ชาติแรงจูงใจ ค่าตอบแทนไม่คุ้มค่า นอกจากนี้ยังเสี่ยงต่อการติดโรคต่าง ๆ ด้วย

ดังนั้นจะเห็นว่าสังคมยังไม่ให้การยอมรับวิชาชีพการพยาบาลเท่าที่ควร จึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรในวิชาชีพทั้งด้านการศึกษา การบริหาร และการบริการที่ต้องร่วมกันเสริมสร้างความรู้สึกที่ดีของสังคมที่มีต่อวิชาชีพพยาบาล โดยการพัฒนาองค์ความรู้ ทำการวิจัยเพื่อค้นคว้าหาคำตอบเพื่อดูแลผู้รับบริการที่มีคุณภาพและแตกต่างจากวิชาชีพอื่น รวมทั้งการปลูกฝังความรู้สึกที่ดีและเกิดการยอมรับในวิชาชีพในขณะที่เป็นนักศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นกำลังสำคัญในวิชาชีพต่อไป

2. ด้านลักษณะวิชาชีพ

วิชาชีพการพยาบาลต้องเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของชีวิตมนุษย์และมีความสุขที่ดีของประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ลักษณะงานตามการรับรู้ของนักศึกษา คือ พยาบาลจะต้องทำงานที่เกี่ยวข้องทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีงานในความรับผิดชอบมาก ทำให้

เกิดความเครียด ภาพของพยาบาลจึงมีทั้งดีและไม่ดี สิ่งที่ดีคือการดูแลและช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น มีความพึงพอใจที่ได้ทำงานนี้ และมีพื้นฐานการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น

การอธิบายลักษณะเฉพาะของวิชาชีพพยาบาล มีดังนี้

1. วิชาชีพการพยาบาลเป็นการให้บริการแก่สังคม ด้านการช่วยดำรงรักษาสุขภาพอนามัยที่ดีของมนุษย์ การปฏิบัติการพยาบาลจึงต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญทางวิทยาศาสตร์ ความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ การพิจารณาไตร่ตรอง ทบทวนและควบคุมลักษณะของการปฏิบัติหน้าที่ อยู่เสมอ

2. วิชาชีพการพยาบาลเป็นการปฏิบัติต่อมนุษย์โดยตรง ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ดังนั้นความเข้าใจในธรรมชาติของมนุษย์ในฐานะสิ่งมีชีวิต จิตใจและคุณค่า จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด และเป็นพื้นฐานของจริยธรรม

3. วิชาชีพการพยาบาลเป็นการปฏิบัติต่อธรรมชาติของบุคคลแตกต่างกัน กระบวนการของการพยาบาลเป็นความพยาบาลที่จะเข้าใจมนุษย์ ซึ่งบุคคลแต่ละคนย่อมมีลักษณะเฉพาะตัว ลักษณะของแต่ละคนจึงมีความแตกต่างกัน การเข้าไปสัมผัสผู้ป่วยแต่ละราย จึงต้องมีการวางแผนการพยาบาล โดยในขณะที่มีการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล จึงต้องมีการสังเกต บุคลิกลักษณะของผู้ป่วยแต่ละบุคคล

4. วิชาชีพการพยาบาลเป็นการปฏิบัติที่เข้าไปมีส่วนร่วมกับผู้ป่วย และเข้าไปสัมผัสรับรู้และมีส่วนร่วมในประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วย เข้าใจในลักษณะ ความคิด ความเชื่อ และรูปแบบชีวิตของผู้ป่วย จะทำให้เกิดความรู้สึกเชื่อถือและเป็นการลดช่องว่างระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยลง

5. วิชาชีพการพยาบาลเป็นการปฏิบัติที่อาศัยรูปแบบความสัมพันธ์แบบร่วมมือกับผู้ป่วย พยาบาลจะต้องทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย หรือการให้คำแนะนำเพื่อเลือกแนวทางการตัดสินใจแก่ผู้ป่วย โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย ความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ความรู้ทัศนคติตลอดจนความเชื่อของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการออกความคิดเห็นและตัดสินใจ

6. วิชาชีพการพยาบาลต้องใช้รูปแบบความสัมพันธ์ที่ต้องใช้ศิลปะของการเอื้ออาทร (caring) พยาบาลต้องปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเข้าใจผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง ให้ความเคารพในศักดิ์ศรี สิทธิ อารมณ์ และความรู้สึกของผู้ป่วย โดยแสดงออกทางคำพูด การสัมผัส กิริยาท่าทาง ตลอดถึงสีหน้า แววตา

7. วิชาชีพการพยาบาลเป็นการให้บริการตอบสนองต่อความต้องการการช่วยเหลือของบุคคล ทั้งความทุกข์จากโรคภัยไข้เจ็บ หรือความทุกข์ทางด้านจิตใจ พยาบาลต้องมีความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการช่วยเหลือของบุคคลแต่ละคน

8. ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เป็นความเข้าใจในความรู้สึกของกันและกัน ทำให้มีการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดผลดีตามมา

9. วิชาชีพการพยาบาล จะต้องใช้ความรู้เกี่ยวกับมนุษย์ นอกเหนือจากการใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ในการเผชิญปัญหา การแก้ปัญหา ผสมผสานกับมนุษยธรรม ศิลปะและความชำนาญ ความรู้เกี่ยวกับภาวะของความเป็นมนุษย์เป็นสิ่งสำคัญที่สุด ซึ่งจะช่วยทำให้พยาบาลสามารถอธิบายได้ถึงสภาพและลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละคน รวมถึงการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วย

10. วิชาชีพการพยาบาลต้องมีพื้นฐานความเชื่อในเรื่องคุณค่า ลักษณะเฉพาะตัว คักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของแต่ละบุคคล พยาบาลต้องรู้จักและตระหนักในตนเอง จึงจะสามารถตระหนักและเข้าใจบุคคลอื่นได้

3. ด้านการปฏิบัติงานในวิชาชีพ

การปฏิบัติงานในวิชาชีพการพยาบาล ต้องหมั่นเวียนกันเพื่อให้บริการผู้ป่วยตลอดเวลา ซึ่งเป็นบทบาทหลักที่สำคัญของวิชาชีพการพยาบาลซึ่งจะต้องครอบคลุมทั้งด้านการดูแลรักษา การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพ งานพยาบาลเป็นงานที่หนักและก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ปฏิบัติงานสูง โดยเฉพาะจากสาเหตุที่ต้องปฏิบัติงานเวรกลางคืนซึ่งต้องเป็นเวลาพักผ่อน

4. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางสุขภาพและผู้อื่นเป็นจำนวนมาก พยาบาลจึงต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลทุกระดับเพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากที่สุด ดังนี้

1. พยาบาลกับแพทย์ โดยการเคารพต่อหน้าที่ของกันและกัน ให้เกียรติและเป็นมิตรต่อกัน โดยพยาบาลปฏิบัติในฐานะสมาชิกคนหนึ่งในที่ปรึกษาและให้ความเอื้อเฟื้อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2. พยาบาลกับผู้ป่วย พยาบาลต้องรักษาไว้ซึ่งความเป็นที่พึงแก่ผู้ป่วย เข้าใจ เห็นใจ ให้ความเคารพในสิทธิมนุษยชนของผู้ป่วย ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยกิริยาวาจาที่ดี ตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วยว่าเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในอาชีพนี้

3. พยาบาลกับพยาบาล มีความรู้สึกเป็นสมาชิกร่วมหมู่คณะ เคารพในหน้าที่ ความรับผิดชอบของกันและกัน ปฏิบัติต่อหน้าทีอย่างมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน มีความสามัคคีร่วมมือซึ่งกันและกัน

4. พยาบาลกับเจ้าหน้าที่อื่น ๆ รู้จักเคารพต่อหน้าที่ของกันและกัน ติดต่oprะสานงานกันด้วยดีระหว่างหน่วยงานนั้น ๆ มีอัธยาศัยไมตรีที่ดีต่อกัน ร่วมมือกันในการสร้างมาตรฐานและชื่อเสียงอันดีต่อหน่วยงานของตน

5. ด้านความก้าวหน้าในวิชาชีพ

พยาบาลสามารถศึกษาต่อได้ถึงระดับปริญญาโทและปริญญาเอกทั้งในและต่างประเทศ รวมทั้งมีหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางซึ่งสามารถเลือกศึกษาได้ในหลายสถาบันการศึกษาทางการพยาบาล

6. ด้านองค์การวิชาชีพ

องค์การวิชาชีพเป็นสถาบันที่จะช่วยให้วิชาชีพมีเกียรติและศักดิ์ศรี ช่วยยกวิทยฐานะของวิชาชีพ ทำให้เป็นวิชาชีพที่เท่าเทียมกับวิชาชีพอื่นในสังคม

องค์กรของวิชาชีพการพยาบาลของประเทศไทยในปัจจุบัน ได้แก่ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย และสภาการพยาบาล ที่ตั้งขึ้นเพื่อดูแลกำหนดมาตรฐานการศึกษา การบริหาร เศรษฐกิจและสวัสดิการทั่วไป พยาบาลทุกคนจึงเป็นสมาชิกของทั้งสององค์กรนี้

2. ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา

เมื่อกล่าวถึงกระบวนการเรียนการสอน สัมพันธภาพระหว่างอาจารย์กับนักศึกษาถือเป็นสิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่กระบวนการเรียนการสอน การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างอาจารย์กับนักศึกษามีอิทธิพลมากต่อการปรับตัว หากเกิดปฏิสัมพันธ์ในทางบวกก็จะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และการปรับตัวที่ดี แต่ถ้าหากเกิดปฏิสัมพันธ์ในทางลบก็อาจทำให้ผู้เรียนเกิดความคับข้องใจ วิตกกังวลและปรับตัวไม่ได้ สอดคล้องกับ Obestuffer (1994) ที่กล่าวว่า อาจารย์เป็นศูนย์กลางที่สำคัญในห้องเรียน เพราะอาจารย์จะต้องสังเกตดูนักศึกษาในเรื่องความคับข้องใจและความสำเร็จ การขาดความรัก ความอบอุ่น และไม่สามารถเผชิญกับความจริงเมื่อนักศึกษามีปัญหาสุขภาพจิต อาจารย์จะต้องให้ความช่วยเหลือให้นักศึกษามีพัฒนาการทางสังคมและจิตใจที่เหมาะสม Bevis (1973) ได้เสนอแนะว่าการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในระดับอุดมศึกษาและระดับวิชาชีพ ผู้สอนควรยึดหลักวิชาการซึ่งมีผลมาจากการศึกษาค้นคว้าวิจัยมาเป็นหลักในการวางแผนการสอนและการจัดเตรียมเนื้อหาวิชาต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดประสบการณ์การเรียนการสอนควรจะเน้นกระบวนการเรียนให้มากขึ้น และสอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน เนื่องจากอาจารย์ผู้สอนเป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อการสอนทั้งในห้องเรียนและนอกห้องเรียน อาจารย์เป็นผู้ส่งเสริมพฤติกรรมด้านการสร้างสรรค์ โดยเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้แสดงความรู้ความสามารถ แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการสอน โดยอาจารย์เป็นผู้ชี้แนะให้เหมาะสมกับลักษณะเนื้อหาวิชาและสภาพของนักศึกษา ดังนั้นอาจารย์พยาบาลควรลักษณะ ดังนี้

1. คำนึงถึงความรู้สึกและความต้องการของนักศึกษา รวมถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อนักศึกษา
2. ทราบเกี่ยวกับทัศนคติและสภาพแวดล้อมของนักศึกษา
3. อนุญาตให้นักศึกษาเลือกวิธีการและกิจกรรมที่นักศึกษาคิดว่าจะ เป็นประโยชน์และประสบความสำเร็จในการเรียนของนักศึกษาเองได้อย่างอิสระ

4. มีความรู้และสามารถเชื่อมโยงประสบการณ์หรือความรู้ให้กลมกลืนสอดคล้องกับสถานการณ์จริง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษา กับเพื่อน

วัยรุ่นเป็นวัยที่แสวงหาตัวตนที่แท้จริงผ่านการเลียนแบบตามทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคม ซึ่ง Erikson (1963) ได้อธิบายลักษณะความขัดแย้งทางจิตใจว่าตรงกันกับลักษณะ “Identity and Identity diffusion” โดยมีกลุ่มบุคคลที่เป็นศูนย์กลางของวัย คือ กลุ่มเพื่อนรุ่นเดียวกัน เพื่อนต่างกลุ่ม หรือผู้ที่วัยรุ่นนับถือเป็นแบบอย่าง ดังนั้นการละทิ้งภาพของตนเองจากความเป็นเด็กเพื่อเข้าถึงภาพตนเองที่เป็นผู้ใหญ่ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยการสะท้อนภาพจากกลุ่มอ้างอิง (Reference group) ที่สำคัญในวัยนี้คือ กลุ่มเพื่อน วัยรุ่นมักจะคลุกคลีกับเพื่อนเพศเดียวกัน วัยรุ่นต้องการเป็นที่ยอมรับของเพื่อน ต้องการทำให้ตัวให้เหมือนกับเพื่อน ลอกเลียนลักษณะไม่ว่าจะเป็นเรื่องการแต่งกาย ทรงผม ภาษาหรือท่าทาง ดังนั้นลักษณะของเพื่อนที่วัยรุ่นคบจึงบอกความรู้สึกถึงภาพพจน์ของตนเอง เพราะวัยรุ่นจะเลือกคบเพื่อนที่คล้ายตนเอง ซึ่งการคบเพื่อนมีผลให้วัยรุ่นมีลักษณะดังนี้

1. เริ่มเรียนรู้ที่จะคำนึงถึงความรู้สึก ความต้องการของผู้อื่น ซึ่งแสดงถึงการเรียนรู้วุฒิภาวะทางอารมณ์
2. เริ่มเรียนรู้ในการวางตัวในบทบาทที่เหมาะสมกับเพศของตน ช่วยให้ความรู้สึกมั่นคงในความเป็นชายและเป็นหญิงของตน ไม่ประหม่า อึดอัด หรือปรับตัวไม่ได้เมื่ออยู่ต่อหน้าเพื่อนต่างเพศ
3. เริ่มเรียนรู้บทบาทหรือสถานะของเขาในสังคม เช่น เป็นผู้นำหรือผู้ตาม หรือมีบทบาทอย่างไร ช่วยให้เกิดความภาคภูมิใจ มั่นใจ และมีความนับถือตนเอง ซึ่งมีความสำคัญต่อสุขภาพจิตหรืออนาคตของวัยรุ่น
4. วัยรุ่นชอบอยู่อย่างโดดเดี่ยว แยกตัว ไม่ใส่ใจที่จะมีเพื่อนสนิท อาจเป็นวัยรุ่นที่มีปัญหาขาดทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์หรือมีภาพพจน์ของตนเองในทางลบ มีภาวะซึมเศร้า มีปมด้อยหรือถึงขั้นเป็นโรคจิตประสาทได้

ดังนั้นสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เพราะจะทำให้วัยรุ่นสามารถปรับตัวให้เข้ากับเพื่อน สังคม และสิ่งแวดล้อมได้ดี ซึ่งจะส่งผลให้มีแนวโน้มทางการเรียนสูงกว่าวัยรุ่นที่ประสบปัญหาในการปรับตัวให้เข้ากับเพื่อนและสิ่งแวดล้อม

ตอนที่ 10 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจในการพัฒนาแบบวัดอัตลักษณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยออกแบบการวิจัยเป็นการศึกษา

โค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง ซึ่งจากการศึกษาตามแนวคิดทฤษฎี ข้อค้นพบจากการศึกษาเอกสาร ตำรา บทความวิชาการ ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ เกี่ยวกับ อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล วิธีการวัดพัฒนาการ แนวใหม่ ตลอดจนการวิเคราะห์โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง ผู้วิจัยได้พัฒนาเป็นกรอบแนวคิด ในการวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ในการวิจัยครั้งนี้ ครอบคลุมสาระเกี่ยวกับ องค์ประกอบพัฒนาการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ การวัดลักษณะการบริการสุขภาพ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ตัวแปรที่ส่งผลต่อการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ดังนี้

1. องค์ประกอบอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

จากการทบทวนเอกสารแนวคิดทฤษฎี ข้อค้นพบจากการศึกษาเอกสาร ตำรา บทความ วิชาการ ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ เกี่ยวกับอัตลักษณ์การบริการ สุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล พบว่ามีแนวคิดที่เกี่ยวข้องดังนี้

1.1 แนวคิดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของสถาบัน พระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ จิตบริการ (Service Mind) การคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking) และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Participation) (สถาบันพระบรมราชชนก, 2554)

1.2 แนวคิดการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanistic Nursing) เชื่อว่า พยาบาลและผู้รับบริการแต่ละคนมีความเป็นตัวตนเฉพาะ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิม สภาพปัจจุบัน ความหวัง ความฝันถึงอนาคต รวมทั้งประสบการณ์ที่บุคคลได้รับตลอดช่วงชีวิตขณะที่พยาบาล ปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการต้องแสดงออกอย่างจริงใจ ไม่เสแสร้ง เปิดเผย จริงใจ ตระหนักในความ ต้องการและเข้าใจผู้รับบริการ (Kleiman, 2009)

1.3 แนวคิดภาวะผู้นำใฝ่บริการ (Servant Leadership) สำคัญสำคัญของทฤษฎี คือ ความต้องการช่วยเหลือผู้อื่นที่เป็นความรู้สึกที่แท้จริงจากจิตสำนึก (Conscious) การกระตุ้นและ สนับสนุนให้ผู้คนได้ค้นพบและพัฒนาความสามารถ ความต้องการของตนเองให้เจริญงอกงามในฐานะ บุคคลมีสุขภาพดี ฉลาด เป็นอิสระและมีจิตสำนึกในการรับใช้ผู้อื่นเพื่อประโยชน์ของส่วนรวม คุณลักษณะของภาวะผู้นำ ใฝ่บริการ ได้แก่ การฟัง (Listening) การสร้างกระบวนทัศน์ (Conceptualization) การรู้สึกร่วม (Empathy) การเยียวยา (Healing) การตระหนักรู้ (Awareness) การโน้มน้าวใจ (Persuasion) การมองการณ์ไกล (Foresight) การให้การดูแล (Stewardship) การมุ่งมั่นพัฒนาบุคคล (Commitment to the Growth of People) การสร้างชุมชน (Building Community) (Greenleaf, 2005)

สำหรับแนวคิดทฤษฎีหลักในการกำหนดองค์ประกอบหลักของอัตลักษณ์การบริการ สุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีดังนี้

1. องค์ประกอบหลักด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล องค์ประกอบหลักด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยอาศัยแนวคิดหลัก 4 แนวคิด ได้แก่ 1) แนวคิดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 (สภาการพยาบาล, 2553) 2) แนวคิดจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล (Fry, Sarah, & Johnstone, 2008) 3) ทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทรของวัตสัน (Watson, 2012) และ 4) แนวคิดคุณภาพการให้บริการ SERVQUAL (Behavioral Consequences of Service Quality) ของพาราสุรามาน เบอร์รี่ และซีแธมล์ (Parasuraman, Berry, & Zeithaml, 1991)

1.1 ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ อาศัยแนวคิดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติ วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 ทั้งนี้เพื่อให้การบริการแก่ผู้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลได้มาตรฐาน มีศักยภาพในการพัฒนาตนเอง พัฒนางาน และพัฒนาวิชาชีพ ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย 2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล 3) ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ 4) ด้านภาวะผู้นำ การจัดการและการพัฒนาคุณภาพ 5) ด้านวิชาการและการวิจัย 6) ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ 7) ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ และ 8) ด้านสังคม (สภาการพยาบาล, 2553) และแนวคิดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพของสหรัฐอเมริกา ได้แก่ ทักษะการประเมิน สภาพผู้รับบริการและการพยาบาล ทักษะการสื่อสาร ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการดูแลอย่างเอื้ออาทรและสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทักษะการบริหารจัดการ ทักษะการมีภาวะผู้นำ ทักษะการสอน และทักษะการนำความรู้ไปบูรณาการกับการปฏิบัติการพยาบาล (American Nurses Association Continuing Education, 2010)

1.2 ด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ อาศัยแนวคิดจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 4 ประการ ได้แก่ การทำหน้าที่แทนผู้ป่วย (Advocacy) ความรับผิดชอบ (Responsibility) ความร่วมมือ (Cooperation) และความเอื้ออาทร (Caring) (Fry, Sarah, & Johnstone, 2008) และจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล ฉบับปี พ.ศ. 2546 มี 9 ข้อ เน้นเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพด้วยความ รับผิดชอบ มีความเมตตากรุณา เคารพในคุณค่า มีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพ มีความยุติธรรมและความเสมอภาค มีความมุ่งมั่น พึ่งป้องกันอันตราย สร้างความเจริญก้าวหน้าให้แก่วิชาชีพ มีความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น (สภาการพยาบาล, 2553)

1.3 ด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทร อาศัยทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทรของวัตสัน โดยมีสาระสำคัญของทฤษฎี คือ การดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นลักษณะของการกระทำที่มนุษย์พึงให้ต่อมนุษย์ ด้วยการเกิดสัมพันธภาพการดูแลที่ถ่ายทอดจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง ซึ่งต้องใช้ศิลปศาสตร์และมีอุดมคติทางศีลธรรมในการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมนุษย์ และปฏิบัติด้วย

ความตั้งใจ ความเต็มใจ ทั้งนี้เพื่อปกป้องรักษาความเป็นมนุษย์ของบุคคลที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพที่ดี โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของปัจจัยการดูแลอย่างเอื้ออาทร (Caritas Process) (Watson, 2012)

1.4 ด้านคุณภาพการบริการ อาศัยแนวคิดคุณภาพการให้บริการ SERVQUAL (Behavioral Consequences of Service Quality) ของพาราซูนามาน เบอริรี และซีแทมล์ ภายใต้ความเชื่อที่ว่าคุณภาพการบริการส่วนหนึ่งมาจากการบริการและการทำความเข้าใจกับความต้องการของผู้รับบริการ ปัจจัยที่กำหนดคุณภาพการให้บริการ ประกอบด้วย 5 มิติหลัก ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibility) ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) การตอบสนองต่อลูกค้า (Responsiveness) การให้ความเชื่อมั่นต่อลูกค้า (Assurance) และการรู้จักและเข้าใจลูกค้า (Empathy) (Parasuraman, Berry, & Zeithaml, 1991)

2. องค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล

ผู้วิจัยอาศัยแนวคิดหลัก 2 แนวคิดมาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิด ได้แก่ แนวคิดการคิดเชิงวิเคราะห์ของมาร์ซาโน (Mazano's Taxonomy) (Mazano, 2001) แนวคิดคุณลักษณะการคิดเชิงวิเคราะห์ของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข (2554) และของวิภาดา คุณาวิกติกุล (2549)

2.1 ด้านคุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์ ด้านคุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์ อาศัยแนวคิดของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข (2554) ที่ได้กำหนดคุณลักษณะการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไว้ว่า มองความจริงตามความเป็นจริง ไม่เรียนรู้อย่างกว้างยอมรับความคิดเห็นและใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา และมาจากแนวคิดของวิภาดา คุณาวิกติกุล (2549) ได้สรุปผลการวิจัยคุณลักษณะของผู้ที่มีการคิดเชิงวิเคราะห์ว่าเป็นผู้แสวงหาความจริง ใจกว้าง ยอมรับความคิดเห็นโดยปราศจากความอคติ สามารถใช้เหตุผลและหลักฐานในการแก้ปัญหาย่างรอบคอบ มีความมั่นใจในตนเอง ไม่เรียนรู้โดยการค้นคว้าอยู่เสมอ มีการทบทวนการตัดสินใจและยอมรับในแนวทางการแก้ปัญหาที่หลากหลาย

2.2 ด้านทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ อาศัยแนวคิดการคิดเชิงวิเคราะห์ของมาร์ซาโน (Mazano's Taxonomy) ได้อธิบายว่าการคิดและการเรียนรู้ประกอบด้วย 3 ระบบ คือ ระบบแห่งตน (Self-System) ระบบอภิปัญญาหรือการรู้คิด (Metacognitive System) และระบบการรู้คิด (Cognitive System) โดยทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ประกอบด้วย 5 ทักษะ ได้แก่ การจำแนก การจัดหมวดหมู่ การเชื่อมโยง การสรุปความ และการประยุกต์ภายใต้กระบวนการจัดการกระทำกับข้อมูล 6 ชั้น ได้แก่ ชั้นรวบรวม ชั้นเข้าใจ ชั้นวิเคราะห์ ชั้นใช้ความรู้ให้เป็นประโยชน์ ชั้นบูรณาการความรู้ และชั้นจัดระบบคิดของตนเอง (Mazano, 2001)

3. องค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ

ผู้วิจัยอาศัยแนวคิดหลัก 3 แนวคิดที่กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1991) ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) และแนวคิดสิทธิผู้ป่วย (สภาการพยาบาล, 2553)

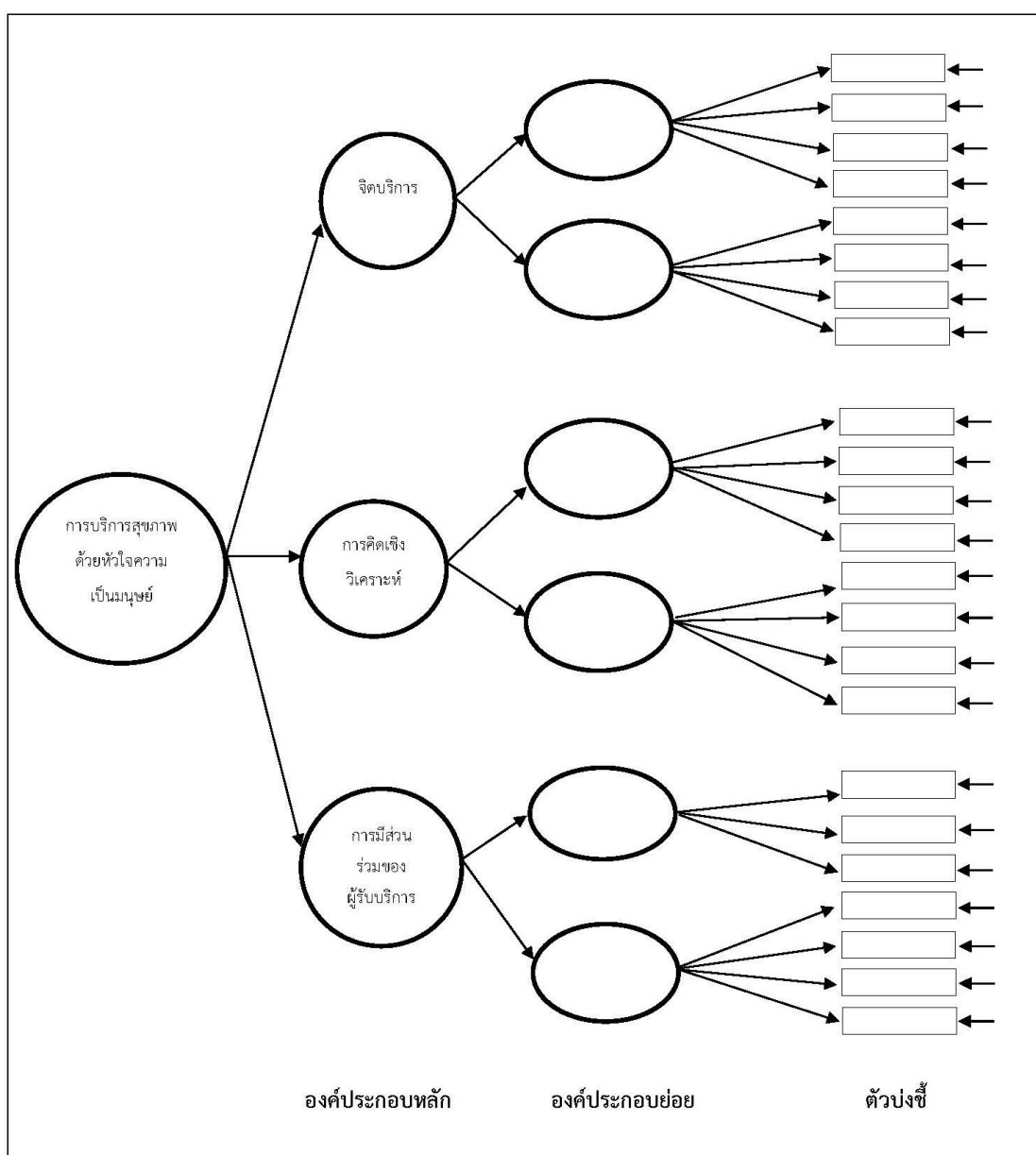
3.1 ด้านการส่งเสริมการดูแลตนเอง อาศัยทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1991) โดย จุดเน้นทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม คือ บุคคลมีความสามารถที่จะดูแลตนเอง พยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือเมื่อบุคคลมีความพร้อมในการดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลอื่นโดยการกระทำ ให้การชี้แนะ การสนับสนุน การสอนการให้คำปรึกษา และการสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถปฏิบัติกรดูแลตนเองทั้งหมดให้ถึงระดับที่เพียงพอ ต่อเนื่อง และช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองให้พ้นจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย ตลอดจนสามารถเผชิญกับผลที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ อาศัยแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) เชื่อว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการส่วนบุคคล (Intrapersonal Process) ที่ก่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพหรือความสามารถของตนเองเพื่อควบคุมและจัดการสถานการณ์ได้ภายใต้การใช้ความรู้ และทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การรู้จักตนเอง และการค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) การสะท้อนคิดและการวิจารณ์ (Critical Reflection) การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติที่ถูกต้อง (Taking Charge) การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม (Holding on) และแนวคิดบทบาทพยาบาลในการสร้างเสริมพลังอำนาจครอบครัว คือ ผู้ประสานงาน (Coordinator) สนับสนุนการเรียนรู้ (Facilitator) เอื้ออำนวยให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และวิเคราะห์ปัญหาเป็นผู้ฟังที่ดี ตั้งใจที่จะช่วยแก้ปัญหา ชี้แนะแนวทางที่เหมาะสม ตลอดจนแสดงให้เห็นถึงสิทธิในการแสดงความคิดเห็น พัททษสิทธิให้สมาชิกและครอบครัว (จริยวัตร คมพยัคฆ์, และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, 2553) และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของราชบัณฑิตยสถาน (2555) ได้สรุปว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย การเสริมพลัง และการเพิ่มอำนาจ โดยการสนับสนุนหรือเปิดโอกาสให้บุคคลพัฒนาภารกิจของตนและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจจัดสรรสิ่งอำนวยความสะดวก

3.3 ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย อาศัยแนวคิดสิทธิผู้ป่วยในหลักการที่ว่า ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 โดยไม่เลือกปฏิบัติเนื่องจากมีความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะความเจ็บป่วย (สภาการพยาบาล, 2553) และแนวคิดทักษะการพิทักษ์สิทธิของพยาบาลในอนาคต ได้แก่ การมีภาวะผู้นำ (Leadership) ความคิดสร้างสรรค์ (Creativity) มิวสิชั่น (Vision) มีเอกสิทธิ์หรือความเป็นอิสระในเชิงวิชาชีพ (Autonomy) การให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความปลอดภัย (Ensuring Patient Safety) การขับเคลื่อนให้เกิดการดูแลเชิง

จริยธรรม (Driving Discussions for Ethical Care) การขจัดปัญหาอุปสรรค (Breaking Down Barriers) การเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วย (Enhancing Patient Care Systems) และการกระทำนอกเหนือจากหน้าที่หลัก (Reaching Beyond the Call of Duty) (Heubecke, 2008)

จากแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานและแนวคิดทฤษฎีหลักข้างต้น สามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้

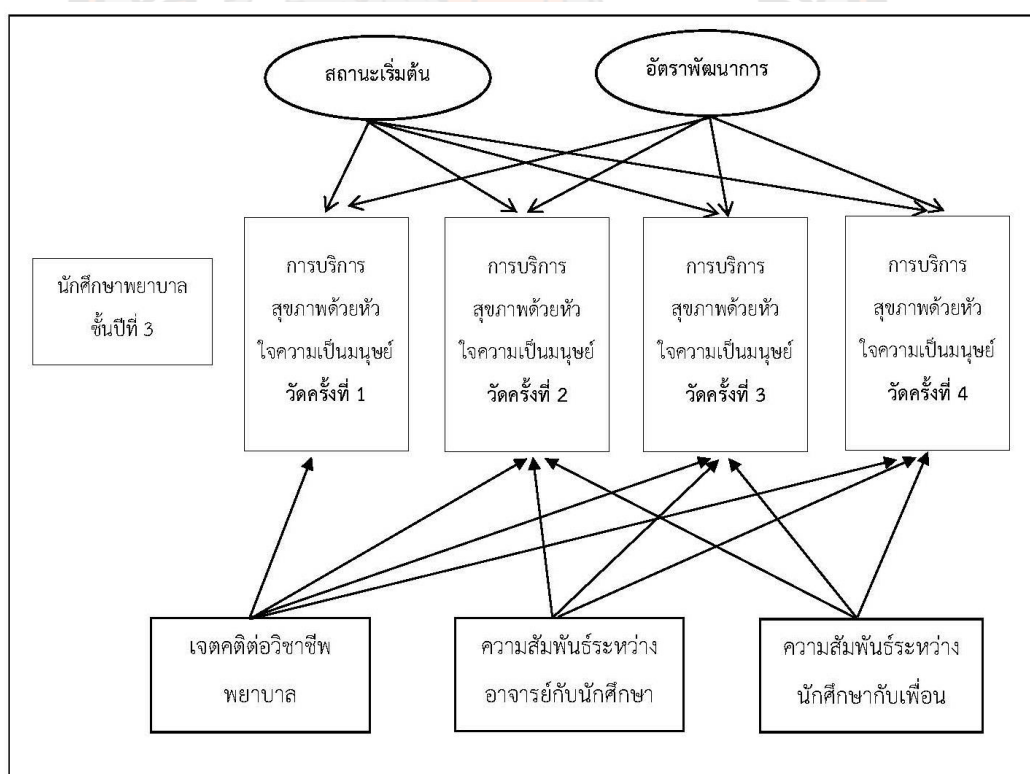


ภาพ 2 กรอบโมเดลอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

2. ตัวแปรที่ส่งผลต่ออัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับตัวแปรที่ส่งผลต่อการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ตัวแปรที่ส่งผลต่อการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยได้พิจารณาตัวแปรแต่ละลักษณะสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

ตัวแปรที่ส่งผลต่อการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่ 1) เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล 2) ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อน ทั้งนี้เนื่องจากตัวแปรเหล่านี้เป็นตัวแปรที่สามารถจัดการกระทำได้ (active variable) ซึ่งหากผลการวิจัยพบว่า เป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อพัฒนาการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล สามารถนำไปปรับปรุงหรือพัฒนาการจัดการเรียนการสอนได้ รูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาพัฒนาการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล และการวิเคราะห์โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอดังภาพ 3



ภาพ 3 กรอบแนวคิดปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยระยะยาว (longitudinal study) ที่มีการวิจัยซ้ำจำนวน 4 ครั้ง (repeat measured design) เพื่อเป็นการพัฒนาแบบวัดอัตลักษณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง ซึ่งแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การพัฒนาแบบวัดและเกณฑ์ปกติอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย

1. การพัฒนาองค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล
2. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล
3. การพัฒนาเกณฑ์ปกติ (Norm) ของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

ตอนที่ 2 การศึกษาพัฒนาการและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย

1. สร้างและตรวจสอบโมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

ในแต่ละตอน ผู้วิจัยขอเสนอรายละเอียดการดำเนินการ ดังนี้

ตอนที่ 1 การพัฒนาแบบวัดและเกณฑ์ปกติอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

ประกอบด้วย

1. การพัฒนาองค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 การสังเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ดังนี้

แหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูล ได้แก่ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดด้านจิตบริการ แนวคิดด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ และแนวคิดด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ตารางสังเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดด้านจิตบริการ แนวคิดด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ และแนวคิดด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ โดยกำหนดนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการของแต่ละองค์ประกอบหลักเพื่อทำการสังเคราะห์ตัวบ่งชี้ในแต่ละองค์ประกอบ

2. ทำการสร้าง (ร่าง) ตัวบ่งชี้ของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล จากการสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสำหรับแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย ตัวบ่งชี้ของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 75 ตัวบ่งชี้

3. ผลการสังเคราะห์ทำให้ได้นิยามศัพท์ พร้อม (ร่าง) ตัวบ่งชี้ของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) องค์ประกอบหลักด้านจิตบริการ จำนวน 28 ตัวบ่งชี้ 2) องค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ จำนวน 16 ตัวบ่งชี้ 3) องค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ จำนวน 31 ตัวบ่งชี้ รวมจำนวน 75 ตัวบ่งชี้ แสดงดังตาราง 11

ตาราง 11 ผลการสังเคราะห์ตัวบ่งชี้ของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
ของนักศึกษาพยาบาล

| องค์ประกอบหลัก | นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ | ตัวบ่งชี้ |
|-----------------------------|--|---|
| 1. จิตบริการ (Service Mind) | จิตบริการ หมายถึง การให้บริการที่เป็นมิตร มีความรักความเมตตา ใส่ใจ ในความทุกข์ที่เป็นปัญหาของผู้รับบริการ และผู้ที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งจะให้บริการโดยคำนึงถึงประโยชน์ ส่วนรวม มากกว่าส่วนตน วางใจ เป็นกลางในการให้บริการ โดยคำนึงถึงความเป็นเหตุ เป็นผลบนพื้นฐาน ของความเข้าใจคนอื่นตาม ความจริง | <ol style="list-style-type: none"> 1) จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลแบบองค์รวม 2) ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าในการให้บริการ 3) ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงผลสำเร็จของการให้บริการ 4) ควบคุมอารมณ์และแสดงออกต่อผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม 5) มีการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้รับบริการ 6) รับฟังผู้รับบริการด้วยความตั้งใจ 7) ปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยนและนุ่มนวล 8) ให้บริการตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ 9) ให้บริการเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความหวังในชีวิต 10) ให้บริการโดยคำนึงถึงบริบทและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ 11) ปฏิบัติต่อผู้รับบริการอย่างเป็นธรรมเท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติ 12) รักษาความลับของผู้รับบริการ 13) พิทักษ์สิทธิผู้รับบริการ 14) ให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการบริการ 15) ให้การช่วยเหลือผู้รับบริการจนเกิดความพึงพอใจในการบริการ 16) ให้บริการโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน 17) มีความซื่อสัตย์สุจริต 18) ปฏิบัติในสิ่งที่ตนเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ 19) รับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย 20) กระตือรือร้นในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ 21) ยอมรับความคิดและพฤติกรรมของผู้รับบริการโดยไม่เอาความคิดของตนเองไปตัดสิน 22) สามารถทำงานเป็นทีมร่วมกับผู้อื่นได้ |

| องค์ประกอบหลัก | นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ | ตัวบ่งชี้ |
|--|--|--|
| | | 23) มีทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างกำลังใจแก่ผู้ป่วย 24) ปฏิบัติการพยาบาลองค์รวมตามกระบวนการพยาบาล 25) ปฏิบัติงานโดยเห็นประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตัว 26) ให้การพยาบาลด้วยความรู้สึกห่วงใยและเมตตา 27) เห็นประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นสำคัญ 28) เคารพในคุณค่าศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ |
| 2. การคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking) | การคิดเชิงวิเคราะห์ หมายถึง การคิดที่อยู่บนฐานของการมีข้อมูลที่หลากหลาย ตามสภาพความเป็นจริงเพื่อเป็นการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการอย่างมีวิจารณญาณ โดยเชื่อมโยงความรู้เข้าสู่การแก้ปัญหาของผู้รับบริการที่สอดคล้องกับบริบทสภาพการดำรงชีวิต | 29) มีทักษะการสืบค้นข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาของผู้รับบริการ 30) สามารถคิดแก้ปัญหาบนฐานข้อมูลที่เป็นจริง 31) รวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการ จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย 32) รวบรวมข้อมูลที่เป็นจริง และสอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการ 33) สามารถจำแนก แยกแยะข้อมูลของผู้รับบริการบนพื้นฐานที่เป็นจริง 34) สามารถจัดหมวดหมู่ข้อมูลปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการบนฐานข้อมูลที่เป็นจริง 35) สามารถเชื่อมโยงข้อมูลผู้รับบริการกับความรู้ทางวิชาการอย่างถูกต้องและเป็นเหตุเป็นผล 36) สามารถรวบรวมข้อมูลที่เป็นจริงได้อย่างเป็นระบบ 37) วางแผนให้บริการสุขภาพสอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการ 38) อ้างอิงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือ 39) เปิดใจรับฟังและยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง 40) ใช้เหตุผลหรือหลักฐานในการแก้ปัญหาอย่างรอบคอบ 41) คิดแก้ปัญหาบนฐานข้อมูลที่เป็นจริง 42) เปรียบเทียบจุดดี จุดด้อยของวิธีการให้บริการ/การแก้ปัญหาสุขภาพในแต่ละวิธี 43) ตระหนักและยอมรับจุดเด่นและจุดด้อยของตนเอง เพื่อการพัฒนาตนเอง 44) เรียนรู้และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น |

| องค์ประกอบหลัก | นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ | ตัวบ่งชี้ | |
|--|--|--|---|
| 3. การมีส่วนร่วมของ ผู้รับบริการ (Participation) | การให้บริการสุขภาพที่ คำนึงถึงความแตกต่าง ของบุคคล ซึ่งเกิดความ เข้าใจสภาพการดำรงชีวิต บริบท เจ็บไข้ ศักยภาพ ความสามารถ ที่มีผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพของ ผู้รับบริการ ทั้งนี้ผู้ ให้บริการสามารถ กลั่นกรอง คัดเลือก ความรู้ที่เหมาะสมและ เสนอเป็นทางเลือก เพื่อให้ผู้รับบริการ สามารถนำไป | 45) กระตุ้นให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนและ เลือกวิธีการดูแลตนเอง 46) ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการเพื่อพิจารณาทางเลือกที่ เหมาะสม 47) กระตุ้นให้ผู้รับบริการค้นพบปัญหาที่แท้จริงของ ตนเอง 48) ให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตรงตามสภาพปัญหา ของผู้รับบริการ 49) สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ของผู้รับบริการ 50) ช่วยผู้รับบริการค้นหาข้อมูลที่เหมาะสม | |
| | 3. การมีส่วนร่วมของ ผู้รับบริการ (ต่อ) | ประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตจริง โดยให้ผู้รับบริการมีส่วน ร่วมรับรู้ ตัดสินใจและ แก้ปัญหาสุขภาพของ ตนเองและครอบครัว ตลอดจนสนับสนุนและ ส่งเสริมให้ประชาชน สามารถพึ่งตนเองด้าน สุขภาพได้ | 51) กำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเองร่วมกับ ผู้รับบริการ 52) ส่งเสริมให้ผู้รับบริการรู้จักและเข้าใจตนเอง 53) ชี้แนะวิธีแก้ปัญหาสุขภาพและสอบถามความคิดเห็น เพื่อให้ผู้รับบริการเป็นผู้ตัดสินใจ 54) เสนอทางเลือกที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการเป็นผู้ตัดสินใจ 55) สะท้อนคิดให้กับผู้รับบริการอย่างสร้างสรรค์ มี เหตุผล56) ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการเพื่อการตัดสินใจ 57) จัดบรรยากาศให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน 58) ให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการจัดสรรสิ่งอำนวยความสะดวก 59) เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการตัดสินใจและปฏิบัติที่ถูกต้อง 60) ประสานความร่วมมือกับผู้รับบริการ 61) ให้บริการสุขภาพที่คำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล 62) เคารพการตัดสินใจของผู้รับบริการ 63) เคารพและตระหนักในสิทธิของผู้รับบริการ 64) คำนึงถึงองค์ประกอบทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ 65) ให้การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้รับบริการ ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ |

| องค์ประกอบหลัก | นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ | ตัวบ่งชี้ |
|----------------|--------------------------|---|
| | | 66) สร้างความมั่นใจในความปลอดภัยให้กับผู้รับบริการ |
| | | 67) สนับสนุนให้ผู้รับบริการตัดสินใจตามสิทธิ |
| | | 68) ยอมรับความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม วิถีการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ |
| | | 69) เป็นตัวแทนผู้รับบริการในการเรียกร้องสิทธิที่พึงได้รับ |
| | | 70) ปกป้องการถูกละเมิดสิทธิของผู้รับบริการ |
| | | 71) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ |
| | | 72) เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการซักถามข้อสงสัย จนเกิดความเข้าใจ |
| | | 73) ร่วมสรุปปัญหาและความต้องการร่วมกับผู้รับบริการและครอบครัว |
| | | 74) สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้รับบริการปฏิบัติตามแนวทางที่เลือกไว้ให้บรรลุเป้าหมาย |
| | | 75) พัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการให้สามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน |

ตัวอย่างแบบสอบถาม

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามโดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาให้คะแนนซึ่งแต่ละคะแนนมีช่วงคะแนนที่เท่ากันจากคะแนนเต็ม 5 ถึงคะแนนน้อยที่สุด 1 คะแนน ในแต่ละตัวบ่งชี้

ตัวอย่างแบบสอบถาม

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นแบบสอบถามของงานวิจัย เรื่อง การพัฒนาแบบวัดอัตลักษณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง

ขอความกรุณาท่านโปรดอ่านและพิจารณาว่าพฤติกรรมที่สะท้อนถึงการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของท่าน ที่ตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของตัวเองมากที่สุด โดยให้ท่านพิจารณาให้คะแนน ซึ่งแต่ละคะแนนมีช่วงคะแนนที่เท่ากันจากคะแนนเต็ม 5 ถึงคะแนนน้อยที่สุด 1 คะแนน ในแต่ละตัวบ่งชี้ ดังตัวอย่าง

| ข้อ | พฤติกรรมการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความ เป็นมนุษย์ | ระดับการรับรู้ | | | | |
|------------------------------------|---|------------------------------|---|---|---|---|
| | | 5=มากที่สุด ← → 1=น้อยที่สุด | | | | |
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| องค์ประกอบหลักด้านจิตบริการ | | | | | | |
| 0 | (ตัวอย่างคำถาม) | ✓ | | | | |

จากตัวอย่างข้อ 0 แสดงว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความเห็นด้วยว่า (ตัวอย่างคำถาม) เป็นตัวบ่งชี้ที่สะท้อนให้เห็นถึงองค์ประกอบหลักด้านจิตบริการ อยู่ในระดับมากที่สุด (5 คะแนน)

1.2 การตรวจสอบคุณภาพตัวบ่งชี้ของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความ เป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยผู้เชี่ยวชาญ มีรายละเอียดดังนี้

ผู้วิจัยได้นำ (ร่าง) ตัวบ่งชี้ที่ได้จากการสังเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด
อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ในส่วนที่ 1 มากำหนดเป็นเครื่องมือในการ
พิจารณาความเหมาะสมของนิยามและความสอดคล้องของตัวแปรสังเกตได้ต่อไป

แหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูลได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 ท่าน (รายชื่อดังภาคผนวก ก) โดยกำหนด
คุณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิไว้ดังนี้

1. ผู้เชี่ยวชาญทางการวิจัย วัดและประเมินผลการศึกษา จำนวน 3 ท่าน
 - 1.1 มีคุณวุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาเอกด้านการวิจัย วัดและประเมินผล
การศึกษา
 - 1.2 มีความรู้และประสบการณ์ทางการวิจัย วัดและประเมินผลการศึกษา
2. ผู้เชี่ยวชาญทางการบริหารการพยาบาล จำนวน 1 ท่าน
 - 2.1 มีคุณวุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาเอกด้านการบริหารการพยาบาล
 - 2.2 มีความรู้และประสบการณ์ทางการบริหารการพยาบาล
3. ผู้เชี่ยวชาญทางด้านหลักสูตรและการสอน จำนวน 1 ท่าน
 - 3.1 มีคุณวุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาเอกด้านหลักสูตรและการสอน
 - 3.2 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่เป็นอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติรายวิชา
ทางการพยาบาล ไม่น้อยกว่า 5 ปี
4. ผู้เชี่ยวชาญทางการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 2 ท่าน

4.1 มีคุณวุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือระดับปริญญาโททางการพยาบาล

4.2 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า 5 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ของการวัด (IOC: Index of item objective congruence) เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้พิจารณาความเหมาะสมของนิยามและความสอดคล้องของตัวแปรสังเกตได้ ใช้สูตรการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ของการวัด (IOC: Index of item objective congruence) คัดเลือกตัวแปรที่ค่าความสอดคล้อง .60 ขึ้นไป (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2552) ซึ่งในการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ให้คะแนน +1 เมื่อผู้เชี่ยวชาญแน่ใจว่าตัวบ่งชี้มีความสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ

ให้คะแนน 0 เมื่อผู้เชี่ยวชาญไม่แน่ใจว่าตัวบ่งชี้สอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ

ให้คะแนน -1 เมื่อผู้เชี่ยวชาญแน่ใจว่าตัวบ่งชี้ไม่สอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ

โดยใช้สูตรดัชนีความสอดคล้อง IOC ดังนี้

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

N

เมื่อกำหนดให้

IOC แทนดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ

$\sum R$ แทนผลรวมของคะแนนความคิดเห็นในแต่ละข้อของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

N แทนจำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือวิจัย

1. นำนิยามศัพท์พร้อม (ร่าง) ตัวบ่งชี้ของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น มาสร้างเป็นแบบประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ของการวัด (IOC: Index of item objective congruence) (แสดงดังภาคผนวก ข)

2. นำแบบประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ของการวัด (IOC: Index of item objective congruence) เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อพิจารณา

และตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของข้อคำถาม การใช้ภาษา พร้อมทั้งขอคำแนะนำและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัย

3. ปรับแก้แบบประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ของการวัด (IOC: Index of item objective congruence) ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จากนั้นส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 7 ท่าน พิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of item objective congruence)

4. ผู้วิจัยได้นำแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลที่ผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบและเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุง มาปรับปรุงข้อคำถามให้มีความชัดเจนและวัดได้สอดคล้องกับพฤติกรรมบ่งชี้ที่กำหนดไว้ จากการตรวจสอบข้อคำถามของผู้เชี่ยวชาญและทำการปรับปรุงข้อคำถาม มีหลักเกณฑ์ในการปรับข้อคำถาม ดังนี้

4.1 พิจารณาข้อคำถามจากดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of item objective congruence) ตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไป

4.2 ในกรณีที่ข้อคำถามมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไป แต่มีข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญให้ปรับปรุงการใช้ภาษา ผู้วิจัยทำการปรับปรุงเพื่อให้ข้อคำถามมีความกระชับ รัดกุม และเข้าใจมากขึ้น

ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลพบว่า ตัวบ่งชี้ของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.71 – 1.00 ทุกข้อคำถาม แสดงว่าข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์การพิจารณา แต่มีข้อเสนอแนะให้ตัดออก ข้อที่ 13 และเพิ่มเติมข้อที่ 42 รวมจำนวน 75 ข้อ รายละเอียดแสดงดังตาราง 12 และ 13

ตาราง 12 ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามแบบวัดอัตลักษณ์การบริการ
 สุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

| องค์ประกอบ | ข้อที่ | ผลการพิจารณาความตรงตามเนื้อหา ของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 7 คน | | | IOC | สรุป |
|--------------------------------|--------|---|----------|--------|------|-----------|
| | | ตรง | ไม่แน่ใจ | ไม่ตรง | | |
| | | (+1) | 0 | -1 | | |
| 1. จิตบริการ (Service mind) | 1 | 6 | - | 1 | 0.71 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 2 | 6 | - | 1 | 0.71 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 3 | 6 | 1 | - | 0.86 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 4 | 7 | - | - | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 5 | 7 | - | - | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 6 | 7 | - | - | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 7 | 7 | - | - | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 8 | 7 | - | - | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 9) | 7 | - | - | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 10 | 7 | - | - | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 11 | 7 | - | - | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 12 | 7 | - | - | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 13 | 7 | - | - | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 14 | 7 | - | - | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 15 | 7 | - | - | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 16 | 7 | - | - | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 17 | 7 | - | - | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 18 | 7 | - | - | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 19 | 7 | - | - | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 20 | 7 | - | - | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 21 | 7 | - | - | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 22 | 7 | - | - | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 23 | 7 | - | - | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 24 | 7 | - | - | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 25 | 7 | - | - | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 26 | 7 | - | - | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 27 | 7 | - | - | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 28 | 6 | 1 | - | 0.86 | ผ่านเกณฑ์ |

| องค์ประกอบ | ผลการพิจารณาความตรงตามเนื้อหา ของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 7 คน | | | | | IOC | สรุป |
|--|---|------|----------|--------|--|------|-----------|
| | ข้อที่ | ตรง | ไม่แน่ใจ | ไม่ตรง | | | |
| | | (+1) | 0 | -1 | | | |
| 2. การคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking) | 29 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 30 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 31 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 32 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 33 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 34 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 35 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 36 | 6 | 1 | - | | 0.86 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 37 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 38 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 39 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 40 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 41 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 42 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 43 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 44 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| 3) การมีส่วนร่วมของ ผู้รับบริการ (Participation) | 45 | 6 | 1 | - | | 0.86 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 46 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 47 | 6 | - | 1 | | 0.71 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 48 | 6 | 1 | - | | 0.86 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 49 | 6 | 1 | - | | 0.86 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 50 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 51 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 52 | 6 | - | 1 | | 0.71 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 53 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 54 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 55 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 56 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 57 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 58 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |

| องค์ประกอบ | ผลการพิจารณาความตรงตามเนื้อหา ของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 7 คน | | | | | IOC | สรุป |
|------------|---|------|----------|--------|--|------|-----------|
| | ข้อที่ | ตรง | ไม่แน่ใจ | ไม่ตรง | | | |
| | | (+1) | 0 | -1 | | | |
| | 59 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 60 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 61 | 6 | 1 | - | | 0.86 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 62 | 6 | 1 | - | | 0.86 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 63 | 6 | 1 | - | | 0.86 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 64 | 6 | 1 | - | | 0.86 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 65 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 66 | 5 | 2 | - | | 0.71 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 67 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 68 | 6 | 1 | - | | 0.86 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 69 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 70 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 71 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 72 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 73 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 74 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |
| | 75 | 7 | - | - | | 1.00 | ผ่านเกณฑ์ |

ตาราง 13 การปรับปรุงข้อความตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

| ข้อที่ | ข้อความเดิม | ข้อความใหม่ |
|--------|--|---|
| 1 | จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลแบบ องค์รวม | สร้างสภาพสิ่งแวดล้อมต่อการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ |
| 2 | ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าในการ ให้บริการ | ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าในการให้บริการ สุขภาพแก่ผู้รับบริการ |
| 3 | ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงผลสำเร็จ ของการให้บริการ | ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงผลสำเร็จของการ ให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการ |

| ข้อที่ | ข้อความเดิม | ข้อความใหม่ |
|--------|---|--|
| 6 | รับฟังผู้รับบริการด้วยความตั้งใจ | รับฟังความคิดเห็นและคำแนะนำของผู้รับบริการด้วยความตั้งใจ |
| 13 | พิทักษ์สิทธิผู้รับบริการ | ตัดออก เนื่องจากข้อ 13 อาจมีความหมายเดียวกับข้อ 12 |
| 15 | ให้การช่วยเหลือผู้รับบริการจนเกิดความพึงพอใจในการบริการ | ให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการด้วยมาตรฐานวิชาชีพจนเกิดความพึงพอใจในการให้บริการสุขภาพ |
| 17 | มีความซื่อสัตย์สุจริต | มีความซื่อสัตย์สุจริตในทุกกิจกรรมของการพยาบาล |
| 19 | รับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย | มีความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมายและผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำของตนเอง |
| 27 | เคารพในคุณค่าศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ | เคารพในคุณค่าศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ |
| 42 | เพิ่มเติม | เปรียบเทียบจุดดี จุดด้อยของวิธีการให้บริการ/การแก้ปัญหาสุขภาพในแต่ละวิธี |
| 53 | ชี้แนะวิธีแก้ปัญหาสุขภาพเพื่อการตัดสินใจ | ชี้แนะวิธีแก้ปัญหาสุขภาพและสอบถามความคิดเห็นเพื่อการตัดสินใจ |
| 54 | เสนอทางเลือกที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาเพื่อการตัดสินใจ | เสนอทางเลือกที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาสุขภาพเพื่อให้ผู้รับบริการเป็นผู้ตัดสินใจ |

4.3 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 7 ท่าน มาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ โดยมีการปรับรายละเอียดตัวบ่งชี้ในแต่ละองค์ประกอบหลัก คือ องค์ประกอบหลักด้านจิตบริการ ประกอบด้วย 27 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ ประกอบด้วย 17 ตัวบ่งชี้ และองค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ประกอบด้วย 31 ตัวบ่งชี้ รวมจำนวน 75 ตัวบ่งชี้

4.4 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดที่จัดทำขึ้นเสนอแก่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเครื่องมืออีกครั้งก่อนนำไปเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ต่อไป

1.3 การวิเคราะห์องค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยผู้เชี่ยวชาญ มีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 – 4 วิทยาลัยพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา 2562 จำนวน 30 แห่ง รวมทั้งสิ้น 15,000 คน ประกอบด้วย 5 เครือข่าย ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคเหนือ ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 7 แห่ง วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 6 แห่ง วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 1 ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 5 แห่ง วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 2 ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 7 แห่ง และวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้ ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 5 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 – 4 วิทยาลัยพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา 2562 จำนวน 1,500 คน การได้มาของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) ซึ่งมีรายละเอียดของการสุ่มดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้จะมีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (SEM) ซึ่งจำเป็นต้องใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างตามแนวคิดของแฮร์ และคณะ (Hair et al., 2010, p. 101) โดยการใช้กฎแห่งการชดเชย (rule of thumb) กล่าวคือ ขนาดตัวอย่างควรมีอย่างน้อย 10 – 20 คนต่อหนึ่งพารามิเตอร์ สำหรับในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรที่ต้องการวิเคราะห์ หรือตัวแปรที่สังเกตได้ จำนวน 75 ตัวแปร ผู้วิจัยใช้เกณฑ์กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 เท่า ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมควรมีอย่างน้อย 1,500 คน

ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกวิทยาลัยจำนวนร้อยละ 50 จากวิทยาลัยทั้งหมดในแต่ละเครือข่าย โดยใช้วิธีหีบฉลากแบบไม่คืน (จำนวน 15 วิทยาลัย)

ขั้นที่ 3 แต่ละวิทยาลัยคำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำจำนวนกลุ่มตัวอย่างหารด้วยประชากรทั้งหมด (กลุ่มตัวอย่างของแต่ละวิทยาลัย วิทยาลัยละ 100 คน)

ขั้นที่ 4 สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวิทยาลัยโดยใช้วิธีหีบฉลากแบบไม่คืน โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

ตาราง 14 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ จำแนกตามเครือข่าย

| ลำดับ | วิทยาลัย | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน) |
|---------------------------------------|---|----------------------------|
| เครือข่ายภาคเหนือ | | |
| 1 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา | 100 |
| 2 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง | 100 |
| 3 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช | 100 |
| 4 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ | 100 |
| เครือข่ายภาคกลาง 1 | | |
| 5 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ | 100 |
| 6 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี | 100 |
| เครือข่ายภาคกลาง 2 | | |
| 7 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี | 100 |
| 8 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท | 100 |
| 9 | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี | 100 |
| เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | | |
| 10 | วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม | 100 |
| 11 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ | 100 |
| 12 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ | 100 |
| เครือข่ายภาคใต้ | | |
| 13 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช | 100 |
| 14 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง | 100 |
| 15 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา | 100 |
| รวมทั้งสิ้น | | 1,500 |

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยติดต่อขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ทั้ง 15 วิทยาลัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการส่ง

แบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์แบบออนไลน์ ผ่าน Google Form ไปยังวิทยาลัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่ได้ตรวจสอบความสมบูรณ์แล้ว ไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยต้องการค้นหาหรือสร้างองค์ประกอบร่วมของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันและมีคุณลักษณะร่วมกัน โดยผู้วิจัยนำข้อมูลในแต่ละองค์ประกอบหลักเข้าวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ได้แก่ องค์ประกอบหลักด้านจิตบริการ ประกอบด้วย 27 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ ประกอบด้วย 17 ตัวบ่งชี้ และองค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ประกอบด้วย 31 ตัวบ่งชี้ เพื่อให้ทราบถึงองค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ในแต่ละองค์ประกอบหลัก โดยในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนอีกครั้ง แล้วจึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อคำนวณค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ประกอบด้วยการมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) ด้วย Normal Probability Plot
3. ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์องค์ประกอบ ดำเนินการดังนี้

การตรวจสอบข้อมูลที่วิเคราะห์ว่าเป็นไปตามข้อตกลงของสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบหรือไม่ โดยพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรทุกคู่ ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรคู่ใดมีค่าใกล้ +1 หรือ -1 แสดงว่าตัวแปรคู่นั้นมีความสัมพันธ์กันมากควรอยู่ในองค์ประกอบเดียวกัน ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรคู่ใดมีค่าใกล้ศูนย์ แสดงว่าตัวแปรคู่นั้นมีความสัมพันธ์กันน้อยหรือไม่มีความสัมพันธ์กัน ควรอยู่คนละองค์ประกอบ และถ้ามีตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น ๆ หรือมีความสัมพันธ์กับตัวแปรที่เหลือน้อยมาก ควรตัดตัวแปรออกจากการวิเคราะห์ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2554, น. 8; เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2549, น. 192) โดยมีวิธีทดสอบ 2 วิธี คือ 1) การทดสอบเมทริกซ์เอกลักษณ์ (Identity Matrix) และ 2) การตรวจสอบความเหมาะสมของเมทริกซ์สหสัมพันธ์ภาพรวมตามด้วยค่าไคเซอร์ เมเยอร์ ออลกิน (The Kaiser – Mayer – Olkin: KMO) มีรายละเอียดดังนี้

3.1 การทดสอบเมทริกซ์เอกลักษณ์ (Identity Matrix) ด้วยการใช้สถิติทดสอบของบาร์ทเลท (Bartlett's Test of Sphericity) โดยพิจารณาที่ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่เท่ากับหรือน้อยกว่า .05 ($p \leq .05$) ซึ่งแสดงว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์ของประชากรไม่เป็นเมทริกซ์เอกลักษณ์และความสัมพันธ์ ซึ่งกันและกันของตัวแปรทั้งหมด มีความเพียงพอที่จะใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบต่อไป (Hair et al., 2010, p. 115; Kerlinger, 1986 อ้างถึงใน สุวิมล ติรกาพันธ์, 2553, น. 23)

3.2 การตรวจสอบความเหมาะสมของเมทริกซ์สหสัมพันธ์ภาพรวมตามด้วยค่าไคเซอร์ เมเยอร์ ออลกิน (The Kaiser – Mayer – Olkin: KMO) เป็นดัชนีเปรียบเทียบขนาดของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่สังเกตได้และขนาดสหสัมพันธ์พาร์เชียล (Partial Correlation) ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่ เมื่อขจัดความแปรปรวนของตัวแปรอื่นออกแล้วว่ามีเหมาะสมในการวิเคราะห์องค์ประกอบหรือไม่ โดยค่าที่เหมาะสมมากคือ ค่า KMO ที่เข้าใกล้ 1.00 หรือไม่ควรถ่ำกว่า .50 จึงจะยอมรับให้วิเคราะห์องค์ประกอบได้ สำหรับค่า KMO ที่ต่ำกว่า .50 ไม่สามารถยอมรับให้วิเคราะห์องค์ประกอบได้อาจตัดตัวแปรนั้นออกไป (Hair et al., 2010, p. 155; สุวิมล ติรกาพันธ์, 2553, น. 24; เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2549, น. 192-200) ส่วนค่าในช่วงอื่น ๆ แปลความหมาย (Hair et al., 2010, p. 155) ดังนี้

| ค่า KMO | ความหมาย |
|--------------|---|
| .80 ขึ้นไป | เหมาะสมที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบระดับดีมาก |
| .70 - .79 | เหมาะสมที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบระดับดี |
| .60 - .69 | เหมาะสมที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบระดับปานกลาง |
| .50 - .59 | เหมาะสมที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบระดับน้อย |
| น้อยกว่า .50 | ไม่เหมาะสมที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบ |

3.3 การวิเคราะห์ตัวบ่งชี้เกี่ยวกับอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) โดยการสกัดปัจจัย (Factor Extraction) เพื่อหาจำนวนปัจจัย (Factor) ที่สามารถใช้แทนตัวแปรทั้งหมดทุกตัวได้ ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis: PCA) ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมและนิยมใช้กันมากที่สุด ในการใช้เพื่อลดจำนวนตัวแปรที่เหลือให้น้อยที่สุดแต่สามารถอธิบายได้มากที่สุดและใช้วิธีหมุนแกนองค์ประกอบ (Factor Rotation) แบบออร์โธโกนอล (Orthogonal Rotation) ซึ่งเป็นการหมุนแกนแบบมุมฉาก ด้วยวิธีแวนิแมกซ์ (Varimax) เพื่อให้ค่าองค์ประกอบ (Factor Loading) ของตัวแปรมีค่ามากขึ้น หรือลดจนทำให้แต่ละองค์ประกอบแยกจากกันอย่างชัดเจนง่ายต่อการแปลความหมายขององค์ประกอบ (สุชาติ

ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2548, น. 236; เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2549, น. 197; กัลยา วานิชย์บัญชา, 2554, น. 9-16) โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.3.1 การกำหนดจำนวนองค์ประกอบ

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การกำหนดองค์ประกอบเบื้องต้นโดยพิจารณาองค์ประกอบที่มีค่าไอเกน (Eigenvalue) มากกว่า 1 ซึ่งหากพบว่ามีค่าน้อยกว่า 1 แสดงว่าน่าจะมีตัวแปรที่น้อยกว่า 1 ตัวที่อยู่ในองค์ประกอบนั้น จึงเป็นค่าที่ตัดสินใจได้ว่าไม่ควรเลือกองค์ประกอบที่น้อยกว่า 1 (Hair et al., 2010, p. 122)

3.3.2 การพิจารณารายข้อ ในการพิจารณารายข้อนั้นใช้การพิจารณาความมีนัยสำคัญของค่าน้ำหนักองค์ประกอบซึ่ง แฮร์ และคณะ (Hair et al., 2010, pp. 127-128) ได้เสนอแนะการพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบใน 2 ลักษณะ คือความมีนัยสำคัญในเชิงสถิติ (Statistical Significance) และความมีนัยสำคัญในเชิงปฏิบัติ (Practical Significance) โดยทั่วไปจะใช้ในการหาองค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .30 ขึ้นไป

สำหรับการพิจารณารายข้อนั้น การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตั้งแต่ .05 ขึ้นไป ตามข้อเสนอของแฮร์ และคณะ (Hair et al., 2010, p. 129) ถึงแม้ว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ระหว่าง .30 ถึง .40 จะถือว่าเป็นระดับที่สามารถยอมรับได้ในขั้นต่ำก็ตาม ทั้งนี้ ถือว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่มากกว่า .50 โดยทั่วไปมีความจำเป็นสำหรับการมีนัยสำคัญในเชิงปฏิบัติ (Practical Significance) ในส่วนการพิจารณาขนาดกลุ่มตัวอย่างร่วมด้วยเพื่อตัดสินใจว่าค่าน้ำหนักของตัวแปรมีนัยสำคัญในเชิงสถิติ ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างตามแนวคิดของแฮร์ และคณะ โดยการใช้กฎแห่งการชดเชย (rule of thumb) กล่าวคือ ขนาดตัวอย่างควรมีอย่างน้อย 10 – 20 คนต่อหนึ่งพารามิเตอร์ (Hair et al., 2010, p. 101) แล้วจึงนำเอาตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) ที่มากกว่า .50 ทุกข้อไปสร้างเครื่องมือเพื่อใช้ในการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัด ในขั้นตอนที่ 2 ต่อไป

2. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 – 4 วิทยาลัยพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา 2562 จำนวน 30 แห่ง รวมทั้งสิ้น 15,000 คน ประกอบด้วย 5 เครือข่าย ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคเหนือ ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 7 แห่ง วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 6 แห่ง วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 1 ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 5 แห่ง วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 2 ประกอบด้วย

วิทยาลัยพยาบาล 7 แห่ง และวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้ ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 5 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 – 4 วิทยาลัยพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา 2562 จำนวน 1,500 คน การได้มาของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) ซึ่งมีรายละเอียดของการสุ่มดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้จะมีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (SEM) ซึ่งจำเป็นต้องใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างตามแนวคิดของแฮร์ และคณะ (Hair et al., 2010, p. 101) โดยการใช้กฎแห่งการชั่งเงิน (rule of thumb) กล่าวคือ ขนาดตัวอย่างควรมีอย่างน้อย 10 – 20 คนต่อหนึ่งพารามิเตอร์ สำหรับในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรที่ต้องการวิเคราะห์ หรือตัวแปรที่สังเกตได้ จำนวน 75 ตัวแปร ผู้วิจัยใช้เกณฑ์กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 เท่า ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมควรมีอย่างน้อย 1,500 คน

ขั้นที่ 2 คัดเลือกวิทยาลัยทั้งหมดในแต่ละเครือข่ายที่เหลือจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 จำนวน 15 วิทยาลัย

ขั้นที่ 3 แต่ละวิทยาลัยคำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำจำนวนกลุ่มตัวอย่างหารด้วยประชากรทั้งหมด (กลุ่มตัวอย่างของแต่ละวิทยาลัย วิทยาลัยละ 100 คน)

ขั้นที่ 4 สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวิทยาลัยโดยใช้วิธีหยิบบิลลาบแบบไม่คืน โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

ตาราง 15 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน จำแนกตามเครือข่าย

| ลำดับ | วิทยาลัย | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน) |
|--------------------------|---|----------------------------|
| เครือข่ายภาคเหนือ | | |
| 1 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ | 100 |
| 2 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ | 100 |
| 3 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ | 100 |

| ลำดับ | วิทยาลัย | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน) |
|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| เครือข่ายภาคกลาง 1 | | |
| 4 | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี | 100 |
| 5 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ | 100 |
| 6 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี | 100 |
| เครือข่ายภาคกลาง 2 | | |
| 7 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี | 100 |
| 8 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี | 100 |
| 9 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท | 100 |
| 10 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช | |
| เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | | |
| 11 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น | 100 |
| 12 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา | 100 |
| 13 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี | 100 |
| เครือข่ายภาคใต้ | | |
| 14 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา | 100 |
| 15 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี | 100 |
| รวมทั้งสิ้น | | 1,500 |

ขั้นตอนการสร้างและหาคุณภาพแบบวัด มีรายละเอียดดังนี้

1. การสร้างแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการสร้างแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตามวิธีการของ Likert ครอบคลุมองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ ประกอบด้วย 1) องค์ประกอบหลักด้านจิตบริการ ได้แก่

1.1) องค์ประกอบย่อยด้านคุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวม (Quality of Holistic Nursing)
 1.2) องค์ประกอบย่อยด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทร (Caring) 1.3) องค์ประกอบย่อยด้านจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล (Code of Ethics in Nursing) 2) องค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ ได้แก่

2.1) องค์ประกอบย่อยด้านทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking Skills)
 2.2) องค์ประกอบย่อยด้านคุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking Attributes)

3) องค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ได้แก่ 3.1) องค์ประกอบย่อยด้านการส่งเสริมการดูแลตนเอง (Self-Care Promotion) 3.2) องค์ประกอบย่อยด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Patient Advocacy) รวม 75 ข้อคำถาม โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินตนเองดังนี้

ระดับการรับรู้ 5 หมายถึง ท่านมีความสามารถในเรื่องนั้นอยู่ในระดับมากที่สุด หรือสามารถเป็นแบบอย่างให้กับผู้อื่นได้ หรือทำได้เกินเกณฑ์ที่ท่านกำหนดไว้

ระดับการรับรู้ 4 หมายถึง ท่านมีความสามารถในเรื่องนั้นอยู่ในระดับมาก หรือทำตามเกณฑ์ที่ท่านกำหนดไว้

ระดับการรับรู้ 3 หมายถึง ท่านมีความสามารถในเรื่องนั้นอยู่ในระดับปานกลาง หรือทำได้ตามเกณฑ์ที่ท่านกำหนดไว้ แต่ยังมีบางจุดต้องได้รับการปรับปรุงพัฒนา

ระดับการรับรู้ 2 หมายถึง ท่านมีความสามารถในเรื่องนั้นอยู่ในระดับน้อย หรือทำได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ท่านกำหนดไว้ ซึ่งยังต้องมีการปรับปรุงพัฒนาหลายจุด

ระดับการรับรู้ 1 หมายถึง ท่านมีความสามารถในเรื่องนั้นอยู่ในระดับน้อยที่สุด หรือถือว่าไม่มีความสามารถด้านนี้เลย

2. การหาคุณภาพของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

2.1 ผู้วิจัยวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก โดยหาสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation)

2.2 ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ของโมเดลอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่ง (First Order Confirmatory Factor Analysis) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง (Second Order Confirmatory Factor Analysis) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สาม (Third Order Confirmatory Factor Analysis) ด้วยโปรแกรม M-plus

2.3 ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (Cronbach, 1951, p. 161) ที่มีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป (Fraenkel, Wallen, & Hyun, 2012, p. 157)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยติดต่อขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ทั้ง 15 วิทยาลัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการส่งแบบวัด

อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์แบบออนไลน์ ผ่าน Google Form ไปยังวิทยาลัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่ได้ตรวจสอบความสมบูรณ์แล้ว ไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป โดยในการพิจารณาความเหมาะสมในการนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่ง และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง ใช้การทดสอบค่าสถิติ Bartlett's Test of Sphericity ซึ่งควรมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าดัชนี Kaiser-Meyer-Olkin Measures of Sampling Adequacy (KMO) ควรมีค่าเข้าใกล้ 1.00 หรือไม่ควรถ่ำกว่า .50 จึงจะยอมรับให้วิเคราะห์องค์ประกอบได้ สำหรับค่า KMO ที่ต่ำกว่า .50 ไม่สามารถยอมรับให้วิเคราะห์องค์ประกอบได้อาจตัดตัวแปรนั้นออกไป (Hair et al., 2010, p. 155; สุวิมล ติรกานันท์, 2553, น. 24; เพชรน้อย สิ่งช่างชัย, 2549, น. 192-200) ส่วนค่าในช่วงอื่น ๆ แปลความหมาย (Hair et al., 2010, p. 155) ดังนี้

| ค่า KMO | ความหมาย |
|--------------|---|
| .80 ขึ้นไป | เหมาะสมที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบระดับดีมาก |
| .70 - .79 | เหมาะสมที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบระดับดี |
| .60 - .69 | เหมาะสมที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบระดับปานกลาง |
| .50 - .59 | เหมาะสมที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบระดับน้อย |
| น้อยกว่า .50 | ไม่เหมาะสมที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบ |

การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) หรือความสอดคล้องของโมเดลอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่ง การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สาม พิจารณาจากค่าสถิติวัดระดับการสอดคล้อง (Goodness of Fit Measures) ดังต่อไปนี้

1. ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-square Statistics: χ^2) ค่าสถิติไค-สแควร์ เป็นค่าสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานที่ว่า ฟังก์ชันความถ่วงมีค่าเป็นศูนย์ ถ้าค่าไค-สแควร์มีค่าต่ำมาก ยิ่งเข้าใกล้ศูนย์ แสดงว่า โมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2. ดัชนี Tucker-Lewis Index (TLI) ค่า TLI ถ้ามีค่ามากกว่า 0.95 แสดงว่าโมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

3. ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนเปรียบเทียบ CFI (Comparative Fit Index) มีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1.00 ถ้ามีค่ามากกว่า 0.95 แสดงว่าโมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

4. ค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (Relative Chi-square: χ^2/df) เป็นค่าสถิติที่ใช้เปรียบเทียบระดับความกลมกลืนระหว่างโมเดลที่มีองศาอิสระไม่เท่ากัน โดยมีค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ไม่เกิน 2

5. ดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือ (Standardized Root Mean Square Residual: SRMR) เป็นดัชนีที่ใช้เปรียบเทียบระดับความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของโมเดล 2 โมเดล เฉพาะกรณีที่เป็นการเปรียบเทียบโดยใช้ข้อมูลชุดเดียว ค่า SRMR อยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 ถ้ามีค่าต่ำกว่า 0.08 แสดงว่า โมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

6. ค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) ค่า RMSEA อยู่ระหว่าง 0 ถึง 1.00 ถ้ามีค่าต่ำกว่า 0.06 แสดงว่าโมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

3. การพัฒนาเกณฑ์ปกติ (Norm) ของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

เป็นการพัฒนาเกณฑ์ปกติระดับชาติ (National Norms) ของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเกณฑ์ปกติที่สร้าง คือ ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ (Percentile Rank) และคะแนนที่ปกติ (Normalized T-score) ที่สร้างตามองค์ประกอบของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มรวม ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 - 4 วิทยาลัยพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา 2562 จำนวน 30 แห่ง รวมทั้งสิ้น 15,000 คน ประกอบด้วย 5 เครือข่าย ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคเหนือ ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 7 แห่ง วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 6 แห่ง วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 1 ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 5 แห่ง วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 2 ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 7 แห่ง และวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้ ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 5 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 - 4 วิทยาลัยพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา 2562 จำนวน 1,500 คน (ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกับขั้นตอนของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันในขั้นตอนที่ 1.2)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยติดต่อขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวรเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยดำเนินการประสานงาน และส่งแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ไปยังวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
3. ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการติดต่อคณาจารย์ในแต่ละวิทยาลัยเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทำแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ไปทดสอบกับนักศึกษาพยาบาล ซึ่งในขณะที่นักศึกษาพยาบาลทำแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ จะมีอาจารย์คอยควบคุม และชี้แจงถึงรายละเอียดและวิธีการในการทำแบบวัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนนี้ เป็นการพัฒนาเกณฑ์ปกติระดับชาติ (National Norms) โดยผู้วิจัยใช้โปรแกรม Microsoft Office Excel ในการเรียงลำดับคะแนนอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลจากน้อยไปหามาก
2. ทำการแจกแจงความถี่และความถี่สะสมของคะแนนอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
3. ทำการหาค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ (Percentile Rank)
4. นำค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ (Percentile Rank) ที่คำนวณได้ มาเปรียบเทียบกับตารางเทียบตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์เป็นคะแนนที่ปกติ (Normalized T-score) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งเกณฑ์การแปลผลอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ไว้ 4 ระดับ โดยใช้ช่วงของเปอร์เซ็นต์ไทล์ (Percentile Rank) เป็นเกณฑ์ในการแบ่ง (Clark-Carter, 2005) ได้ดังนี้

| | |
|-----------------------------|---|
| $P_{75.00}$ ขึ้นไป | หมายถึง นักศึกษาพยาบาลมีอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับสูง |
| $P_{50.00}$ ถึง $P_{74.99}$ | หมายถึง นักศึกษาพยาบาลมีอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับค่อนข้างสูง |
| $P_{25.00}$ ถึง $P_{44.99}$ | หมายถึง นักศึกษาพยาบาลมีอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับปานกลาง |

น้อยกว่า P_{25.00} หมายถึง นักศึกษาพยาบาลมีอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับต่ำ

5. จัดพิมพ์แบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

ตอนที่ 2 การศึกษาพัฒนาการและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

1. สร้างและตรวจสอบโมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 – 4 วิทยาลัยพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา 2562 จำนวน 30 แห่ง รวมทั้งสิ้น 15,000 คน ประกอบด้วย 5 เครือข่าย ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคเหนือ ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 7 แห่ง วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 6 แห่ง วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 1 ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 5 แห่ง วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 2 ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 7 แห่ง และวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้ ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 5 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การศึกษาพัฒนาการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จำนวน 250 คน ซึ่งกำลังขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ ในระหว่างเดือน มิถุนายน – สิงหาคม 2563 โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ดังแสดงในตาราง 16

ตาราง 16 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาพัฒนาการและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล (n = 250)

| ลำดับ | วิทยาลัย | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน) |
|------------|-------------------------------------|----------------------------|
| 1 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ | 46 |
| 2 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ | 93 |
| 3 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช | 111 |
| รวม | | 250 |

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ 4 ตัวแปร และตัวแปรแฝง 2 ตัวแปร แต่ละตัวแปร มีรายละเอียดการวัด ดังนี้

ตัวแปรสังเกตได้ 4 ตัวแปร จำแนกเป็นตัวแปรอิสระ 3 ตัวแปร ได้แก่ 1) เจตคติต่อวิชาชีวะพยาบาล 2) ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อน และตัวแปรตาม 1 ตัว คือ การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยตัวแปรเจตคติต่อวิชาชีวะพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา และความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อน เป็นตัวแปรที่มีการแปรเปลี่ยนตลอดช่วงเวลาการวัด (time-varying variable) ซึ่งตัวแปรเจตคติต่อวิชาชีวะพยาบาลทำการวัดตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา จำนวน 4 ครั้ง แต่ตัวแปรความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา และความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อน ทำการวัดตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา จำนวน 3 ครั้ง โดยไม่วัดในครั้งแรกเพราะเป็นช่วงแรกของการเริ่มฝึกปฏิบัติการพยาบาล

ตัวแปรแฝง 2 ตัว ได้แก่ 1) ตัวแปรแฝงระดับ (level) หรือสถานะเริ่มต้น (initial status) ซึ่งเป็นตัวแปรที่แสดงถึงความแตกต่างของการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ระหว่างนักศึกษาพยาบาลแต่ละบุคคลในการวัดครั้งแรก ตัวแปรนี้จะเป็นค่าคงที่ของแต่ละบุคคลตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา และ 2) ตัวแปรแฝงความชัน (slope) หรืออัตราพัฒนาการ (growth rate) ซึ่งแสดงถึงอัตราการเปลี่ยนแปลงของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลแต่ละบุคคลตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา โดยมีเครื่องหมายบวกหรือลบแสดงถึงทิศทางของการเปลี่ยนแปลง ตัวแปรแฝงทั้งสองตัวนี้ได้จากการประมาณค่าพารามิเตอร์ในโมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง โดยมีค่าพารามิเตอร์สำคัญ 5 ค่า คือ ค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงระดับ (ML) ความแปรปรวน

ของตัวแปรแฝงระดับ (DL) ค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงความชัน (MS) ความแปรปรวนของตัวแปรแฝงความชัน (DS) และความแปรปรวนร่วมหรือความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงระดับกับตัวแปรแฝงความชัน (RLS)

เครื่องมือและการพัฒนาเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง จำนวน 1 ฉบับ แบ่งออกเป็น 4 ตอน แต่ละตอนมีสาระดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตามวิธีการของ Likert ครอบคลุมองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ ประกอบด้วย 1) องค์ประกอบหลักด้านจิตบริการ ได้แก่ 1.1) องค์ประกอบย่อยด้านคุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวม (Quality of Holistic Nursing) 1.2) องค์ประกอบย่อยด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทร (Caring) 1.3) องค์ประกอบย่อยด้านจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล (Code of Ethics in Nursing) 2) องค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ 2.1) องค์ประกอบย่อยด้านทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking Skills) 2.2) องค์ประกอบย่อยด้านคุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking Attributes) 3) องค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ได้แก่ 3.1) องค์ประกอบย่อยด้านการส่งเสริมการดูแลตนเอง (Self-Care Promotion) 3.2) องค์ประกอบย่อยด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Patient Advocacy) รวม 75 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .991

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา ของสมเกียรติ ทานอก (2552) ใช้วัดตัวแปรสังเกตได้ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตามวิธีการของ Likert ครอบคลุมพฤติกรรมที่อาจารย์ปฏิบัติต่อนักศึกษา และพฤติกรรมที่นักศึกษปฏิบัติต่ออาจารย์ ระหว่างการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเพื่อทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ได้แก่ อาจารย์ให้ความสนใจต่อนักศึกษา อาจารย์ให้ความรักและเอาใจใส่ อาจารย์ให้ความเป็นกันเอง อาจารย์ให้คำปรึกษาและข้อชี้แนะแก่นักศึกษาทั้งในด้านการเรียนและด้านส่วนตัวที่มาขอคำปรึกษา นักศึกษาให้ความเคารพเชื่อฟังอาจารย์ผู้สอน นักศึกษาตั้งใจและสนใจกระทำในสิ่งที่อาจารย์อบรมสั่งสอน และนักศึกษาซักถามเมื่อมีข้อสงสัยด้านการเรียนและส่วนตัว รวม 30 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .919

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อน ของสมเกียรติ ทานอก (2552) ใช้วัดตัวแปรสังเกตได้ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตามวิธีการของ Likert ครอบคลุมพฤติกรรมที่นักศึกษาและเพื่อนปฏิบัติต่อกันในระหว่างการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดความสามัคคีที่ดี ได้แก่ การช่วยเหลือพึ่งพาส่งเสริมและกัน การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การ

ใกล้ชิด ความห่วงใยใกล้ชิดสนิทสนมซึ่งกันและกัน และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันในกลุ่มเพื่อน ด้วยความรักและสามัคคี รวม 20 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .844

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเจตคติต่อวิชาชีพอพยาบาล ของเพลินตา พรหมบัวศรี (2545) ใช้วัดตัวแปรสังเกตได้ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตามวิธีการของ Likert แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การยอมรับในสังคม จำนวน 4 ข้อ ลักษณะวิชาชีพ จำนวน 3 ข้อ การปฏิบัติงานในวิชาชีพ จำนวน 4 ข้อ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จำนวน 3 ข้อ ความก้าวหน้าในวิชาชีพ จำนวน 3 ข้อ และองค์กรวิชาชีพ 3 ข้อ รวม 20 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .921

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยระยะยาวที่มีการวัดซ้ำ จำนวน 4 ครั้ง (repeat measured design) และใช้โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งมีข้อตกลงเบื้องต้นที่สำคัญเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ต้องมีการวัดซ้ำอย่างน้อย 4 ครั้ง จึงจะทำให้ได้โค้งพัฒนาการที่เหมาะสมเช่นเดียวกับการศึกษาระยะยาว (Longitudinal study) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นการศึกษาพัฒนาการจากการวัด 4 ครั้ง ซึ่งวัดจากกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม ๆ ละ 4 ครั้ง โดยแต่ละครั้งมีระยะเวลาห่างกัน ทุก 1 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งแรกต้นเดือนมิถุนายน 2563 ครั้งที่ 2 ปลายเดือนมิถุนายน 2563 ครั้งที่ 3 ปลายเดือนกรกฎาคม 2563 และครั้งที่ 4 ปลายเดือนสิงหาคม 2563 เมื่อนำข้อมูลการวัดแต่ละครั้งมารวมกัน จะทำให้ได้ข้อมูลของนักศึกษาตลอดช่วงระยะเวลาของการศึกษา รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

1. ทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร เสนอไปยังผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. จัดเตรียมแบบสอบถามตามจำนวนของนักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างของวิทยาลัย พร้อมทั้งกำหนดรหัสของผู้ตอบแบบสอบถามสำหรับใช้อ้างอิงในการวิเคราะห์
3. ผู้วิจัยทำการประสานงานกับอาจารย์ผู้สอนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช เพื่อขอความอนุเคราะห์ให้เป็นผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และร่วมกันวางแผนการเก็บข้อมูลกับนักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
4. ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติที่กำลังนิเทศการฝึกภาคปฏิบัติแก่นักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม แล้วคัดแยกแบบสอบถามที่ตอบไม่สมบูรณ์ออกไป จากนั้นนำแบบสอบถามไปบันทึกเป็นแฟ้มข้อมูล 4 แฟ้ม จำแนกตามครั้งที่เก็บข้อมูล เปลี่ยนรหัส (recode) ข้อคำถามที่เป็นข้อความทางลบ และนำข้อมูลทั้ง 3 แฟ้มมารวมกันเป็นแฟ้มข้อมูลเดียว (merge file) เพื่อตรวจสอบข้อมูลที่มีการสูญหาย ซึ่งการวิเคราะห์ครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบครบสมบูรณ์ทั้ง 4 ครั้ง (balanced on time with complete data) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การวิเคราะห์โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง ใช้โปรแกรม M-Plus และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression) โดยใช้วิธีการใส่ตัวแปรอิสระหรือตัวแปรทำนายแบบ hierarchical stepwise

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่โครงการวิจัย 016/63 (UPHO REC No.016/63) COE No.002/63 ลงวันที่ 15 เมษายน 2563 (ภาคผนวก ข) และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูล ต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

บทที่ 4

ผลการวิจัย

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการนำเสนอผลการวิจัยเพื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจ ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ขององค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ และองค์ประกอบย่อยทั้ง 7 องค์ประกอบ ทั้งนี้เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้แทนตัวแปรสังเกตได้

SM จิตบริการ

AT การคิดเชิงวิเคราะห์

PA การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ

QUA คุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวม

CAR การดูแลอย่างเอื้ออาทร

ETH จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล

ATS ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์

ATA คุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์

SCP การส่งเสริมการดูแลตนเอง

PAA การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

SAP1 อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ในการวัดครั้งที่ 1

SAP2 อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ในการวัดครั้งที่ 2

SAP3 อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ในการวัดครั้งที่ 3

SAP4 อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ในการวัดครั้งที่ 4

ATT1 เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล ในการวัดครั้งที่ 1

ATT2 เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล ในการวัดครั้งที่ 2

ATT3 เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล ในการวัดครั้งที่ 3

ATT4 เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล ในการวัดครั้งที่ 4

TE_ST2 ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา ในการวัดครั้งที่ 2

TE_ST3 ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา ในการวัดครั้งที่ 3

TE_ST4 ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา ในการวัดครั้งที่ 4

ST_ST2 ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อน ในการวัดครั้งที่ 2

ST_ST3 ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อน ในการวัดครั้งที่ 3

ST_ST4 ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อน ในการวัดครั้งที่ 4

สัญลักษณ์ที่ใช้แทนตัวแปรแฝง

LEVEL ตัวแปรแฝงระดับ หรือตัวแปรแฝงที่แสดงสถานะเริ่มต้นของพัฒนาการอัตลักษณ์
การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

SLOPE ตัวแปรแฝงความชัน หรือตัวแปรแฝงที่แสดงการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการ
อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

สัญลักษณ์ที่ใช้แทนค่าพารามิเตอร์ในโมเดล

ML พารามิเตอร์ค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงระดับ

MS พารามิเตอร์ค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงความชัน

DL พารามิเตอร์ความแปรปรวนของตัวแปรแฝงระดับ

DS พารามิเตอร์ความแปรปรวนของตัวแปรแฝงความชัน

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเรื่อง การพัฒนาแบบวัดอัตลักษณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อ
พัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้
โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีลำดับการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตาม
วัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการพัฒนาแบบวัดและเกณฑ์ปกติอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความ
เป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

1. ผลการพัฒนาองค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วย
หัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

2. ผลการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วย
หัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

3. ผลการพัฒนาเกณฑ์ปกติ (Norm) ของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วย
หัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาพัฒนาการและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์
การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

1. ผลการสร้างและตรวจสอบโมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการ
สุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

ตอนที่ 1 ผลการพัฒนาแบบวัดและเกณฑ์ปกติอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

ในตอนนี้นำผู้วิจัยนำเสนอ 3 หัวข้อ คือ 1) ผลการพัฒนาองค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล 2) ผลการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล และ 3) การพัฒนาเกณฑ์ปกติ (Norm) ของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละส่วน ดังนี้

1. ผลการพัฒนาองค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูลในตอนนี้นำเพื่ออธิบายและตอบวัตถุประสงค์ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ข้อที่ 1 คือ เพื่อศึกษาองค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ว่ามีลักษณะอย่างไร ประกอบด้วยตัวแปรใดบ้าง โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์หาองค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 – 4 วิทยาลัยพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา 2562 ประกอบด้วย 5 เครือข่าย ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคเหนือ วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 1 วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 2 และวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้ จำนวน 1,500 คน ตอบแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นการถามระดับการรับรู้ พฤติกรรมที่สะท้อนถึงการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่ตรงกับความ เป็นจริงหรือความรู้สึก โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามโดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาให้คะแนนซึ่งแต่ละคะแนนมีช่วงคะแนนที่เท่ากันจากคะแนนเต็ม 5 ถึงคะแนนน้อยที่สุด 1 คะแนน ในแต่ละตัวบ่งชี้ ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา จำนวน 1,500 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ผลการวิเคราะห์ปรากฏดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 5 เครือข่าย ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคเหนือ วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 1 วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 2 และวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้ จำนวน 1,500 คน ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปมีผลการวิจัยดังนี้

ตาราง 17 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามเครือข่าย (n = 1,500)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|---|------------|--------------|
| 1. เครือข่าย | | |
| 1.1 เครือข่ายภาคเหนือ | | |
| วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา | 126 | 8.40 |
| วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง | 93 | 6.20 |
| วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช | 82 | 5.47 |
| วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ | 100 | 6.67 |
| รวม | 401 | 26.74 |
| 2. เครือข่ายภาคกลาง 1 | | |
| วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ | 90 | 6.00 |
| วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี | 98 | 6.53 |
| รวม | 188 | 12.53 |
| 3. เครือข่ายภาคกลาง 2 | | |
| วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี | 106 | 7.07 |
| วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท | 96 | 6.40 |
| วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี | 114 | 7.60 |
| รวม | 316 | 21.07 |
| 4. เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | | |
| วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม | 92 | 6.13 |
| วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ | 102 | 6.80 |
| วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ | 81 | 5.40 |
| รวม | 275 | 18.33 |

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------------|---------------|
| 5. เครือข่ายภาคใต้ | | |
| วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช | 90 | 6.00 |
| วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง | 113 | 7.53 |
| วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา | 117 | 7.80 |
| รวม | 320 | 21.33 |
| 2. เพศ | | |
| ชาย | 70 | 4.67 |
| หญิง | 1430 | 95.33 |
| 3. นักศึกษาชั้นปี | | |
| ชั้นปีที่ 2 | 567 | 37.80 |
| ชั้นปีที่ 3 | 762 | 50.80 |
| ชั้นปีที่ 4 | 171 | 11.40 |
| 4. อายุ | | |
| 18-20 ปี | 676 | 45.07 |
| 21-23 ปี | 767 | 51.13 |
| > 24ปี | 57 | 3.80 |
| 5. เกรดเฉลี่ยสะสม | | |
| 2.00-2.50 | 249 | 16.60 |
| 2.51-3.00 | 705 | 47.00 |
| 3.01-3.50 | 476 | 31.70 |
| 3.51-4.00 | 70 | 4.70 |
| รวมทั้งสิ้น | 1500 | 100.00 |

จากตาราง 17 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามในวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคเหนือมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.74 รองลงมาเป็นเครือข่ายภาคใต้ เครือข่ายภาคกลาง 2 และเครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็นร้อยละ 21.33, 21.07, 18.33 ตามลำดับ ส่วนเครือข่ายภาคกลาง 1 น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 12.53 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95.33 และส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 50.80 โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 21-23 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.13 และผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ในช่วง 2.51-3.00 คิดเป็นร้อยละ 47.00

1.2 ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) เพื่อหาลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) ของข้อมูลด้วย Normal Probability Plot พบว่า ค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง ดังนั้นสรุปได้ว่า ลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (กัลยา วาณิชยบัญชา, 2551, น. 194)

1.3 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบ

ก่อนการวิเคราะห์องค์ประกอบ ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบความเหมาะสมของข้อมูลทั้งหมดตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบในแต่ละองค์ประกอบหลักว่าสามารถทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ได้หรือไม่ เพื่อพิจารณาว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวบ่งชี้ในแต่ละองค์ประกอบหลัก ทั้ง 3 องค์ประกอบว่าแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ ถ้าข้อคำถามไม่มีความสัมพันธ์กัน แสดงว่าไม่มีองค์ประกอบร่วมและไม่มีประโยชน์จะนำเมทริกซ์นั้นไปวิเคราะห์ สำหรับค่าสถิติที่จะใช้เพื่อพิจารณาตามข้อเสนอแนะของแฮร์ และคณะ (Hair et al., 2010, p. 115) คือ Bartlett's Test of Sphericity จะต้องมีความสำคัญซึ่งบ่งบอกว่าข้อคำถามนั้นมีความสัมพันธ์กันเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจต่อไป ประกอบกับการพิจารณาค่าดัชนีไคเซอร์ – เมเยอร์ – ออลกิน (The Kaiser – Mayer – Olkin Measure of Sampling Adequacy: (MSA)) ซึ่งเป็นค่าบ่งบอกความเหมาะสมของข้อมูล ควรมีค่ามากกว่า .50 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏ ตาราง 18

ตาราง 18 ผลการพิจารณาความเหมาะสมของข้อมูล

| ตัวบ่งชี้อัตลักษณ์การบริการ สุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ของนักศึกษาพยาบาล | Bartlett's Test of Sphericity | | | Kaiser-Mayer-Olkin Measure of Sampling Adequacy: (MSA) | |
|---|-------------------------------|-----|------|--|-----------|
| | Approx. Chi-Square | df | Sig. | ค่าที่ เหมาะสม | ค่าที่ได้ |
| 1. องค์ประกอบหลักด้านจิตบริการ ของนักศึกษาพยาบาล | 37669.889 | 351 | .000 | > .05 | .977 |
| 2. องค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิง วิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล | 26928.872 | 136 | .000 | > .05 | .970 |
| 3. องค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วม ของผู้รับบริการ | 53770.349 | 465 | .000 | > .05 | .985 |

จากตาราง 18 ค่าดัชนีไคเซอร์ - เมเยอร์ - ออลกิน (The Kaiser – Mayer – Olkin Measure of Sampling Adequacy: (MSA)) ในแต่ละองค์ประกอบหลัก มีค่าเท่ากับ .977, .970 และ .985 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าสูงกว่า .50 และค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก จึงมีความเหมาะสมในการนำข้อมูลไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและค่าไคสแควร์ ที่ได้จาก Bartlett's Test of Sphericity มีค่าเท่ากับ 37669.889, 26928.872 และ 53770.349 ตามลำดับ ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้ง 3 องค์ประกอบหลัก สรุปได้ว่า เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้น เมทริกซ์สหสัมพันธ์นี้จึงเหมาะสมที่จะใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจได้ ทั้งนี้ตัวบ่งชี้ในองค์ประกอบหลักด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล และด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ทั้ง 75 ข้อ มีขนาดความสัมพันธ์เพียงพอ และมีความเหมาะสมในการนำไปวิเคราะห์ตัวบ่งชี้อัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ต่อไป

สำหรับผลการวิเคราะห์สถิติวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ในแต่ละองค์ประกอบหลัก โดยแยกเป็น 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาองค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่มีค่า Eigenvalue เป็นเกณฑ์กำหนดจำนวนองค์ประกอบที่จะใช้ในโมเดล โดยการคัดเลือกองค์ประกอบที่อธิบายความแปรปรวนได้มากกว่า 1 ไว้ ซึ่งหากพบว่ามีค่าน้อยกว่า 1 แสดงว่าน่าจะมีตัวแปรที่น้อยกว่า 1 ตัวที่อยู่ในองค์ประกอบนั้น จึงเป็นค่าที่ตัดสินใจได้ว่าไม่ควรเลือกองค์ประกอบที่น้อยกว่า 1 โดยที่ค่าไอเกนเป็นค่าความแปรปรวนรวมของตัวแปรทั้งหมดที่อธิบายได้โดยประกอบซึ่งได้ผลรวมของน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรยกกำลังสองทุกตัวในองค์ประกอบนั้น

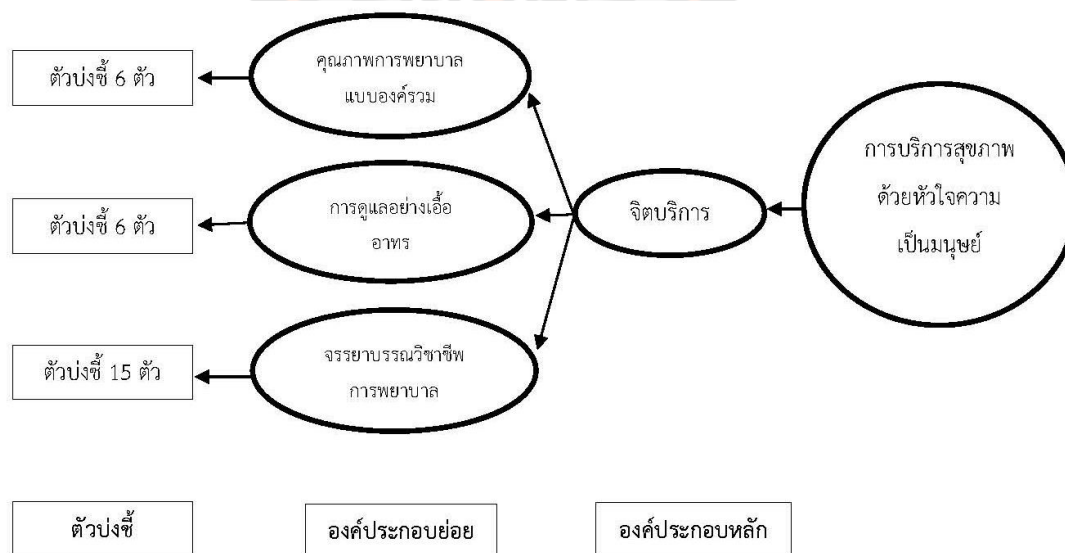
ผู้วิจัยนำข้อมูลที่บันทึกจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้การวิเคราะห์ด้วยวิธีสกัดปัจจัยเพื่อพิจารณาจัดกลุ่มด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis: PCA) ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมและนิยมใช้กันมากที่สุดในการใช้เพื่อลดจำนวนตัวแปรให้เหลือน้อยที่สุดแต่สามารถอธิบายได้มากที่สุดและใช้วิธีหมุนแกนองค์ประกอบ (Factor Rotation) แบบออร์โธโกนอล (Orthogonal Rotation) ซึ่งเป็นการหมุนแกนแบบมุมฉากด้วยวิธีแวนิแม็กซ์ (Varimax) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .50 ขึ้นไป ตามข้อเสนอแนะของแฮร์ และคณะ (Hair et al., 2010, p. 115) ที่อธิบายไว้ว่าโดยทั่วไปค่าน้ำหนักองค์ประกอบในช่วงระหว่าง $\pm .50$ มีความจำเป็นสำหรับการมีนัยสำคัญในเชิงปฏิบัติ (Practical Significance) หลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลแล้วปรากฏว่าตัวบ่งชี้ในองค์ประกอบหลักด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล จำนวน

27 ตัวบ่งชี้ จัดเป็นองค์ประกอบย่อยได้ 3 องค์ประกอบ สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ทั้งหมด 27 ตัวบ่งชี้ ได้ร้อยละ 70.40 ดังนี้ (ภาพ 4)

องค์ประกอบย่อยที่ 1 ด้านคุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวม (Quality of Holistic Nursing) เป็นองค์ประกอบที่มีตัวบ่งชี้ที่จัดใหม่ จำนวน 6 ตัวบ่งชี้

องค์ประกอบย่อยที่ 2 ด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทร (Caring) เป็นองค์ประกอบที่มีตัวบ่งชี้ที่จัดใหม่ จำนวน 6 ตัวบ่งชี้

องค์ประกอบย่อยที่ 3 ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล (Code of Ethics in Nursing) เป็นองค์ประกอบที่มีตัวบ่งชี้ที่จัดใหม่ จำนวน 15 ตัวบ่งชี้



ภาพ 4 ผลการวิจัยองค์ประกอบหลักด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล

ตาราง 19 ค่าไอเกน ร้อยละของความแปรปรวนและร้อยละสะสมของความแปรปรวน

องค์ประกอบหลักด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล

| องค์ประกอบย่อย | ค่าไอเกน | ร้อยละของความแปรปรวน | ร้อยละสะสมของความแปรปรวน |
|-------------------------------|----------|----------------------|--------------------------|
| ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล | 16.39 | 60.70 | 60.70 |
| ด้านคุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวม | 1.58 | 5.85 | 66.56 |
| ด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทร | 1.04 | 3.85 | 70.40 |

จากตาราง 19 สรุปได้ว่าทั้ง 3 องค์ประกอบย่อยในองค์ประกอบหลักด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ 27 ตัวบ่งชี้ ได้ร้อยละ 70.40 โดยมีค่าไอเกน เท่ากับ 16.39, 1.58 และ 1.04 ตามลำดับ ทั้งนี้ความแปรปรวนขององค์ประกอบย่อยที่ 1 มีค่าสูงสุด ร้อยละ 60.70 รองลงมาเป็นองค์ประกอบย่อยที่ 2 และองค์ประกอบย่อยที่ 3 มีค่าแปรปรวนร้อยละ 5.85 และ 3.85ตามลำดับ

สำหรับค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้แต่ละตัวบ่งชี้ในองค์ประกอบหลักด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล ที่ผ่านการวิเคราะห์องค์ประกอบ ดังตาราง 20 -22

ตาราง 20 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบหลักด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล องค์ประกอบย่อยด้านคุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวม

| ข้อที่ | ตัวบ่งชี้ | ค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ |
|--------|---|------------------------|
| 1 | สร้างสภาพสิ่งแวดล้อมต่อการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ | .769 |
| 2 | ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการ | .746 |
| 3 | ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงผลสำเร็จของการให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการ | .518 |
| 8 | ให้บริการตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ | .682 |
| 9 | ให้บริการเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความหวังในชีวิต | .606 |
| 10 | ให้บริการโดยคำนึงถึงบริบทและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ | .610 |

จากตาราง 20 แสดงว่าองค์ประกอบย่อยด้านคุณภาพการบริการแบบองค์รวมประกอบด้วยตัวบ่งชี้ทั้งหมด 6 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .518 - .769 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุด ได้แก่ สร้างสภาพสิ่งแวดล้อมต่อการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุด ได้แก่ ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงผลสำเร็จของการให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการ

ตาราง 21 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบหลักด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล องค์ประกอบย่อย
ด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทร

| ข้อที่ | ตัวบ่งชี้ | ค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ |
|--------|---|------------------------|
| 4 | ควบคุมอารมณ์และแสดงออกต่อผู้รับบริการและ ผู้เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม | .683 |
| 5 | สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ | .685 |
| 6 | รับฟังความคิดเห็นและคำแนะนำของผู้รับบริการด้วยความ ตั้งใจ | .681 |
| 7 | ปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้รับบริการด้วยความอ่อนโยนและ นุ่มนวล | .653 |
| 11 | ปฏิบัติต่อผู้รับบริการอย่างเป็นธรรมเท่าเทียม ไม่เลือก ปฏิบัติ | .653 |
| 13 | มีกิริยา ท่าทางสุภาพ อ่อนน้อมกับผู้รับบริการทุกคน | .582 |

จากตาราง 21 แสดงว่าองค์ประกอบย่อยด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทร ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ทั้งหมด 6 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .582 - .685 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุด ได้แก่ สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุด ได้แก่ กิริยา ท่าทางสุภาพ อ่อนน้อมกับผู้รับบริการทุกคน

ตาราง 22 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบหลักด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล องค์ประกอบย่อย
ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล

| ข้อที่ | ตัวบ่งชี้ | ค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ |
|--------|--|------------------------|
| 12 | รักษาความลับของผู้รับบริการ | .577 |
| 14 | ให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นใน การบริการสุขภาพ | .623 |
| 15 | ให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการด้วยมาตรฐานวิชาชีพจนเกิด ความพึงพอใจในการให้บริการสุขภาพ | .614 |
| 16 | ให้บริการสุขภาพโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน | .715 |
| 17 | มีความซื่อสัตย์สุจริตในทุกกิจกรรมของการพยาบาล | .745 |

| ข้อที่ | ตัวบ่งชี้ | ค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ |
|--------|--|------------------------|
| 18 | ปฏิบัติในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ | .783 |
| 19 | รับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมายและผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำของตนเอง | .730 |
| 20 | กระตือรือร้นในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ | .651 |
| 21 | ยอมรับความคิดและพฤติกรรมของผู้รับบริการโดยไม่นำความคิดของตนเองไปตัดสิน | .695 |
| 22 | สามารถทำงานเป็นทีมร่วมกับผู้อื่นได้ | .707 |
| 23 | มีทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างกำลังใจแก่ผู้รับบริการ | .605 |
| 24 | ปฏิบัติตามพยาบาลองค์รวมตามกระบวนการพยาบาล | .701 |
| 25 | ปฏิบัติงานโดยเห็นประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตน | .737 |
| 26 | ให้การพยาบาลด้วยความห่วงใยและเมตตา | .778 |
| 27 | เคารพในคุณค่าศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ | .712 |

จากตาราง 22 แสดงว่าองค์ประกอบย่อยด้านจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ทั้งหมด 15 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .577 - .783 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุด ได้แก่ ปฏิบัติในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุด ได้แก่ รักษาความลับของผู้รับบริการ

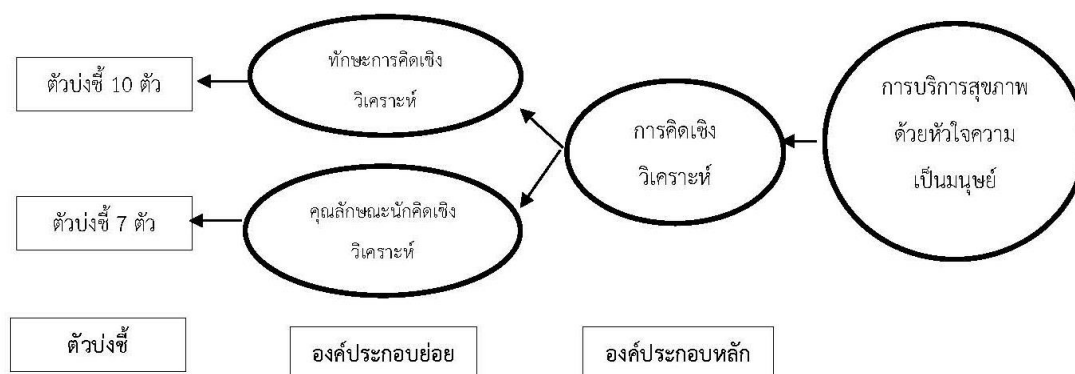
2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาองค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่มีค่า Eigenvalue เป็นเกณฑ์กำหนดจำนวนองค์ประกอบที่จะใช้ในโมเดล โดยการคัดเลือกองค์ประกอบที่อธิบายความแปรปรวนได้มากกว่า 1 ไร่ ซึ่งหากพบว่ามีค่าน้อยกว่า 1 แสดงว่าน่าจะมีตัวแปรที่น้อยกว่า 1 ตัวที่อยู่ในองค์ประกอบนั้น จึงเป็นค่าที่ตัดสินใจได้ว่าไม่ควรเลือกองค์ประกอบที่น้อยกว่า 1 โดยที่ค่าไอเกนเป็นค่าความแปรปรวนรวมของตัวแปรทั้งหมดที่อธิบายได้โดยประกอบซึ่งได้ผลรวมของน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรยกกำลังสองทุกตัวในองค์ประกอบนั้น

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่บันทึกจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้การวิเคราะห์ด้วยวิธีสกัดปัจจัยเพื่อพิจารณาจัดกลุ่มด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis: PCA) ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมและนิยมใช้กันมากที่สุดในการใช้เพื่อลดจำนวนตัวแปรให้เหลือน้อยที่สุดแต่สามารถอธิบายได้มากที่สุดและใช้วิธีหมุนแกนองค์ประกอบ (Factor Rotation) แบบออร์โธโกนอล (Orthogonal Rotation) ซึ่งเป็นการ

หมุนแกนแบบมุมฉากด้วยวิธีแวนิแมกซ์ (Varimax) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .50 ขึ้นไป ตามข้อเสนอแนะของแฮร์ และคณะ (Hair et al., 2010, p. 115) ที่อธิบายไว้ว่าโดยทั่วไปค่าน้ำหนักองค์ประกอบในช่วงระหว่าง ± 0.50 มีความจำเป็นสำหรับการมีนัยสำคัญในเชิงปฏิบัติ (Practical Significance) หลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลแล้วปรากฏว่าตัวบ่งชี้ในองค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาลจำนวน 17 ตัวบ่งชี้ จัดเป็นองค์ประกอบย่อยได้ 3 องค์ประกอบ สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ทั้งหมด 17 ตัวบ่งชี้ ได้ร้อยละ 75.52 ดังนี้ (ภาพ 5)

องค์ประกอบย่อยที่ 1 ด้านทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking Skills) เป็นองค์ประกอบที่มีตัวบ่งชี้ที่จัดใหม่ จำนวน 10 ตัวบ่งชี้

องค์ประกอบย่อยที่ 2 ด้านคุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking Attributes) เป็นองค์ประกอบที่มีตัวบ่งชี้ที่จัดใหม่ จำนวน 7 ตัวบ่งชี้



ภาพ 5 ผลการวิจัยองค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล

ตาราง 23 ค่าไอเกน ร้อยละของความแปรปรวนและร้อยละสะสมของความแปรปรวน
องค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล

| องค์ประกอบย่อย | ค่าไอเกน | ร้อยละของ ความ แปรปรวน | ร้อยละสะสมของ ความแปรปรวน |
|----------------------------------|----------|------------------------------|------------------------------|
| ด้านทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ | 11.73 | 68.99 | 68.99 |
| ด้านคุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์ | 1.11 | 6.53 | 75.52 |

จากตาราง 23 สรุปได้ว่าทั้ง 2 องค์ประกอบย่อยในองค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ 17 ตัวบ่งชี้ได้ร้อยละ 75.52 โดยมีค่าไอเกน เท่ากับ 11.73 และ 1.11 ตามลำดับ ทั้งนี้ความแปรปรวนขององค์ประกอบย่อยที่ 1 มีค่าสูงสุด ร้อยละ 68.99 รองลงมาเป็นองค์ประกอบย่อยที่ 2 มีค่าแปรปรวนร้อยละ 6.53

สำหรับค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้แต่ละตัวบ่งชี้ในองค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล ที่ผ่านการวิเคราะห์องค์ประกอบ ดังตาราง 24 -25

**ตาราง 24 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล
องค์ประกอบย่อยด้านทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์**

| ข้อที่ | ตัวบ่งชี้ | ค่าน้ำหนัก ของตัวบ่งชี้ |
|--------|--|----------------------------|
| 28 | มีทักษะในการตั้งคำถามเพื่อซักถามข้อมูลหรือปัญหาของผู้รับบริการ | .825 |
| 29 | มีทักษะการสืบค้นข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาของผู้รับบริการ | .827 |
| 30 | รวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย | .821 |
| 31 | รวบรวมข้อมูลที่เป็นจริงและสอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการ | .764 |
| 32 | จำแนก แยกแยะข้อมูลของผู้รับบริการบนพื้นฐานที่เป็นจริง | .754 |
| 33 | จัดหมวดหมู่ข้อมูลปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการบนฐานข้อมูลที่เป็นจริง | .735 |
| 34 | เชื่อมโยงข้อมูลผู้รับบริการกับความรู้ทางวิชาการอย่างถูกต้องและเป็นเหตุเป็นผล | .751 |
| 35 | วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการตามสภาพความเป็นจริง | .683 |
| 36 | วิเคราะห์ความจำเป็นของผู้รับบริการตามสภาพความเป็นจริง | .604 |
| 37 | วางแผนให้บริการสุขภาพสอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการ | .613 |

จากตาราง 24 แสดงว่าองค์ประกอบย่อยด้านทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ทั้งหมด 10 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .604 - .827 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุด ได้แก่ มีทักษะการสืบค้นข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาของผู้รับบริการ ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุด ได้แก่ วิเคราะห์ความจำเป็นของผู้รับบริการตามสภาพความเป็นจริง

ตาราง 25 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล
องค์ประกอบย่อยด้านคุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์

| ข้อที่ | ตัวบ่งชี้ | ค่าน้ำหนัก ของตัวบ่งชี้ |
|--------|--|----------------------------|
| 38 | อ้างอิงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือ | .658 |
| 39 | เปิดใจรับฟังและยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง | .805 |
| 40 | ใช้เหตุผลหรือหลักฐานในการแก้ปัญหาอย่างรอบคอบ | .738 |
| 41 | คิดแก้ปัญหาบนฐานข้อมูลที่เป็นจริง | .783 |
| 42 | เปรียบเทียบจุดดี จุดด้อยของวิธีการให้บริการ/การแก้ปัญหา สุขภาพในแต่ละวิธี | .674 |
| 43 | ตระหนักและยอมรับจุดเด่นและจุดด้อยของตนเองเพื่อการ พัฒนาตนเอง | .812 |
| 44 | เรียนรู้และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น | .831 |

จากตาราง 25 แสดงว่าองค์ประกอบย่อยด้านคุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์ ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ทั้งหมด 7 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .658 - .831 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุด ได้แก่ เรียนรู้และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุด ได้แก่ อ้างอิงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือ

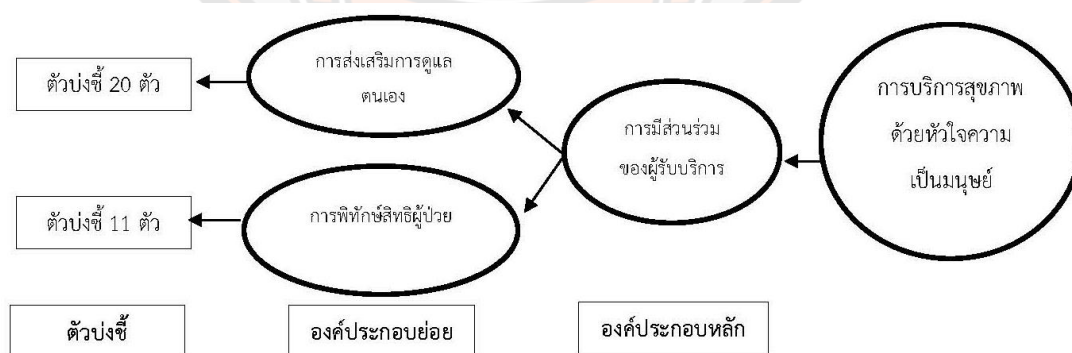
3. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาองค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่มีค่า Eigenvalue เป็นเกณฑ์กำหนดจำนวนองค์ประกอบที่จะใช้ในโมเดล โดยการคัดเลือกองค์ประกอบที่อธิบายความแปรปรวนได้มากกว่า 1 ไร่ ซึ่งหากพบว่ามีค่าน้อยกว่า 1 แสดงว่าน่าจะมีตัวแปรที่น้อยกว่า 1 ตัวที่อยู่ในองค์ประกอบนั้น จึงเป็นค่าที่ตัดสินใจได้ว่าไม่ควรเลือกองค์ประกอบที่น้อยกว่า 1 โดยที่ค่าไอเกน

เป็นค่าความแปรปรวนรวมของตัวแปรทั้งหมดที่อธิบายได้โดยประกอบซึ่งได้ผลรวมของน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรยกกำลังสองทุกตัวในองค์ประกอบนั้น

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่บันทึกจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้การวิเคราะห์ด้วยวิธีสกัดปัจจัยเพื่อพิจารณาจัดกลุ่มด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis: PCA) ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมและนิยมใช้กันมากที่สุดในการใช้เพื่อลดจำนวนตัวแปรให้เหลือน้อยที่สุดแต่สามารถอธิบายได้มากที่สุดและใช้วิธีหมุนแกนองค์ประกอบ (Factor Rotation) แบบออร์โธโกนอล (Orthogonal Rotation) ซึ่งเป็นการหมุนแกนแบบมุมฉากด้วยวิธีแวนิแมกซ์ (Varimax) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .50 ขึ้นไป ตามข้อเสนอแนะของแฮร์ และคณะ (Hair et al., 2010, p. 115) ที่อธิบายไว้ว่าโดยทั่วไปค่าน้ำหนักองค์ประกอบในช่วงระหว่าง ± 0.50 มีความจำเป็นสำหรับการมีนัยสำคัญในเชิงปฏิบัติ (Practical Significance) หลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลแล้วปรากฏว่าตัวบ่งชี้ในองค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ จำนวน 31 ตัวบ่งชี้ จัดเป็นองค์ประกอบย่อยได้ 2 องค์ประกอบ สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ทั้งหมด 31 ตัวบ่งชี้ ได้ร้อยละ 73.17 ดังนี้ (ภาพ 6)

องค์ประกอบย่อยที่ 1 ด้านการส่งเสริมการดูแลตนเอง (Self-Care Promotion) เป็นองค์ประกอบที่มีตัวบ่งชี้ที่จัดใหม่ จำนวน 20 ตัวบ่งชี้

องค์ประกอบย่อยที่ 2 ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Patient Advocacy) เป็นองค์ประกอบที่มีตัวบ่งชี้ที่จัดใหม่ จำนวน 11 ตัวบ่งชี้



ภาพ 6 ผลการวิจัยองค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ

ตาราง 26 ค่าไอเกน ร้อยละของความแปรปรวนและร้อยละสะสมของความแปรปรวน
องค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ

| องค์ประกอบย่อย | ค่าไอเกน | ร้อยละของ ความแปรปรวน | ร้อยละสะสม ของความ แปรปรวน |
|-----------------------------|----------|--------------------------|----------------------------------|
| ด้านการส่งเสริมการดูแลตนเอง | 21.30 | 68.70 | 68.70 |
| ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย | 1.39 | 4.47 | 73.17 |

จากตาราง 26 สรุปได้ว่าทั้ง 2 องค์ประกอบย่อยในองค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ 31 ตัวบ่งชี้ ได้ร้อยละ 73.17 โดยมีค่าไอเกน เท่ากับ 21.30 และ 1.39 ตามลำดับ ทั้งนี้ความแปรปรวนขององค์ประกอบย่อยที่ 1 มีค่าสูงสุด ร้อยละ 68.70 รองลงมาเป็นองค์ประกอบย่อยที่ 2 มีค่าแปรปรวนร้อยละ 4.47

สำหรับค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้แต่ละตัวบ่งชี้ในองค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ที่ผ่านการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบ ดังตาราง 27 -28

ตาราง 27 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ องค์ประกอบย่อยด้านการส่งเสริมการดูแลตนเอง

| ข้อที่ | ตัวบ่งชี้ | ค่าน้ำหนัก ของตัวบ่งชี้ |
|--------|---|----------------------------|
| 45 | กระตุ้นให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนและเลือกวิธีการดูแลตนเอง | .742 |
| 46 | ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการเพื่อพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสม | .796 |
| 47 | กระตุ้นให้ผู้รับบริการค้นพบปัญหาที่แท้จริงของตนเอง | .786 |
| 48 | ให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตรงตามสภาพปัญหาของผู้รับบริการ | .735 |
| 49 | สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ | .716 |
| 50 | ช่วยผู้รับบริการค้นหาข้อมูลที่เหมาะสม | .768 |
| 51 | กำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเองร่วมกับผู้รับบริการ | .791 |

| ข้อที่ | ตัวบ่งชี้ | ค่าน้ำหนัก ของตัวบ่งชี้ |
|--------|---|----------------------------|
| 52 | ส่งเสริมให้ผู้รับบริการรู้จักและเข้าใจตนเอง | .749 |
| 53 | ชี้แนะวิธีแก้ปัญหาสุขภาพและสอบถามความคิดเห็นเพื่อให้ ผู้รับบริการเป็นผู้ตัดสินใจ | .754 |
| 54 | เสนอทางเลือกที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาสุขภาพเพื่อให้ ผู้รับบริการเป็นผู้ตัดสินใจ | .765 |
| 55 | สะท้อนคิดให้กับผู้รับบริการอย่างสร้างสรรค์ มีเหตุผล | .790 |
| 56 | ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการเพื่อการตัดสินใจ | .751 |
| 57 | จัดบรรยากาศให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน | .746 |
| 58 | ให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการจัดสรรสิ่งอำนวยความสะดวก | .719 |
| 59 | เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการตัดสินใจและปฏิบัติที่ถูกต้อง | .652 |
| 60 | ประสานความร่วมมือกับผู้รับบริการ | .681 |
| 72 | เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการซักถามข้อสงสัยจนเกิดความเข้าใจ | .575 |
| 73 | สรุปปัญหาและความต้องการร่วมกับผู้รับบริการและ ครอบครัว | .664 |
| 74 | สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้รับบริการปฏิบัติตามแนวทางที่เลือก ไว้ให้บรรลุเป้าหมาย | .678 |
| 75 | พัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการให้ สามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน | .650 |

จากตาราง 27 แสดงว่าองค์ประกอบย่อยด้านการส่งเสริมการดูแลตนเอง ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ทั้งหมด 20 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .575 - .796 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุด ได้แก่ ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการเพื่อพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสม ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุด ได้แก่ เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการซักถามข้อสงสัยจนเกิดความเข้าใจ

ตาราง 28 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ องค์ประกอบย่อย
ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

| ข้อที่ | ตัวบ่งชี้ | ค่าน้ำหนัก ของตัวบ่งชี้ |
|--------|--|----------------------------|
| 61 | ให้บริการสุขภาพที่คำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล | .621 |
| 62 | เคารพการตัดสินใจของผู้รับบริการ | .823 |
| 63 | เคารพและตระหนักในสิทธิของผู้รับบริการ | .838 |
| 64 | คำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ | .803 |
| 65 | ให้การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้รับบริการภายใต้ ขอบเขตวิชาชีพ | .771 |
| 66 | สร้างความมั่นใจในความปลอดภัยของการบริการสุขภาพแก่ ผู้รับบริการ | .736 |
| 67 | สนับสนุนให้ผู้รับบริการตัดสินใจตามสิทธิ | .715 |
| 68 | ยอมรับความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม วิธีการดำเนินชีวิตของ ผู้รับบริการ | .780 |
| 69 | เป็นตัวแทนผู้รับบริการในการเรียกร้องสิทธิที่พึงได้รับ | .500 |
| 70 | ปกป้องการถูกละเมิดสิทธิของผู้รับบริการ | .544 |
| 71 | ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ | .507 |

จากตาราง 28 แสดงว่าองค์ประกอบย่อยด้านการส่งเสริมการดูแลตนเอง ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ทั้งหมด 11 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .500 - .838 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุด ได้แก่ เคารพและตระหนักในสิทธิของผู้รับบริการ ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุด ได้แก่ เป็นตัวแทนผู้รับบริการในการเรียกร้องสิทธิที่พึงได้รับ

สรุปผลจากการพัฒนาตัวบ่งชี้และตัวบ่งชี้ย่อยอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป พบว่า อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1. องค์ประกอบหลักด้านจิตบริการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย คือ
 - 1) องค์ประกอบย่อยที่ 1 ด้านคุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวม (Quality of Holistic Nursing) จำนวน 6 ตัวบ่งชี้
 - 2) องค์ประกอบย่อยที่ 2 ด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทร (Caring) จำนวน 6 ตัวบ่งชี้

และ 3) องค์ประกอบย่อยที่ 3 ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล (Code of Ethics in Nursing) จำนวน 15 ตัวบ่งชี้ รวมทั้งหมด 27 ตัวบ่งชี้

2. องค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบย่อย คือ 1) องค์ประกอบย่อยที่ 1 ด้านทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking Skills) จำนวน 10 ตัวบ่งชี้ และ 2) องค์ประกอบย่อยที่ 2 ด้านคุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking Attributes) จำนวน 7 ตัวบ่งชี้ รวมทั้งหมด 17 ตัวบ่งชี้

3. องค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบย่อย คือ 1) องค์ประกอบย่อยที่ 1 ด้านการส่งเสริมการดูแลตนเอง (Self-Care Promotion) จำนวน 20 ตัวบ่งชี้ และ 2) องค์ประกอบย่อยที่ 2 ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Patient Advocacy) จำนวน 11 ตัวบ่งชี้ รวมทั้งหมด 31 ตัวบ่งชี้

จากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 75 ข้อคำถาม ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลมาสร้างเป็นแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล รายละเอียดดังนี้

แบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

คำชี้แจง

ขอความกรุณาท่านโปรดอ่านและพิจารณาว่าพฤติกรรมที่สะท้อนถึงการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของท่าน ที่ตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของตัวเองมากที่สุด โดยให้ท่านพิจารณาให้คะแนนและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินตนเอง ดังนี้

ระดับการรับรู้ 5 หมายถึง ท่านมีความสามารถในเรื่องนั้นอยู่ในระดับมากที่สุด หรือสามารถเป็นแบบอย่างให้กับผู้อื่นได้ หรือทำได้เกินเกณฑ์ที่ท่านกำหนดไว้

ระดับการรับรู้ 4 หมายถึง ท่านมีความสามารถในเรื่องนั้นอยู่ในระดับมาก หรือทำได้ตามเกณฑ์ ที่ท่านกำหนดไว้

ระดับการรับรู้ 3 หมายถึง ท่านมีความสามารถในเรื่องนั้นอยู่ในระดับปานกลาง หรือทำได้ตามเกณฑ์ที่ท่านกำหนดไว้ แต่ยังมีบางจุดต้องได้รับการปรับปรุงพัฒนา

ระดับการรับรู้ 2 หมายถึง ท่านมีความสามารถในเรื่องนั้นอยู่ในระดับน้อย หรือทำได้ต่ำกว่าเกณฑ์ ที่ท่านกำหนดไว้ ซึ่งยังต้องมีการปรับปรุงพัฒนาหลายจุด

ระดับการรับรู้ 1 หมายถึง ท่านมีความสามารถในเรื่องนั้นอยู่ในระดับน้อยที่สุด หรือถือว่าไม่มี ความสามารถด้านนี้เลย

| ลำดับ | พฤติกรรมกรให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็น มนุษย์ | ระดับการรับรู้ | | | | |
|--|---|----------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| องค์ประกอบหลักด้านจิตบริการ | | | | | | |
| องค์ประกอบย่อยด้านคุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวม (Quality of Holistic Nursing) | | | | | | |
| 1 | สร้างสภาพสิ่งแวดล้อมต่อการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ ให้บริการกับผู้รับบริการ | | | | | |
| 2 | ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าในการให้บริการสุขภาพแก่ ผู้รับบริการ | | | | | |
| 3 | ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงผลสำเร็จของการให้บริการ สุขภาพแก่ผู้รับบริการ | | | | | |
| 4 | ให้บริการตรงตามปัญหาและความต้องการของ ผู้รับบริการ | | | | | |
| 5 | ให้บริการเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความหวังในชีวิต | | | | | |
| 6 | ให้บริการโดยคำนึงถึงบริบทและวัฒนธรรมของ ผู้รับบริการ | | | | | |
| องค์ประกอบย่อยด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทร (Caring) | | | | | | |
| 7 | ควบคุมอารมณ์และแสดงออกต่อผู้รับบริการและ ผู้เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม | | | | | |
| 8 | สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ | | | | | |
| 9 | รับฟังความคิดเห็นและคำแนะนำของผู้รับบริการด้วย ความตั้งใจ | | | | | |
| 10 | ปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้รับบริการด้วยความอ่อนโยน และนุ่มนวล | | | | | |
| 11 | ปฏิบัติต่อผู้รับบริการอย่างเป็นธรรมเท่าเทียม ไม่เลือก ปฏิบัติ | | | | | |
| 12 | มีกิริยา ท่าทางสุภาพ อ่อนน้อมกับผู้รับบริการทุกคน | | | | | |
| องค์ประกอบย่อยด้านจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล (Code of Ethics in Nursing) | | | | | | |
| 13 | รักษาความลับของผู้รับบริการ | | | | | |
| 14 | ให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นใน การบริการสุขภาพ | | | | | |

| ลำดับ | พฤติกรรมกาให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ | ระดับการรับรู้ | | | | |
|--|--|----------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15 | ให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการด้วยมาตรฐานวิชาชีพจนเกิดความพึงพอใจในการให้บริการสุขภาพ | | | | | |
| 16 | ให้บริการสุขภาพโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน | | | | | |
| 17 | มีความซื่อสัตย์สุจริตในทุกกิจกรรมของการพยาบาล | | | | | |
| 18 | ปฏิบัติในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ | | | | | |
| 19 | รับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมายและผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำของตนเอง | | | | | |
| 20 | กระตือรือร้นในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ | | | | | |
| 21 | ยอมรับความคิดและพฤติกรรมของผู้รับบริการโดยไม่นำความคิดของตนเองไปตัดสิน | | | | | |
| 22 | สามารถทำงานเป็นทีมร่วมกับผู้อื่นได้ | | | | | |
| 23 | มีทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างกำลังใจแก่ผู้รับบริการ | | | | | |
| 24 | ปฏิบัติตามพยาบาลองค์รวมตามกระบวนการพยาบาล | | | | | |
| 25 | ปฏิบัติงานโดยเห็นประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตน | | | | | |
| 26 | ให้การพยาบาลด้วยความห่วงใยและเมตตา | | | | | |
| 27 | เคารพในคุณค่าศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ | | | | | |
| องค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ | | | | | | |
| องค์ประกอบย่อยด้านทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking Skills) | | | | | | |
| 28 | มีทักษะในการตั้งคำถามเพื่อซักถามข้อมูลหรือปัญหาของผู้รับบริการ | | | | | |
| 29 | มีทักษะการสืบค้นข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาของผู้รับบริการ | | | | | |
| 30 | รวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย | | | | | |
| 31 | รวบรวมข้อมูลที่เป็นจริงและสอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการ | | | | | |
| 32 | จำแนก แยกแยะข้อมูลของผู้รับบริการบนพื้นฐานที่เป็นจริง | | | | | |

| ลำดับ | พฤติกรรมกาให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ | ระดับการรับรู้ | | | | |
|--|--|----------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 33 | จัดหมวดหมู่ข้อมูลปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการบนฐานข้อมูลที่เป็นจริง | | | | | |
| 34 | เชื่อมโยงข้อมูลผู้รับบริการกับความรู้ทางวิชาการอย่างถูกต้องและเป็นเหตุเป็นผล | | | | | |
| 35 | วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการตามสภาพความเป็นจริง | | | | | |
| 36 | วิเคราะห์ความจำเป็นของผู้รับบริการตามสภาพความเป็นจริง | | | | | |
| 37 | วางแผนให้บริการสุขภาพสอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการ | | | | | |
| องค์ประกอบย่อยด้านคุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking Attributes) | | | | | | |
| 38 | อ้างอิงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือ | | | | | |
| 39 | เปิดใจรับฟังและยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง | | | | | |
| 40 | ใช้เหตุผลหรือหลักฐานในการแก้ปัญหาอย่างรอบคอบ | | | | | |
| 41 | คิดแก้ปัญหาบนฐานข้อมูลที่เป็นจริง | | | | | |
| 42 | เปรียบเทียบจุดดี จุดด้อยของวิธีการให้บริการ/การแก้ปัญหาสุขภาพในแต่ละวิธี | | | | | |
| 43 | ตระหนักและยอมรับจุดเด่นและจุดด้อยของตนเองเพื่อการพัฒนาตนเอง | | | | | |
| 44 | เรียนรู้และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น | | | | | |
| องค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ | | | | | | |
| องค์ประกอบย่อยด้านการส่งเสริมการดูแลตนเอง (Self-Care Promotion) | | | | | | |
| 45 | กระตุ้นให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนและเลือกวิธีการดูแลตนเอง | | | | | |
| 46 | ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการเพื่อพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสม | | | | | |
| 47 | กระตุ้นให้ผู้รับบริการค้นพบปัญหาที่แท้จริงของตนเอง | | | | | |
| 48 | ให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตรงตามสภาพปัญหาของผู้รับบริการ | | | | | |

| ลำดับ | พฤติกรรมกาให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ | ระดับการรับรู้ | | | | |
|--|---|----------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 49 | สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ | | | | | |
| 50 | ช่วยผู้รับบริการค้นหาข้อมูลที่เหมาะสม | | | | | |
| 51 | กำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเองร่วมกับผู้รับบริการ | | | | | |
| 52 | ส่งเสริมให้ผู้รับบริการรู้จักและเข้าใจตนเอง | | | | | |
| 53 | ชี้แนะวิธีแก้ปัญหาสุขภาพและสอบถามความคิดเห็นเพื่อให้ผู้รับบริการเป็นผู้ตัดสินใจ | | | | | |
| 54 | เสนอทางเลือกที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาสุขภาพเพื่อให้ผู้รับบริการเป็นผู้ตัดสินใจ | | | | | |
| 55 | สะท้อนคิดให้กับผู้รับบริการอย่างสร้างสรรค์ มีเหตุผล | | | | | |
| 56 | ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการเพื่อการตัดสินใจ | | | | | |
| 57 | จัดบรรยากาศให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน | | | | | |
| 58 | ให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการจัดสรรสิ่งอำนวยความสะดวก | | | | | |
| 59 | เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการตัดสินใจและปฏิบัติที่ถูกต้อง | | | | | |
| 60 | ประสานความร่วมมือกับผู้รับบริการ | | | | | |
| 61 | เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการซักถามข้อสงสัยจนเกิดความเข้าใจ | | | | | |
| 62 | สรุปปัญหาและความต้องการร่วมกับผู้รับบริการและครอบครัว | | | | | |
| 63 | สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้รับบริการปฏิบัติตามแนวทางที่เลือกไว้ให้บรรลุเป้าหมาย | | | | | |
| 64 | พัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการให้สามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน | | | | | |
| องค์ประกอบย่อยด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Patient Advocacy) | | | | | | |
| 65 | ให้บริการสุขภาพที่คำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล | | | | | |
| 66 | เคารพการตัดสินใจของผู้รับบริการ | | | | | |
| 67 | เคารพและตระหนักในสิทธิของผู้รับบริการ | | | | | |
| 68 | คำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ | | | | | |

| ลำดับ | พฤติกรรมกาให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ | ระดับการรับรู้ | | | | |
|-------|--|----------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 69 | ให้การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้รับบริการ ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ | | | | | |
| 70 | สร้างความมั่นใจในความปลอดภัยของการบริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการ | | | | | |
| 71 | สนับสนุนให้ผู้รับบริการตัดสินใจตามสิทธิ | | | | | |
| 72 | ยอมรับความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม วิธีการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ | | | | | |
| 73 | เป็นตัวแทนผู้รับบริการในการเรียกร้องสิทธิที่พึงได้รับ | | | | | |
| 74 | ปกป้องการถูกละเมิดสิทธิของผู้รับบริการ | | | | | |
| 75 | ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ | | | | | |

2. ผลการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูลในตอนนีเพื่ออธิบายและตอบวัตถุประสงค์ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ข้อที่ 1 คือ เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนนี้มีเป้าหมายเพื่อตรวจสอบความตรงหรือความสอดคล้องของโมเดลการวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์กับข้อมูลเชิงประจักษ์ของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยโมเดลการวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ จิตบริการ (SM), การคิดเชิงวิเคราะห์ (AT), การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (PA) และมีองค์ประกอบย่อยทั้งหมด 7 องค์ประกอบ คือ คุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวม (QUA), การดูแลอย่างเอื้ออาทร (CAR), จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล (ETH), ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ (ATS), คุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์ (ATA), การส่งเสริมการดูแลตนเอง (SCP) และการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (PAA)

2.1 ผลการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลด้านค่าอำนาจจำแนก

ผู้วิจัยนำแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกกับกลุ่มตัวอย่าง 1,500 คน โดยหาสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม

(Corrected Item-Total Correlation) ได้ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .603 - .835 แสดงในตาราง 29

ตาราง 29 ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถาม จำแนกตามองค์ประกอบ (n = 1,500)




| องค์ประกอบ | ข้อ | ค่า corrected item total correlation | ข้อ | ค่า corrected item total correlation | ข้อ | ค่า corrected item total correlation | ข้อ | ค่า corrected item total correlation |
|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|---|
| 1. จิตบริการ (Service mind) | | | | | | | | |
| | 1 | .649 | 8 | .735 | 15 | .791 | 22 | .752 |
| | 2 | .680 | 9 | .743 | 16 | .703 | 23 | .733 |
| | 3 | .703 | 10 | .750 | 17 | .770 | 24 | .791 |
| | 4 | .691 | 11 | .722 | 18 | .787 | 25 | .800 |
| | 5 | .603 | 12 | .734 | 19 | .802 | 26 | .786 |
| | 6 | .713 | 13 | .690 | 20 | .758 | 27 | .760 |
| | 7 | .688 | 14 | .767 | 21 | .799 | | |
| 2. การคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking) | | | | | | | | |
| | 28 | .689 | 33 | .754 | 38 | .751 | 43 | .796 |
| | 29 | .711 | 34 | .739 | 39 | .788 | 44 | .801 |
| | 30 | .721 | 35 | .744 | 40 | .825 | | |
| | 31 | .782 | 36 | .809 | 41 | .830 | | |
| | 32 | .765 | 37 | .791 | 42 | .782 | | |
| 3) การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Participation) | | | | | | | | |
| | 45 | .793 | 53 | .825 | 61 | .817 | 69 | .811 |
| | 46 | .804 | 54 | .810 | 62 | .812 | 70 | .835 |
| | 47 | .794 | 55 | .778 | 63 | .832 | 71 | .807 |
| | 48 | .813 | 56 | .812 | 64 | .823 | 72 | .792 |
| | 49 | .800 | 57 | .797 | 65 | .746 | 73 | .682 |
| | 50 | .812 | 58 | .803 | 66 | .760 | 74 | .773 |
| | 51 | .823 | 59 | .825 | 67 | .770 | 75 | .764 |
| | 52 | .822 | 60 | .808 | 68 | .793 | | |

2.2 ผลการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดด้านความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity)

ผู้วิจัยดำเนินการนำข้อคำถามในแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ที่ทำการคัดเลือกไว้ จำนวนทั้งสิ้น 75 ข้อ มาทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดด้านความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ของโมเดลการวัดใน

แต่ละตัวบ่งชี้ โดยใช้โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่ง (First order confirmatory factor analysis) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง (Second order confirmatory factor analysis) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สาม (Third order confirmatory factor analysis)

เพื่อให้การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีความเข้าใจที่ตรงกันและสะดวกต่อการนำเสนอ ผู้วิจัยจึงกำหนดสัญลักษณ์และความหมายแทนตัวแปร ดังนี้

| | | |
|---|-----|---|
| Chi-square | แทน | ค่าสถิติไคสแควร์ |
| df | แทน | องศาอิสระ |
| p-value | แทน | ระดับนัยสำคัญทางสถิติ |
| RMSEA | แทน | ค่าของรากกำลังสองเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ |
| CFI | แทน | ค่าดัชนีวัดความกลมกลืนเปรียบเทียบ |
| SRMR | แทน | ค่าของรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนเหลือในรูปคะแนนมาตรฐาน |
|  | แทน | ตัวแปรที่สังเกตได้ |
|  | แทน | ตัวแปรแฝง |
|  | แทน | น้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) ระหว่างตัวแปรแฝงกับตัวแปรสังเกตได้ |
| SE | แทน | ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของน้ำหนักองค์ประกอบ |
| t | แทน | ค่าสถิติทดสอบ t |
| R ² | แทน | ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ |
| ** | แทน | ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 |

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่ง (First order confirmatory factor analysis) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง (Second order confirmatory factor analysis) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สาม (Third order confirmatory factor analysis) จากการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่สังเกตได้ ใช้ค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า ตัวแปรสังเกตได้ของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล (Humanize Health Care) ทุกตัวมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$) และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ .380 ถึง .804

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่งของอัตลักษณ์ การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ จิตบริการของนักศึกษาพยาบาล (SM) การคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล (AT) และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (PA) ซึ่งในแต่ละองค์ประกอบประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยดังนี้

1. องค์ประกอบหลักด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล (SM) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) คุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวม (QUA) 2) การดูแลอย่างเอื้ออาทร (CAR) และ 3) จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล (ETH) เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบย่อย มีรายละเอียดดังนี้ 1) องค์ประกอบย่อยด้านคุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวม (QUA) พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ระหว่าง 0.667 ถึง 0.790 โดยตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุดคือ ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงผลสำเร็จของการให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการ (X3) ให้บริการโดยคำนึงถึงบริบทและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ (X6) ส่วนตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญน้อยที่สุดคือ ให้บริการเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความหวังในชีวิต (X5) 2) องค์ประกอบย่อยด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทร (CAR) พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ระหว่าง 0.807 ถึง 0.870 โดยตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุดคือ ปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้รับบริการด้วยความอ่อนโยนและนุ่มนวล (X10) ส่วนตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญน้อยที่สุดคือ ควบคุมอารมณ์และแสดงออกต่อผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม (X7) และ 3) องค์ประกอบย่อยด้านจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล (ETH) พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ระหว่าง 0.754 ถึง 0.862 โดยตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุดคือ รับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมายและผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำของตนเอง (X19) ส่วนตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญน้อยที่สุดคือ รักษาความลับของผู้รับบริการ (X13)

2. องค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล (AT) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ (ATS) และ 2) คุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์ (ATA) เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบย่อย มีรายละเอียดดังนี้ 1) องค์ประกอบย่อยด้านทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ (ATS) พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ระหว่าง 0.758 ถึง 0.911 โดยตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุดคือ วิเคราะห์ความจำเป็นของผู้รับบริการตามสภาพความเป็นจริง (X36) ส่วนตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญน้อยที่สุดคือ มีทักษะในการตั้งคำถามเพื่อซักถามข้อมูลหรือปัญหาของผู้รับบริการ (X28) และ 2) องค์ประกอบย่อยด้านคุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์ (ATA) พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ระหว่าง 0.789 ถึง 0.876 โดยตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุดคือ คิดแก้ปัญหาบนฐานข้อมูลที่เป็นจริง (X41) ส่วนตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญน้อยที่สุด คือ อ้างอิงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือ (X38)

3. องค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (PA) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) การส่งเสริมการดูแลตนเอง (SCP) และ 2) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (PAA) เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบย่อย มีรายละเอียดดังนี้ 1) องค์ประกอบย่อยด้านการส่งเสริมการดูแลตนเอง (SCP) พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ระหว่าง 0.806 ถึง 0.859 โดยตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุดคือ ส่งเสริมให้ผู้รับบริการรู้จักและเข้าใจตนเอง (X52) ส่วนตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญน้อยที่สุดคือ สะท้อนคิดให้กับผู้รับบริการอย่างสร้างสรรค์ มีเหตุผล (X55) และ 2) องค์ประกอบย่อยด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (PAA) พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ระหว่าง 0.720 ถึง 0.900 โดยตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุดคือ สร้างความมั่นใจในความปลอดภัยของการบริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการ (X70) ส่วนตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญน้อยที่สุดคือ เป็นตัวแทนผู้รับบริการในการเรียกร้องสิทธิที่พึงได้รับ (X73)

เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน อันดับที่สองของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 7 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ระหว่าง 0.901 ถึง 0.978 และทุกค่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบ พบว่า

1. องค์ประกอบด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล (SM) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ระหว่าง 0.901 ถึง 0.964 โดยตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุด คือ จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล (ETH) มีค่าเท่ากับ 0.964 รองลงมาคือ คุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวม (QUA) มีค่าเท่ากับ 0.923 และการดูแลอย่างเอื้ออาทร (CAR) มีค่าเท่ากับ 0.901 และมีสัดส่วนความแปรปรวนที่อธิบายได้ด้วยองค์ประกอบด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาลร้อยละ 7.10, 14.80 และ 18.80 ตามลำดับ

2. องค์ประกอบด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล (AT) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ระหว่าง 0.903 ถึง 0.978 โดยตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุด คือ คุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์ (ATA) มีค่าเท่ากับ 0.978 รองลงมาคือ ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ (ATS) มีค่าเท่ากับ 0.903 และมีสัดส่วนความแปรปรวนที่อธิบายได้ด้วยองค์ประกอบด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาลร้อยละ 4.40 และ 18.50 ตามลำดับ

3. องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (PA) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ระหว่าง 0.943 ถึง 0.970 โดยตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุด คือ การส่งเสริมการดูแลตนเอง (SCP) มีค่าเท่ากับ 0.970 รองลงมาคือ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (PAA) มีค่าเท่ากับ 0.943 และมีสัดส่วนความแปรปรวนที่อธิบายได้ด้วยองค์ประกอบด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาลร้อยละ 5.80 และ 11.00 ตามลำดับ

องค์ประกอบดังกล่าวมีความแปรปรวนร่วมกันกับอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (SAP) ประมาณร้อยละ 0.90, 2.20 และ 11.50 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สามของโมเดลการวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-Square) มีค่าเท่ากับ 1424.646 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.0597) ค่า df เท่ากับ 1343 นอกจากนี้ยังพบว่าค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (CFI) มีค่าเท่ากับ 0.999 ค่า RMSEA เท่ากับ 0.006 และค่า SRMR เท่ากับ 0.027 แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีมาก น้ำหนักองค์ประกอบทั้ง 3 ด้านมีน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ระหว่าง 0.941 - 0.995 องค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดคือ ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (PA) มีค่าเท่ากับ 0.995 รองลงมาคือ ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล (AT) มีค่าเท่ากับ 0.989 และด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล (SM) มีค่าเท่ากับ 0.941 มีค่าเป็นบวกและมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกองค์ประกอบ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า โมเดลการวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลมีความตรงเชิงโครงสร้าง ดังแสดงในตาราง 30 และภาพ 6

ตาราง 30 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สามของโมเดลการวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

| ตัวแปร | Factor Loading | Standard Error | t-value | R ² |
|---|----------------|----------------|-----------|----------------|
| การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่ง | | | | |
| องค์ประกอบด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล (SM) | | | | |
| QUA | | | | |
| X1 | 0.715 | 0.015 | 47.275** | 0.488 |
| X2 | 0.757 | 0.013 | 59.346** | 0.427 |
| X3 | 0.790 | 0.012 | 68.097** | 0.376 |
| X4 | 0.786 | 0.012 | 66.629** | 0.383 |
| X5 | 0.667 | 0.015 | 43.519** | 0.555 |
| X6 | 0.790 | 0.012 | 65.959** | 0.376 |
| CAR | | | | |
| X7 | 0.807 | 0.010 | 78.020** | 0.340 |
| X8 | 0.853 | 0.009 | 94.974** | 0.272 |
| X9 | 0.858 | 0.008 | 101.872** | 0.263 |
| X10 | 0.870 | 0.008 | 109.713** | 0.243 |

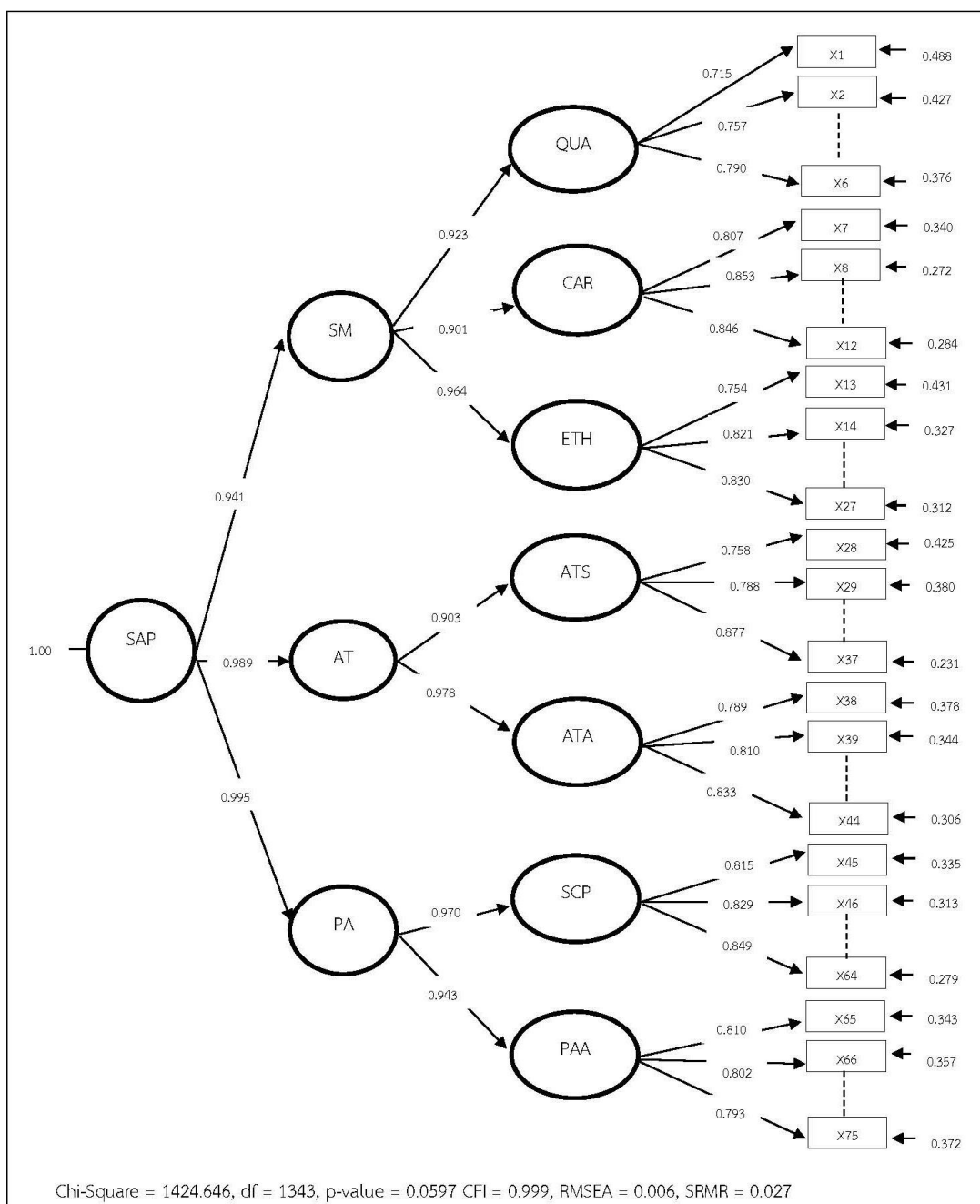
| ตัวแปร | Factor Loading | Standard Error | t-value | R ² |
|---|----------------|----------------|-----------|----------------|
| X11 | 0.822 | 0.010 | 83.797** | 0.324 |
| X12 | 0.846 | 0.009 | 94.835** | 0.284 |
| ETH | | | | |
| X13 | 0.754 | 0.012 | 64.013** | 0.431 |
| X14 | 0.821 | 0.009 | 88.507** | 0.327 |
| X15 | 0.829 | 0.009 | 95.960** | 0.312 |
| X16 | 0.762 | 0.011 | 67.062** | 0.419 |
| X17 | 0.831 | 0.009 | 93.781** | 0.309 |
| X18 | 0.846 | 0.009 | 97.711** | 0.284 |
| X19 | 0.862 | 0.007 | 117.373** | 0.256 |
| X20 | 0.798 | 0.010 | 79.758** | 0.363 |
| X21 | 0.845 | 0.008 | 102.659** | 0.286 |
| X22 | 0.813 | 0.010 | 83.616** | 0.340 |
| X23 | 0.765 | 0.012 | 62.302** | 0.415 |
| X24 | 0.849 | 0.010 | 80.895** | 0.279 |
| X25 | 0.854 | 0.008 | 106.036** | 0.271 |
| X26 | 0.846 | 0.009 | 98.738** | 0.285 |
| X27 | 0.830 | 0.009 | 93.153** | 0.312 |
| องค์ประกอบด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล (AT) | | | | |
| ATS | | | | |
| X28 | 0.758 | 0.012 | 62.301** | 0.425 |
| X29 | 0.788 | 0.011 | 70.214** | 0.380 |
| X30 | 0.807 | 0.011 | 76.273** | 0.349 |
| X31 | 0.870 | 0.008 | 107.745** | 0.243 |
| X32 | 0.862 | 0.008 | 111.280** | 0.256 |
| X33 | 0.834 | 0.009 | 90.581** | 0.304 |
| X34 | 0.820 | 0.011 | 77.832** | 0.328 |
| X35 | 0.828 | 0.010 | 81.406** | 0.315 |
| X36 | 0.911 | 0.009 | 103.484** | 0.170 |
| X37 | 0.877 | 0.009 | 102.621** | 0.231 |
| ATA | | | | |
| X38 | 0.789 | 0.011 | 72.210** | 0.378 |
| X39 | 0.810 | 0.010 | 83.281** | 0.344 |
| X40 | 0.863 | 0.007 | 116.342** | 0.255 |

| ตัวแปร | Factor Loading | Standard Error | t-value | R ² |
|--|----------------|----------------|-----------|----------------|
| X41 | 0.876 | 0.007 | 124.426** | 0.232 |
| X42 | 0.834 | 0.009 | 95.779** | 0.305 |
| X43 | 0.836 | 0.009 | 95.319** | 0.301 |
| X44 | 0.833 | 0.009 | 92.354** | 0.306 |
| องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (PA) | | | | |
| SCP | | | | |
| X45 | 0.815 | 0.009 | 88.860** | 0.335 |
| X46 | 0.829 | 0.008 | 97.569** | 0.313 |
| X47 | 0.826 | 0.009 | 93.579** | 0.319 |
| X48 | 0.827 | 0.009 | 94.937** | 0.316 |
| X49 | 0.822 | 0.009 | 93.544** | 0.325 |
| X50 | 0.851 | 0.008 | 111.001** | 0.276 |
| X51 | 0.854 | 0.007 | 115.178** | 0.271 |
| X52 | 0.859 | 0.007 | 116.754** | 0.263 |
| X53 | 0.854 | 0.007 | 115.972** | 0.270 |
| X54 | 0.845 | 0.008 | 110.282** | 0.287 |
| X55 | 0.806 | 0.009 | 85.169** | 0.350 |
| X56 | 0.849 | 0.008 | 112.630** | 0.279 |
| องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (PA) | | | | |
| X57 | 0.838 | 0.008 | 103.673** | 0.298 |
| X58 | 0.836 | 0.008 | 101.921** | 0.301 |
| X59 | 0.859 | 0.007 | 119.423** | 0.262 |
| X60 | 0.840 | 0.008 | 102.497** | 0.295 |
| X61 | 0.837 | 0.008 | 101.754** | 0.300 |
| X62 | 0.843 | 0.008 | 107.308** | 0.290 |
| X63 | 0.856 | 0.007 | 117.538** | 0.268 |
| X64 | 0.849 | 0.008 | 111.850** | 0.279 |
| PAA | | | | |
| X65 | 0.810 | 0.010 | 80.388** | 0.343 |
| X66 | 0.802 | 0.010 | 82.675** | 0.357 |
| X67 | 0.821 | 0.010 | 82.432** | 0.325 |
| X68 | 0.842 | 0.008 | 102.587** | 0.292 |
| X69 | 0.859 | 0.007 | 114.965** | 0.262 |
| X70 | 0.900 | 0.006 | 148.446** | 0.189 |

| ตัวแปร | Factor Loading | Standard Error | t-value | R ² |
|--|----------------|----------------|-----------|----------------|
| X71 | 0.860 | 0.008 | 111.187** | 0.260 |
| X72 | 0.835 | 0.009 | 97.074** | 0.303 |
| X73 | 0.720 | 0.014 | 52.128** | 0.481 |
| X74 | 0.806 | 0.010 | 80.395** | 0.351 |
| X75 | 0.793 | 0.011 | 74.770** | 0.372 |
| การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง | | | | |
| องค์ประกอบด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล (SM) | | | | |
| QUA | 0.923 | 0.007 | 125.829** | 0.148 |
| CAR | 0.901 | 0.006 | 142.602** | 0.188 |
| ETH | 0.964 | 0.004 | 231.937** | 0.071 |
| องค์ประกอบด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล (AT) | | | | |
| ATS | 0.903 | 0.006 | 141.604** | 0.185 |
| ATA | 0.978 | 0.004 | 246.907** | 0.044 |
| องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (PA) | | | | |
| SCP | 0.970 | 0.003 | 319.279** | 0.058 |
| PAA | 0.943 | 0.004 | 216.842** | 0.110 |
| การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สาม | | | | |
| SM | 0.941 | 0.005 | 207.953** | 0.115 |
| AT | 0.989 | 0.003 | 292.672** | 0.022 |
| PA | 0.995 | 0.003 | 314.438** | 0.009 |
| Chi-Square = 1424.646, df = 1343 | | | | |
| p-value = 0.0597 CFI = 0.999, RMSEA = 0.006, SRMR = 0.027 | | | | |

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 30 สามารถสร้างโมเดลการวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วย
หัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล แสดงดังภาพ 7



ภาพ 7 โมเดลการวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

2.3 ผลการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลด้านความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กับกลุ่มตัวอย่าง 1,500 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .991 นั่นคือ แบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลมีความเที่ยงในระดับสูง

3. ผลการพัฒนาเกณฑ์ปกติ (Norm) ของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

การวิเคราะห์ในขั้นตอนนี้ เป็นการพัฒนาเกณฑ์ปกติระดับชาติ (National Norms) ของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยนำแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 75 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามโดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาให้คะแนนซึ่งแต่ละคะแนนมีช่วงคะแนนที่เท่ากันจากคะแนนเต็ม 5 ถึงคะแนนน้อยที่สุด 1 คะแนน ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความเชิงเนื้อหา (Content Validity) ด้านความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดในแต่ละตัวบ่งชี้ ด้านความเที่ยง (Reliability) และด้านความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ที่ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันหนึ่ง (First Order Confirmatory Factor Analysis) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันสอง (Second Order Confirmatory Factor Analysis) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันสาม (Third Order Confirmatory Factor Analysis) ไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จาก 15 วิทยาลัยพยาบาล วิทยาลัยละ 100 คน จำนวนทั้งสิ้น 1,500 คน (ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกับตอนที่ 1 ส่วนที่ 1.2)

โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้แบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลแบบออนไลน์ ผ่าน Google Form ผลจากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างตอบกลับมา คิดเป็นร้อยละ 100 จากนั้นนำมาวิเคราะห์เกณฑ์ปกติของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยโปรแกรม Microsoft Office Excel ในการเรียงลำดับของคะแนนอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลจากน้อยไปหามาก จากนั้นทำการแจกแจงความถี่และความถี่สะสมของคะแนนอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล และคำนวณค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ (Percentile Rank) จากนั้นนำค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่คำนวณได้มาเปรียบเทียบกับตารางเทียบตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์เป็นคะแนนที่ปกติ (Normalized T-score)

ตาราง 31 ผลการวิเคราะห์เกณฑ์ปกติของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจ
ความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล (n=1,500)

| คะแนน | PR | T ปกติ | คะแนน | PR | T ปกติ | คะแนน | PR | T ปกติ |
|--------|-------|--------|--------|-------|--------|--------|-------|--------|
| 375.00 | 98.13 | 71 | 332.00 | 61.47 | 53 | 289.00 | 17.00 | 40 |
| 374.00 | 95.07 | 67 | 331.00 | 60.43 | 53 | 288.00 | 16.60 | 40 |
| 373.00 | 93.40 | 65 | 330.00 | 59.33 | 52 | 287.00 | 15.70 | 40 |
| 372.00 | 92.47 | 64 | 329.00 | 58.43 | 52 | 286.00 | 14.93 | 40 |
| 371.00 | 91.43 | 64 | 328.00 | 57.60 | 52 | 285.00 | 14.40 | 39 |
| 370.00 | 90.57 | 63 | 327.00 | 56.67 | 52 | 284.00 | 14.00 | 39 |
| 369.00 | 90.03 | 63 | 326.00 | 55.90 | 52 | 283.00 | 13.47 | 39 |
| 368.00 | 89.27 | 62 | 325.00 | 55.27 | 51 | 282.00 | 12.90 | 39 |
| 367.00 | 88.47 | 62 | 324.00 | 54.47 | 51 | 281.00 | 12.57 | 39 |
| 366.00 | 87.73 | 62 | 323.00 | 53.53 | 51 | 280.00 | 12.23 | 38 |
| 365.00 | 86.57 | 61 | 322.00 | 52.43 | 51 | 279.00 | 11.97 | 38 |
| 364.00 | 85.40 | 61 | 321.00 | 51.30 | 50 | 278.00 | 11.60 | 38 |
| 363.00 | 84.43 | 60 | 320.00 | 50.17 | 50 | 277.00 | 11.10 | 38 |
| 362.00 | 83.50 | 60 | 319.00 | 49.17 | 50 | 276.00 | 10.57 | 38 |
| 361.00 | 82.60 | 59 | 318.00 | 48.10 | 50 | 275.00 | 10.17 | 37 |
| 360.00 | 81.63 | 59 | 317.00 | 47.07 | 49 | 272.00 | 9.83 | 37 |
| 359.00 | 80.73 | 59 | 316.00 | 46.20 | 49 | 271.00 | 9.33 | 37 |
| 358.00 | 80.06 | 59 | 315.00 | 45.13 | 49 | 268.00 | 8.73 | 36 |
| 357.00 | 79.40 | 58 | 314.00 | 44.07 | 49 | 267.00 | 8.33 | 36 |
| 356.00 | 78.60 | 58 | 313.00 | 42.80 | 48 | 265.00 | 7.90 | 36 |
| 355.00 | 77.70 | 58 | 312.00 | 41.57 | 48 | 264.00 | 7.40 | 36 |
| 354.00 | 77.00 | 58 | 311.00 | 40.40 | 48 | 263.00 | 7.03 | 35 |
| 353.00 | 76.40 | 57 | 310.00 | 39.20 | 47 | 262.00 | 6.70 | 35 |
| 352.00 | 75.70 | 57 | 309.00 | 38.23 | 47 | 261.00 | 6.43 | 35 |
| 351.00 | 75.23 | 57 | 308.00 | 37.23 | 47 | 260.00 | 6.23 | 35 |
| 350.00 | 74.77 | 57 | 307.00 | 36.00 | 47 | 259.00 | 5.93 | 34 |
| 349.00 | 74.17 | 57 | 306.00 | 34.93 | 46 | 258.00 | 5.60 | 34 |

| คะแนน | PR | T ปกติ | คะแนน | PR | T ปกติ | คะแนน | PR | T ปกติ |
|--------|-------|--------|--------|-------|--------|--------|------|--------|
| 348.00 | 73.50 | 56 | 305.00 | 33.70 | 46 | 256.00 | 5.33 | 34 |
| 347.00 | 72.97 | 56 | 304.00 | 32.50 | 46 | 253.00 | 5.03 | 34 |
| 346.00 | 72.23 | 56 | 303.00 | 31.77 | 45 | 249.00 | 4.63 | 33 |
| 345.00 | 71.30 | 56 | 302.00 | 30.67 | 45 | 244.00 | 4.20 | 33 |
| 344.00 | 70.80 | 55 | 301.00 | 28.80 | 44 | 240.00 | 3.83 | 32 |
| 343.00 | 70.43 | 55 | 300.00 | 25.57 | 44 | 236.00 | 3.50 | 32 |
| 342.00 | 69.77 | 55 | 299.00 | 22.87 | 43 | 230.00 | 3.13 | 31 |
| 341.00 | 68.90 | 55 | 298.00 | 22.03 | 42 | 227.00 | 2.60 | 31 |
| 340.00 | 68.20 | 55 | 297.00 | 21.47 | 42 | 225.00 | 1.83 | 29 |
| 339.00 | 67.37 | 54 | 296.00 | 20.80 | 42 | 211.00 | 1.33 | 28 |
| 338.00 | 66.50 | 54 | 295.00 | 20.13 | 42 | 166.00 | 1.13 | 27 |
| 337.00 | 65.60 | 54 | 294.00 | 19.53 | 41 | 153.00 | 0.93 | 26 |
| 336.00 | 64.70 | 54 | 293.00 | 18.90 | 41 | 131.00 | 0.67 | 25 |
| 335.00 | 63.83 | 54 | 292.00 | 18.27 | 41 | 119.00 | 0.37 | 23 |
| 334.00 | 63.03 | 53 | 291.00 | 17.63 | 41 | 105.00 | 0.20 | 21 |
| 333.00 | 62.37 | 53 | 290.00 | 17.17 | 40 | 86.00 | 0.07 | 18 |

n=1,500 Min = 86 Max = 375 Mean=303.30 SD.=55.15

Coefficient of Variation (%) = 18.18 Skeness = -1.552 Kurtosis = 3.431

จากตาราง 31 พบว่า แบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล มีคะแนนเต็ม 375 คะแนน และผลจากการวัดวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 1,500 คน มีคะแนนดิบอยู่ระหว่าง 86 ถึง 375 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 303.30 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 55.15 มีช่วงคะแนนเปอร์เซ็นต์ไทล์ (Percentile rank) อยู่ระหว่าง 0.07 ถึง 98.13 และมีช่วงคะแนนทีปกติ (Normalized T-score) ตั้งแต่ 18 ถึง 71 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การกระจายของข้อมูล (C.V.) มีค่าเท่ากับ 18.18%

นอกจากนี้ ค่าความเบ้ (Skewness) มีค่าเท่ากับ -1.552 นั่นคือ คะแนนของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลมีการแจกแจงในลักษณะเบ้ซ้าย (ค่าความเบ้ < 0) แสดงว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีคะแนนอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วย

หัวใจความเป็นมนุษย์สูงกว่าค่าเฉลี่ย ส่วนค่าความโด่ง (Kurtosis) มีค่าเท่ากับ 3.431 นั่นคือ คะแนนของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลมีการแจกแจงในลักษณะสูงโด่ง (ค่าความเบ้ > 0) และคะแนนของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์มีการกระจายในระดับน้อย แสดงว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่ไม่แตกต่างกัน

ผู้วิจัยได้แบ่งเกณฑ์การแปลผลของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ไว้ 4 ระดับ โดยใช้ช่วงของเปอร์เซ็นต์ไทล์ (Percentile rank) เป็นเกณฑ์ในการแบ่ง (Clark-Carter, 2005) ได้ดังนี้

เปอร์เซ็นต์ไทล์ 75.00 ขึ้นไป หมายถึง มีอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับสูง

เปอร์เซ็นต์ไทล์ 50.00 ถึง 74.99 หมายถึง มีอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับค่อนข้างสูง

เปอร์เซ็นต์ไทล์ 25.00 ถึง 49.99 หมายถึง มีอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับปานกลาง

น้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ 25.00 หมายถึง มีอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับต่ำ

การแปลความหมายของคะแนนอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ แสดงดังตาราง 32

ตาราง 32 ผลการวิเคราะห์เกณฑ์ปกติ (Norms) เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินผลการวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล (n=250)

| คะแนนดิบ (Raw Score) | เปอร์เซ็นต์ไทล์ (Percentile) | คะแนนมาตรฐานที่ (Normalized T-score) | ระดับอัตลักษณ์การ บริการสุขภาพด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ |
|-------------------------|--|--|--|
| 351 คะแนนขึ้นไป | P _{75.00} ขึ้นไป | T ₅₇ ขึ้นไป | สูง |
| 320-350 คะแนน | P _{50.00} -P _{74.99} | T ₅₀ -T ₅₆ | ค่อนข้างสูง |
| 300-319 คะแนน | P _{25.00} -P _{49.99} | T ₄₃ -T ₄₉ | ปานกลาง |
| น้อยกว่า 299 คะแนน | น้อยกว่า P _{25.00} | น้อยกว่า T ₄₂ | ต่ำ |

จากตาราง 32 พบว่า เกณฑ์ปกติในการแบ่งระดับอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล จำแนกออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในระดับสูง มีคะแนนดิบตั้งแต่ 351 คะแนนขึ้นไป มีช่วงคะแนนเปอร์เซ็นต์ไทล์ 75.00 ขึ้นไป และมีช่วงคะแนนที่ปกติ 57 ขึ้นไป ซึ่งหมายถึง นักศึกษาพยาบาลมีผลการวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนอยู่ในกลุ่ม 25% ที่มีคะแนนสูงสุดเมื่อเทียบกับนักศึกษาพยาบาลทั้งหมด หรือมีอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์มากกว่าคนอื่น 75% เมื่อเทียบกับนักศึกษาพยาบาลทั้งหมด

อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในระดับค่อนข้างสูง มีคะแนนดิบตั้งแต่ 320-350 คะแนน มีช่วงคะแนนเปอร์เซ็นต์ไทล์ 50.00-74.99 และมีช่วงคะแนนที่ปกติ 50-56 ซึ่งหมายถึง นักศึกษาพยาบาลมีผลการวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยมีคะแนนมากกว่าคะแนนเฉลี่ยของนักศึกษาพยาบาลทั้งหมดขึ้นไป แต่มีคะแนนต่ำกว่ากลุ่ม 25% ที่มีคะแนนสูงสุดเมื่อเทียบกับนักศึกษาพยาบาลทั้งหมด ทั้งนี้อาจได้รับการปรับปรุงหรือพัฒนาอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในบางตัวบ่งชี้ที่มีคะแนนต่ำ

อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในระดับค่อนข้างสูง มีคะแนนดิบตั้งแต่ 300-319 คะแนน มีช่วงคะแนนเปอร์เซ็นต์ไทล์ 25.00-49.99 และมีช่วงคะแนนที่ปกติ 43-49 ซึ่งหมายถึง นักศึกษาพยาบาลมีผลการวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนมากกว่ากลุ่ม 25% ที่มีคะแนนต่ำสุด แต่ต่ำกว่ากลุ่ม 50% ที่มีคะแนนสูงสุดเมื่อเทียบกับนักศึกษาพยาบาลทั้งหมด ทั้งนี้ควรได้รับการปรับปรุงแก้ไขอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในบางตัวบ่งชี้ที่มีคะแนนต่ำ

อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในระดับต่ำ มีคะแนนดิบน้อยกว่า 299 คะแนน มีช่วงคะแนนเปอร์เซ็นต์ไทล์ น้อยกว่า 25.00 และมีช่วงคะแนนที่ปกติน้อยกว่า 42 ซึ่งหมายถึง นักศึกษาพยาบาลมีผลการวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับต่ำ โดยมีคะแนนอยู่ในกลุ่ม 25% ที่มีคะแนนต่ำสุดเมื่อเทียบกับนักศึกษาพยาบาลทั้งหมด ทั้งนี้ ควรได้รับการปรับปรุงแก้ไขอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในบางตัวบ่งชี้ที่มีคะแนนต่ำ

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาพัฒนาการและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

ในตอนนี้นำผู้วิจัยนำเสนอ 2 หัวข้อ คือ 1) ผลการสร้างและตรวจสอบโมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล และ 2) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละส่วน ดังนี้

1. ผลการสร้างและตรวจสอบโมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การศึกษาพัฒนาการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล คือ คือนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จำนวน 250 คน ซึ่งกำลังขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ ในระหว่างเดือน มิถุนายน – สิงหาคม 2563 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนี้เป็นนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช มากที่สุดจำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 44.40 รองลงมาคือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ คิดเป็นร้อยละ 37.20 และ 18.40 ตามลำดับ และโดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.20 ดังแสดงในตาราง 33

ตาราง 33 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 250)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|-------------------------------------|------------|---------------|
| วิทยาลัย | | |
| วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ | 46 | 18.40 |
| วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ | 93 | 37.20 |
| วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช | 111 | 44.40 |
| เพศ | | |
| หญิง | 233 | 93.20 |
| ชาย | 17 | 6.80 |
| รวม | 250 | 100.00 |

1.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรที่มีการวัดซ้ำ

ตัวแปรที่มีการวัดซ้ำในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย อัตลักษณ์การบริการสุขภาพ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (SAP) เจตคติต่อวิชาชีัพพยาบาล (ATT) มีการวัดซ้ำตัวแปรละ 4 ครั้ง สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา (TE_ST) และ ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อน (ST_ST) มีการวัดซ้ำตัวแปรละ 3 ครั้ง ผลการวิเคราะห์ในส่วนนี้ ผู้วิจัยจะแบ่งการนำเสนอแต่ละตัวแปรออกเป็น 2 หัวข้อ ได้แก่ ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน และผลการตรวจสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำแนกตามครั้งที่ทำการวัดซ้ำ รายละเอียดสรุปได้ดังนี้

1.2.1 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน

อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลมีผลการวัด จำนวน 4 ครั้ง จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 4 พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และเพิ่มขึ้นตามลำดับของครั้งที่วัด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30, 4.32, 4.31 และ 4.34 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาลักษณะการกระจายของข้อมูลจากค่าสถิติส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์การแปรผัน พบว่า มีการกระจายลดลงตามลำดับของครั้งที่วัด และเมื่อพิจารณาลักษณะของการแจกแจงจากค่าความเบ้และความโด่ง พบว่า อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์จากการวัดทุกครั้ง มีลักษณะเบ้ซ้าย และมีลักษณะแบนกว่าโค้งปกติ แสดงว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์สูงกว่าค่าเฉลี่ย มีอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และมีการกระจายค่อนข้างมาก จากค่าความเบ้และค่าความโด่งของข้อมูลนี้ ถึงแม้ทุกค่าจะมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เป็นค่าที่อยู่ในระดับต่ำเข้าใกล้ 0 อีกทั้งค่าความคลาดเคลื่อนของความเบ้และความโด่ง มีค่าไม่เกิน 2.00 แสดงว่าค่าเฉลี่ยอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ รายละเอียดนำเสนอในตาราง 34

เจตคติต่อวิชาชีัพพยาบาล มีผลการวัดจำนวน 4 ครั้ง จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 4 พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และเพิ่มขึ้นตามลำดับของครั้งที่วัด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.19, 4.20, 4.22 และ 4.22 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาลักษณะการกระจายของข้อมูลจากค่าสถิติส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์การแปรผัน พบว่า มีการกระจายลดลงตามลำดับของครั้งที่วัด และเมื่อพิจารณาลักษณะของการแจกแจงจากค่าความเบ้และความโด่ง พบว่า เจตคติต่อวิชาชีัพพยาบาลจากการวัดทุกครั้ง มีลักษณะเบ้ซ้าย และมีลักษณะแบนกว่าโค้งปกติ แสดงว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เจตคติต่อวิชาชีัพพยาบาลสูงกว่าค่าเฉลี่ยเจตคติต่อวิชาชีัพพยาบาล และมีการกระจายค่อนข้างมาก จากค่าความเบ้และค่าความโด่งของข้อมูลนี้ ถึงแม้ทุกค่าจะมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เป็นค่าที่อยู่ในระดับต่ำเข้าใกล้ 0 อีกทั้งค่าความคลาดเคลื่อนของความเบ้และความโด่ง

มีค่าไม่เกิน 2.00 แสดงว่าเจตคติต่อวิชาชีัพพยาบาลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ รายละเอียดนำเสนอในตาราง 34

ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา มีผลการวัดจำนวน 3 ครั้ง จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งที่ 2 ถึงครั้งที่ 4 พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และเพิ่มขึ้นตามลำดับของครั้งที่วัด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58, 3.62 และ 4.00 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาลักษณะการกระจายของข้อมูลจากค่าสถิติส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์การแปรผัน พบว่า มีการกระจายลดลงตามลำดับของครั้งที่วัด และเมื่อพิจารณาลักษณะของการแจกแจงจากค่าความเบ้และความโด่ง พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษาจากการวัดทุกครั้ง มีลักษณะเบ้ซ้าย และมีลักษณะแบนกว่าโค้งปกติ แสดงว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษาสูงกว่าค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา และมีการกระจายค่อนข้างมาก จากค่าความเบ้และค่าความโด่งของข้อมูลนี้ ถึงแม้ทุกค่าจะมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เป็นค่าที่อยู่ในระดับต่ำเข้าใกล้ 0 อีกทั้งค่าความคลาดเคลื่อนของความเบ้และความโด่ง มีค่าไม่เกิน 2.00 แสดงว่า ค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ รายละเอียดนำเสนอในตาราง 34

ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อน มีผลการวัดจำนวน 3 ครั้ง จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งที่ 2 ถึงครั้งที่ 4 พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และเพิ่มขึ้นตามลำดับของครั้งที่วัด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.77, 3.78 และ 4.21ตามลำดับ เมื่อพิจารณาลักษณะการกระจายของข้อมูลจากค่าสถิติส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์การแปรผัน พบว่า มีการกระจายลดลงตามลำดับของครั้งที่วัด และเมื่อพิจารณาลักษณะของการแจกแจงจากค่าความเบ้และความโด่ง พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อนจากการวัดทุกครั้ง มีลักษณะเบ้ซ้าย และมีลักษณะแบนกว่าโค้งปกติ แสดงว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อนสูงกว่าค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อน และมีการกระจายค่อนข้างมาก จากค่าความเบ้และค่าความโด่งของข้อมูลนี้ ถึงแม้ทุกค่าจะมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เป็นค่าที่อยู่ในระดับต่ำเข้าใกล้ 0 อีกทั้งค่าความคลาดเคลื่อนของความเบ้และความโด่ง มีค่าไม่เกิน 2.00 แสดงว่าค่าเฉลี่ยมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ รายละเอียดนำเสนอในตาราง 34

ตาราง 34 ค่าสถิติเบื้องต้นของตัวแปรที่มีการวัดซ้ำ จำแนกตามจำนวนครั้งที่วัด

| ตัวแปร | Mean | SD | Min | Max | CV% | Sk | SE _{Sk} | Ku | SE _{Ku} |
|--------|------|------|------|------|-------|--------|------------------|-------|------------------|
| SAP1 | 4.30 | 0.49 | 2.16 | 5.00 | 11.39 | -.645 | .154 | .749 | .307 |
| SAP2 | 4.32 | 0.49 | 2.17 | 5.00 | 11.34 | -.665 | .154 | .880 | .307 |
| SAP3 | 4.31 | 0.49 | 2.16 | 5.00 | 11.37 | -.659 | .154 | .806 | .307 |
| SAP4 | 4.34 | 0.47 | 2.13 | 5.00 | 10.83 | -.640 | .154 | 1.086 | .307 |
| ATT1 | 4.19 | 0.50 | 1.75 | 5.00 | 11.93 | -1.223 | .154 | 3.266 | .307 |
| ATT2 | 4.20 | 0.48 | 2.20 | 5.00 | 11.43 | -1.059 | .154 | 2.120 | .307 |
| ATT3 | 4.22 | 0.45 | 2.10 | 5.00 | 10.66 | -.790 | .154 | 1.535 | .307 |
| ATT4 | 4.22 | 0.48 | 2.05 | 5.00 | 11.37 | -1.046 | .154 | 2.170 | .307 |
| TE_ST2 | 3.58 | 0.46 | 2.10 | 5.00 | 12.85 | .776 | .154 | 1.528 | .307 |
| TE_ST3 | 3.62 | 0.45 | 2.10 | 5.00 | 12.43 | .334 | .154 | .717 | .307 |
| TE_ST4 | 4.00 | 0.44 | 2.33 | 5.00 | 11.00 | -.369 | .154 | .976 | .307 |
| ST_ST2 | 3.77 | 0.41 | 2.65 | 5.00 | 10.88 | .334 | .154 | .717 | .307 |
| ST_ST3 | 3.78 | 0.41 | 2.65 | 5.00 | 10.85 | .320 | .154 | .781 | .307 |
| ST_ST4 | 4.21 | 0.45 | 2.05 | 5.00 | 10.69 | -.645 | .154 | 1.392 | .307 |

1.2.2 ผลการตรวจสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำแนกตามครั้งที่ทำการวัดซ้ำ

การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One way ANOVA repeated measure) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่มีการวัดซ้ำ ได้แก่ วัตถุประสงค์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (SAP) เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล (ATT) มีการวัดซ้ำตัวแปรละ 4 ครั้ง สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา (TE_ST) และ ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อน (ST_ST) มีการวัดซ้ำตัวแปรละ 3 ครั้ง ก่อนการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเป็น sphericity ของเมทริกซ์ความแปรปรวนเพื่อดูว่าเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเป็นตัวแปรการวัดซ้ำแล้ว เมทริกซ์ความแปรปรวน-เมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมเป็นเมทริกซ์เอกลักษณะหรือไม่ สำหรับการกำหนดสูตรการหาค่า degree of freedom ที่ถูกต้องเมื่อทำการทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลจากการทดสอบ ความเป็น sphericity โดยการใช้การทดสอบของ Mauchly พบว่า ข้อมูลของตัวแปร เมื่อแปลงเป็นตัวแปรการวัดซ้ำมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกค่า แสดงว่าเมทริกซ์ความแปรปรวน-เมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมเป็นเมทริกซ์เอกลักษณะ ดังนั้นในการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยตัวแปร ผู้วิจัยใช้การประมาณค่าแบบ Greenhouse-Geisser แทนการประมาณค่าแบบ sphericity assumed ดังนำเสนอในตาราง 35 และ 36

ตาราง 35 ผลการทดสอบความเป็น sphericity ของตัวแปรที่มีการวัดซ้ำ

| ตัวแปร | Mauchly's W | Approx. Chi- Square | df | sig | Epsilon | | |
|--------|----------------|---------------------------|----|------|------------------------|-----------------|-----------------|
| | | | | | Greenhouse- Geisser | Huynh- Feldt | Lower- bound |
| SAP | .000 | 4197.328** | 5 | .000 | .333 | .333 | .333 |
| ATT | .474 | 184.865** | 5 | .000 | .699 | .705 | .333 |
| TE_ST | .265 | 329.532** | 2 | .000 | .576 | .577 | .500 |
| ST_ST | .182 | 422.505** | 2 | .000 | .550 | .551 | .500 |

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยตัวแปรที่มีการวัดซ้ำ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One way ANOVA repeated measure) พบว่าค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่มีการวัดซ้ำแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกตัวแปร รายละเอียดดังตาราง 36

ตาราง 36 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของค่าเฉลี่ยตัวแปรที่มีการวัดซ้ำ

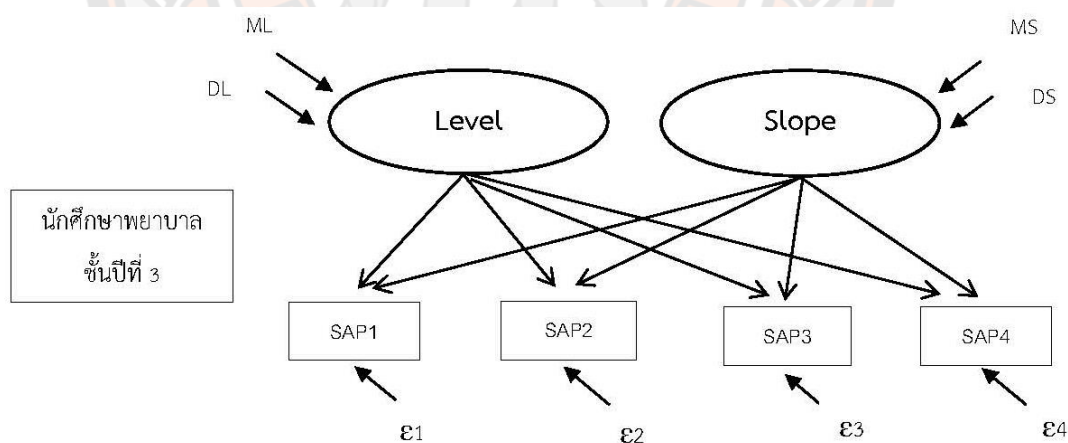
| Source | Type III SS | df | MS | F | Sig |
|------------------|-------------|-----|-----------|-------------|------|
| SAP | 22764.731 | 1 | 22764.731 | 153.447** | .000 |
| Error (SAP) | 36940.659 | 249 | 148.356 | | |
| ATT | 17703.477 | 1 | 17703.477 | 19616.707** | .000 |
| Error (ATT) | 224.715 | 249 | .902 | | |
| TE_ST | 10453.333 | 1 | 10453.333 | 18703.500** | .000 |
| Error (TE_ST) | 139.165 | 249 | .559 | | |
| ST_ST | 11527.544 | 1 | 11527.544 | 23728.834** | .000 |
| Error (ST_ST) | 120.965 | 249 | .486 | | |

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1.3 ผลการพัฒนาโมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการสุขภาพ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นโมเดลที่พัฒนาขึ้นจากการออกแบบการวิจัยเพื่อการศึกษาพัฒนาการรูปแบบหนึ่ง คือการวิเคราะห์โค้งพัฒนาการแบบมีตัวแปรแฝง (latent growth curve model) โดยเริ่มจากการออกแบบตัวแปรอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 4 ครั้ง ห่างกันประมาณ 1 เดือน และเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2562

ในการวิเคราะห์โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล มีข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) คือ ต้องกำหนดให้ค่าพารามิเตอร์มีความไม่แปรเปลี่ยนระหว่างกลุ่ม (Invariance across all groups) หรือจะต้องมีการกำหนดเงื่อนไขบังคับ (Constraints) ให้ค่าพารามิเตอร์ทุกค่ามีค่าเท่ากันที่ตำแหน่งของช่วงเวลาการวัด ซึ่งโมเดลการวิเคราะห์โค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลในการวิจัยครั้งนี้ มีลักษณะเฉพาะดังที่ผู้วิจัยนำเสนอในภาพ 8



ภาพ 8 โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

โมเดลตามภาพ 8 ผลการวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลในแต่ละเดือน ซึ่งครอบคลุมจำนวน 3 เดือนของการฝึกภาคปฏิบัติทางการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จะได้รับอิทธิพลจากตัวแปรแฝง จำนวน 2 ตัว ประกอบด้วยตัวแปรแฝงระดับ (LEVEL) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงจุดเริ่มต้นของพัฒนาการ และตัวแปรแฝงความชัน (SLOPE) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงอัตราการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการที่เกิดขึ้น ตัวแปรแฝงทั้งสองตัวนี้มีค่าพารามิเตอร์ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนของตัวแปรแฝงจุดตัด (ML, DL) ค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนของตัวแปรแฝงความชัน (MS, DS) และความสัมพันธ์หรือความแปรปรวนร่วมระหว่างตัวแปรแฝงระดับกับตัวแปรแฝงความชัน (RLS) น้ำหนักองค์ประกอบต่อตัวแปรแฝงระดับทุกตัวจะถูกกำหนดให้มีค่าเป็น 1 ทุกตัวและน้ำหนักองค์ประกอบต่อตัวแปรแฝงความชันจะถูกกำหนดให้มีค่าเป็น 0 ในการวัดครั้งแรก เนื่องจากการวัดครั้งแรกยังไม่มีการเปลี่ยนแปลง สำหรับน้ำหนักองค์ประกอบในการวัดครั้งต่อ ๆ ไป จะมีการกำหนดต่าง ๆ กัน ตามรูปแบบการวิเคราะห์ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดรูปแบบการวิเคราะห์โมเดลโค้งพัฒนาการเชิงเส้นตรง (linear growth model) กำหนดน้ำหนักองค์ประกอบในการวัดครั้งต่อ ๆ ไป เป็น 1, 2, 3 ตามลำดับ

1.4 ผลการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ จำแนกตามครั้งที่ทำการวัด คือ ตัวแปรอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลจากการวัดครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 4 (SAP1 – SAP4) ผลการวัดตัวแปรสังเกตได้เหล่านี้จะใช้เป็นข้อมูลในการนำไปวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบความตรงของโมเดล ซึ่งค่าสถิติที่จำเป็นในการวิเคราะห์ประกอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผู้วิจัยตรวจสอบค่าสถิติต่าง ๆ พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวก และแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกคู่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าอยู่ระหว่าง .736 - .971 ตัวแปรคู่ที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำสุดคือ ตัวแปรอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลจากการวัดครั้งที่ 1 (SAP1) กับตัวแปรอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลจากการวัดครั้งที่ 4 (SAP4) ส่วนคู่ที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุดคือ ตัวแปรอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลจากการวัดครั้งที่ 1 (SAP1) กับตัวแปรอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลจากการวัดครั้งที่ 2 (SAP2) ส่วนค่าเฉลี่ยของตัวแปรมีค่าเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากการวัดครั้งที่ 1 จนถึงการวัดครั้งที่ 4 โดยมีค่าเฉลี่ยจาก 4.27, 4.34, 4.42 และ 4.52 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง 37

ตาราง 37 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลที่ได้จากการวัดแต่ละครั้ง

| ตัวแปร | SAP1 | SAP2 | SAP3 | SAP4 | Mean | SD |
|--------|--------|--------|--------|------|------|-----|
| SAP1 | 1.00 | | | | 4.27 | .48 |
| SAP2 | .971** | 1.00 | | | 4.34 | .46 |
| SAP3 | .888** | .938** | 1.00 | | 4.42 | .46 |
| SAP4 | .736** | .796** | .903** | 1.00 | 4.52 | .44 |

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิเคราะห์โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ดังรายละเอียดในตาราง 38 และภาพ 8 พบว่าโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-Square) มีค่าเท่ากับ 3.862 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.5695$) ค่า df เท่ากับ 5 นอกจากนี้ยังพบว่าค่าดัชนีเปรียบเทียบระดับความกลมกลืน (CFI) มีค่าเท่ากับ 1.000 ค่าดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า RMSEA เท่ากับ 0.000 และค่า SRMR เท่ากับ 0.024

ค่าพารามิเตอร์สำคัญที่ได้จากการประมาณค่าสำหรับโมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนของตัวแปรแฝงระดับ (ML) ค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนของตัวแปรแฝงความชัน (MS) พบว่า ค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงระดับ (ML) มีค่าเท่ากับ 4.261 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงความชัน (MS) ค่าเท่ากับ 0.088 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งแสดงว่าค่าเฉลี่ยอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลเมื่อเริ่มต้น มีค่าเป็น 4.261 และมีค่าเฉลี่ยอัตราพัฒนาการในทางบวกหรือเพิ่มขึ้นตลอดช่วงเวลาการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลจากการวัดครั้งที่ 1 ถึงการวัดครั้งที่ 4 ด้วยอัตราพัฒนาการ 0.088 โดยมีความแปรปรวนของตัวแปรแฝงระดับอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล (DL) เท่ากับ 0.334 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความแปรปรวนของตัวแปรแฝงความชันอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล (DS) ที่เป็นคะแนนจริงเท่ากับ 0.029 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 38 ค่าเฉลี่ย และความแปรปรวนของความสามารถเริ่มต้นและอัตราพัฒนาการ
ของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

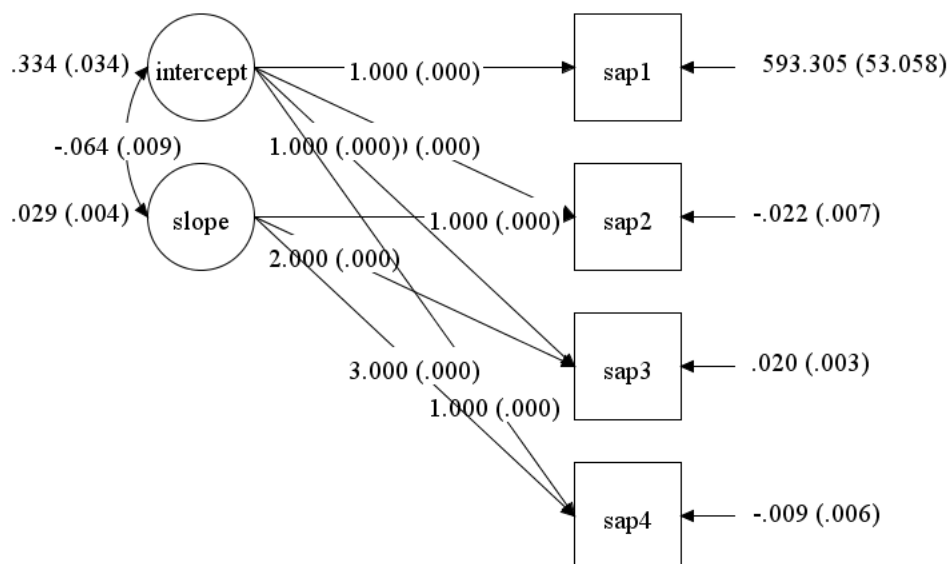
| ค่าพารามิเตอร์ | b | SE | t |
|-------------------------------------|---------|-------|---------|
| ค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงระดับ (ML) | 4.261** | 0.033 | 130.454 |
| ค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงความชัน (MS) | 0.088** | 0.009 | 9.746 |
| ความแปรปรวนของตัวแปรแฝงระดับ (DL) | 0.334** | 0.034 | 9.812 |
| ความแปรปรวนของตัวแปรแฝงความชัน (DS) | 0.029** | 0.004 | 7.982 |

Chi-Square = 3.862, df = 5

p-value = 0.5695 CFI = 1.000, RMSEA = 0.000, SRMR = 0.024

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 38 สามารถสร้างโมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล แสดงดังภาพ 9



ภาพ 9 ผลการวิเคราะห์โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วย
หัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

การวิเคราะห์ในขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์ต่อเนื่องจากการวิเคราะห์เพื่อศึกษาพัฒนาการอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ดังที่นำเสนอในตอนต้นที่ 2 ส่วน 2.1 กระบวนการวิเคราะห์จะเริ่มจากกำหนดค่าพารามิเตอร์ต่าง ๆ ที่ได้จากการประมาณค่าในการวิเคราะห์โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลที่มีตัวแปรแฝงเป็นค่าตั้งต้นของโมเดล แล้วนำตัวแปรอิสระ หรือตัวแปรทำนายเข้ามาศึกษาในโมเดล เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรอิสระที่มีต่อค่าพารามิเตอร์พัฒนาการที่อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ตัวแปรอิสระในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 3 ตัวแปร ประกอบด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อน และเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล ซึ่งตัวแปรความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา และตัวแปรความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อน มีการวัดซ้ำตัวแปรละ 3 ครั้ง แต่ตัวแปรเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล มีการวัดซ้ำ 4 ครั้ง เมื่อรวมตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรที่มีการวัดซ้ำทั้งหมด มีจำนวน 10 ตัวแปร ผลการวิเคราะห์แบ่งนำเสนอออกเป็น 2 หัวข้อ ดังนี้

2.1 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามและความสัมพันธ์ระหว่างกันของตัวแปรอิสระ

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระจำนวน 10 ตัวแปรกับพัฒนาการอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล จากตาราง 39 พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 10 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ .344 - .642

ตาราง 39 เมทริกซ์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม และความสัมพัทธ์ระหว่างกันของตัวแปรอิสระ

| | ATT1 | ATT2 | ATT3 | ATT4 | TE_ST2 | TE_ST3 | TE_ST4 | ST_ST2 | ST_ST | ST_ST4 | SAP1 | SAP2 | SAP3 | SAP4 | |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------|--|
| ATT1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| ATT2 | .993** | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| ATT3 | .966** | .966** | 1 | | | | | | | | | | | | |
| ATT4 | .983** | .984** | .968** | 1 | | | | | | | | | | | |
| TE_ST1 | .431** | .427** | .446** | .440** | 1 | | | | | | | | | | |
| TE_ST2 | .454** | .447** | .469** | .462** | .983** | 1 | | | | | | | | | |
| TE_ST3 | .654** | .648** | .660** | .686** | .823** | .838** | 1 | | | | | | | | |
| ST_ST1 | .451** | .443** | .451** | .433** | .557** | .544** | .548** | 1 | | | | | | | |
| ST_ST2 | .424** | .421** | .435** | .422** | .556** | .544** | .549** | .983** | 1 | | | | | | |
| ST_ST3 | .597** | .590** | .606** | .604** | .418** | .421** | .666** | .780** | .770** | 1 | | | | | |
| SAP1 | .627** | .625** | .631** | .635** | .405** | .424** | .617** | .466** | .459** | .597** | 1 | | | | |
| SAP2 | .634** | .632** | .638** | .642** | .423** | .440** | .628** | .495** | .485** | .607** | .971** | 1 | | | |
| SAP3 | .626** | .621** | .629** | .634** | .422** | .434** | .616** | .505** | .491** | .600** | .888** | .938** | 1 | | |
| SAP4 | .539** | .528** | .563** | .538** | .344** | .348** | .513** | .431** | .411** | .570** | .736** | .796** | .903** | 1 | |

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

หมายเหตุ: ตัวแปรความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา (TE_ST) และความสัมพัทธ์ระหว่างนักศึกษาที่เพื่อน (ST_ST) วัดเฉพาะในครั้งที่ 2-4

2. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณในตอนนี้ เพื่อพิจารณาว่ามีตัวแปรอิสระใดบ้างที่ส่งผลต่อตัวแปรตามหรือพัฒนาการอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีน้ำหนักความสำคัญอย่างไร และสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้ร้อยละเท่าใด ซึ่งผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโดยใส่ตัวแปรอิสระเข้าในสมการด้วยวิธี hierarchical stepwise รวม 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ชุดตัวแปรเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล ได้แก่ เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลในการวัดครั้งที่ 1 (ATT1) เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลในการวัดครั้งที่ 2 (ATT2) เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลในการวัดครั้งที่ 3 (ATT3) เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลในการวัดครั้งที่ 4 (ATT4) กลุ่มที่ 2 ชุดตัวแปรความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษาในการวัดครั้งที่ 1 (TE_ST1) ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษาในการวัดครั้งที่ 2 (TE_ST2) ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษาในการวัดครั้งที่ 3 (TE_ST3) กลุ่มที่ 3 ชุดตัวแปรความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาด้วยกัน ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อนในการวัดครั้งที่ 1 (ST_ST1) ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อนในการวัดครั้งที่ 2 (ST_ST2) ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อนในการวัดครั้งที่ 3 (ST_ST3) ได้ผลการวิเคราะห์ดังนำเสนอในตาราง 40 -43

ตาราง 40 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรอิสระที่ใช้อธิบายพัฒนาการอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลในการวัดครั้งที่ 1

| ตัวแปร | Model1 | | R | R Square | Adjusted R Square | F |
|----------|---------|---------|------|----------|-------------------|-----------|
| | b | β | | | | |
| Constant | 1.756** | | | | | |
| ATT1 | .600** | .627** | .627 | .394 | .391 | 161.027** |

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 41 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรอิสระที่ใช้อธิบายพัฒนาการอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลในการวัดครั้งที่ 2

| ตัวแปร | Model1 | | Model2 | |
|----------|---------|---------|---------|---------|
| | b | β | b | β |
| Constant | 1.788** | | 1.146** | |
| ATT2 | .608** | .632** | .494** | .514** |
| ST_ST1 | | | .297** | .267** |

| ตัวแปร | Model1 | | Model2 | |
|-------------------|--------|-----------|--------|-----------|
| | b | β | b | β |
| R | | .632 | | .676 |
| R Square | | .399 | | .457 |
| Adjusted R Square | | .397 | | .452 |
| F | | 164.787** | | 103.750** |

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 42 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรอิสระที่ใช้อธิบายพัฒนาการอัตลักษณ์การบริการ
สุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลในการวัดครั้งที่ 3

| ตัวแปร | Model1 | | Model2 | |
|-------------------|---------|-----------|---------|-----------|
| | b | β | b | β |
| Constant | 1.732** | | 1.098** | |
| ATT3 | .637** | .629** | .519** | .513** |
| ST_ST2 | | | .299** | .267** |
| R | | .629 | | .674 |
| R Square | | .396 | | .454 |
| Adjusted R Square | | .393 | | .449 |
| F | | 162.414** | | 102.574** |

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 43 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรอิสระที่ใช้อธิบายพัฒนาการอัตลักษณ์การบริการ
สุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลในการวัดครั้งที่ 4

| ตัวแปร | Model1 | | Model2 | |
|-------------------|---------|-----------|---------|----------|
| | b | β | b | β |
| Constant | 2.159** | | 1.735** | |
| ATT4 | | | .281** | .305** |
| ST_ST3 | .560** | .570** | .379** | .385** |
| R | | .570 | | .619 |
| R Square | | .324 | | .384 |
| Adjusted R Square | | .322 | | .379 |
| F | | 119.085** | | 76.831** |

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 40 ถึง 43 เมื่อพิจารณาพัฒนาการอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลเป็นตัวแปรตาม ซึ่งมีการวัดจำนวน 4 ครั้ง

ในการวัดครั้งที่ 1 ตัวแปรอิสระเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลในการวัดครั้งที่ 1 ในโมเดลที่ 1 มีผลต่อพัฒนาการอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยส่งผลทางบวกและสามารถอธิบายความแปรปรวนของพัฒนาการได้ร้อยละ 39.4

ในการวัดครั้งที่ 2 มีตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพัฒนาการอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล 2 ชุดตัวแปรอิสระ ได้แก่ เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลในการวัดครั้งที่ 2 ในโมเดลที่ 1 และความสัมพันธระหว่างนักศึกษา กับเพื่อนในการวัดครั้งที่ 1 ในโมเดลที่ 2 โดยมีผลต่อพัฒนาการอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่งผลทางบวกและสามารถอธิบายความแปรปรวนของพัฒนาการได้ร้อยละ 39.9 และ 45.7 ตามลำดับ

ในการวัดครั้งที่ 3 มีตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพัฒนาการอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล 2 ชุดตัวแปรอิสระ ได้แก่ เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลในการวัดครั้งที่ 3 ในโมเดลที่ 1 และความสัมพันธระหว่างนักศึกษา กับเพื่อนในการวัดครั้งที่ 2 ในโมเดลที่ 2 โดยมีผลต่อพัฒนาการอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่งผลทางบวกและสามารถอธิบายความแปรปรวนของพัฒนาการได้ร้อยละ 39.6 และ 45.4 ตามลำดับ

ในการวัดครั้งที่ 4 มีตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพัฒนาการอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล 2 ชุดตัวแปรอิสระ ได้แก่ เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลในการวัดครั้งที่ 4 ในโมเดลที่ 2 และความสัมพันธระหว่างนักศึกษา กับเพื่อนในการวัดครั้งที่ 3 ในโมเดลที่ 1 โดยมีผลต่อพัฒนาการอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่งผลทางบวกและสามารถอธิบายความแปรปรวนของพัฒนาการได้ร้อยละ 38.4 และ 32.4 ตามลำดับ

โดยสรุปตัวแปรอิสระที่ส่งผลต่อพัฒนาการอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ในการวัดจำนวน 4 ครั้ง คือ เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลและความสัมพันธระหว่างนักศึกษา กับเพื่อน สำหรับตัวแปรความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษาพบว่า ไม่มีผลต่อพัฒนาการพัฒนาการ อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลัก 2 ประการ ประการแรก เพื่อพัฒนาแบบวัดและเกณฑ์ปกติ อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ประการที่สอง เพื่อศึกษาพัฒนาการและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ นักศึกษาพยาบาล ที่กำลังศึกษาอยู่ในวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 30 แห่ง รวมทั้งสิ้น 15,000 คน ประกอบด้วย 5 เครือข่าย ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคเหนือ ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 7 แห่ง วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 6 แห่ง วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 1 ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 5 แห่ง วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 2 ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 7 แห่ง และวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้ ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 5 แห่ง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแรกสำหรับกำหนดโครงสร้างองค์ประกอบอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างตามตามแนวคิดของแอร์และคณะ (Hair et al., 2010, p. 101) โดยการใช้กฎแห่งการชดเชย (rule of thumb) กล่าวคือ ขนาดตัวอย่างควรมีอย่างน้อย 10 – 20 คนต่อหนึ่งพารามิเตอร์ สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ มีตัวแปรที่ต้องการวิเคราะห์ หรือตัวแปรที่สังเกตได้ จำนวน 75 ตัวแปร ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมควรมีอย่างน้อย 750 – 1,500 คน การได้มาของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) และกลุ่มสองสำหรับตรวจสอบโมเดลและศึกษาพัฒนาและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ที่กำลังขึ้นฝึกภาคปฏิบัติทางการพยาบาล จำนวน 250 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ตัวแปรตามเป็นอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ องค์ประกอบหลักด้านจิตบริการ องค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ และองค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ นอกจากนี้จากการวิเคราะห์ตามโมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง (Latent growth curve model) มีลักษณะเป็นตัวแปรแฝงที่ประกอบด้วยค่าพารามิเตอร์ที่สำคัญ 2 ตัว ได้แก่ ตัวแปรแฝงสถานะเริ่มต้น (initial status) และตัวแปรแฝงอัตราพัฒนาการ (growth rate) ของพัฒนาการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ส่วนตัวแปรอิสระหรือตัวแปรทำนาย ประกอบด้วย เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา และความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาด้วยกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามของงานวิจัย เรื่อง การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง จำนวน 1 ฉบับ แบ่งออกเป็น 4 ตอน ตอนที่ 1 เป็นแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตามวิธีการของ Likert รวม 75 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .991 ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา ใช้วัดตัวแปรสังเกตได้ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตามวิธีการของ Likert รวม 30 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .919 ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาด้วยกัน ใช้วัดตัวแปรสังเกตได้ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตามวิธีการของ Likert รวม 20 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .844 และตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล ใช้วัดตัวแปรสังเกตได้ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตามวิธีการของ Likert รวม 20 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .921

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) จากนั้นทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ประกอบด้วยการมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) ด้วย Normal Probability Plot การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่ง (First Order Confirmatory Factor Analysis) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง (Second Order Confirmatory Factor Analysis) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สาม (Third Order Confirmatory Factor Analysis) ด้วยโปรแกรม M-plus และการวิเคราะห์โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง ใช้โปรแกรม M-Plus และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression) โดยใช้วิธีการใส่ตัวแปรอิสระหรือตัวแปรทำนายแบบ hierarchical stepwise โดยโปรแกรม SPSS for Windows Version 23

การนำเสนอสรุปผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ตอน ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่ ตอนที่ 1 ผลการพัฒนาแบบวัดและเกณฑ์ปกติอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ในตอนนี้ประกอบด้วย 1.1) ผลการพัฒนางค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล 1.2) ผลการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล และ 1.3) ผลการพัฒนาเกณฑ์ปกติ (Norm) ของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล และตอนที่ 2 ผลการศึกษาพัฒนาการและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ในตอนนี้ประกอบด้วย 2.1) ผลการสร้างและตรวจสอบโมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล และ 2.2) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยจะเสนอสรุปผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ตอน ทั้งนี้เพื่อให้ผลการวิจัยครอบคลุมตามวัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย ได้แก่ 1) ผลการพัฒนาแบบวัดและเกณฑ์ปกติอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล และ 2) ผลการศึกษาพัฒนาการและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผลการพัฒนาแบบวัดและเกณฑ์ปกติอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1.1 ผลการพัฒนางค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

ผลจากการพัฒนางค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป พบว่า อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก 7 องค์ประกอบย่อย 75 ตัวบ่งชี้ ได้แก่

1.1.1 องค์ประกอบหลักด้านจิตบริการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย คือ 1) องค์ประกอบย่อยที่ 1 ด้านคุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวม (Quality of Holistic Nursing) จำนวน 6 ตัวบ่งชี้ 2) องค์ประกอบย่อยที่ 2 ด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทร (Caring) จำนวน 6 ตัวบ่งชี้

และ 3) องค์ประกอบย่อยที่ 3 ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล (Code of Ethics in Nursing) จำนวน 15 ตัวบ่งชี้ รวมทั้งหมด 27 ตัวบ่งชี้

1.1.2 องค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบย่อย คือ 1) องค์ประกอบย่อยที่ 1 ด้านทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking Skills) จำนวน 10 ตัวบ่งชี้ และ 2) องค์ประกอบย่อยที่ 2 ด้านคุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking Attributes) จำนวน 7 ตัวบ่งชี้ รวมทั้งหมด 17 ตัวบ่งชี้

1.1.3 องค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบย่อย คือ 1) องค์ประกอบย่อยที่ 1 ด้านการส่งเสริมการดูแลตนเอง (Self-Care Promotion) จำนวน 20 ตัวบ่งชี้ และ 2) องค์ประกอบย่อยที่ 2 ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Patient Advocacy) จำนวน 11 ตัวบ่งชี้ รวมทั้งหมด 31 ตัวบ่งชี้

1.2 ผลการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

1.2.1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่งของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ จิตบริการของนักศึกษาพยาบาล (SM) การคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล (AT) และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (PA) ซึ่งในแต่ละองค์ประกอบประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยดังนี้

1) องค์ประกอบหลักด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล (SM) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) คุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวม (QUA) 2) การดูแลอย่างเอื้ออาทร (CAR) และ 3) จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล (ETH) เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบย่อย มีรายละเอียดดังนี้ 1) องค์ประกอบย่อยด้านคุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวม (QUA) พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ระหว่าง 0.667 ถึง 0.790 2) องค์ประกอบย่อยด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทร (CAR) พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ระหว่าง 0.807 ถึง 0.870 3) องค์ประกอบย่อยด้านจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล (ETH) พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ระหว่าง 0.754 ถึง 0.862

2) องค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล (AT) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ (ATS) และ 2) คุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์ (ATA) เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบย่อย มีรายละเอียดดังนี้ 1) องค์ประกอบย่อยด้านทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ (ATS) พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ระหว่าง 0.758 ถึง 0.911 และ 2) องค์ประกอบย่อยด้านคุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์ (ATA) พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ระหว่าง 0.789 ถึง 0.876

3) องค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (PA) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) การส่งเสริมการดูแลตนเอง (SCP) และ 2) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (PAA) เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบย่อย มีรายละเอียดดังนี้ 1) องค์ประกอบย่อยด้านการส่งเสริมการดูแลตนเอง (SCP) พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ระหว่าง 0.806 ถึง 0. และ 2) องค์ประกอบย่อยด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (PAA) พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ระหว่าง 0.720 ถึง 0.900

1.2.2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สองของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 7 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ระหว่าง 0.901 ถึง 0.978 และทุกค่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบ พบว่า

1) องค์ประกอบด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล (SM) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ระหว่าง 0.901 ถึง 0.964 โดยตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุด คือ จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล (ETH) มีค่าเท่ากับ 0.964 รองลงมาคือ คุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวม (QUA) มีค่าเท่ากับ 0.923 และการดูแลอย่างเอื้ออาทร (CAR) มีค่าเท่ากับ 0.901 และมีสัดส่วนความแปรปรวนที่อธิบายได้ด้วยองค์ประกอบด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาลร้อยละ 7.10, 14.80 และ 18.80 ตามลำดับ

2) องค์ประกอบด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล (AT) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ระหว่าง 0.903 ถึง 0.978 โดยตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุด คือ คุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์ (ATA) มีค่าเท่ากับ 0.978 รองลงมาคือ ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ (ATS) มีค่าเท่ากับ 0.903 และมีสัดส่วนความแปรปรวนที่อธิบายได้ด้วยองค์ประกอบด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาลร้อยละ 4.40 และ 18.50 ตามลำดับ

3) องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (PA) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ระหว่าง 0.943 ถึง 0.970 โดยตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุด คือ การส่งเสริมการดูแลตนเอง (SCP) มีค่าเท่ากับ 0.970 รองลงมาคือ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (PAA) มีค่าเท่ากับ 0.943 และมีสัดส่วนความแปรปรวนที่อธิบายได้ด้วยองค์ประกอบด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาลร้อยละ 5.80 และ 11.00 ตามลำดับ

1.2.3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สามของโมเดลการวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-Square) มีค่าเท่ากับ 1424.646 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.0597$) ค่า df เท่ากับ 1343 นอกจากนี้ยังพบว่าค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (CFI) มีค่าเท่ากับ 0.999 ค่า RMSEA เท่ากับ 0.006 และค่า SRMR เท่ากับ 0.027

แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีมาก น้ำหนักองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน มีน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ระหว่าง 0.941 - 0.995 องค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดคือ ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (PA) มีค่าเท่ากับ 0.995 รองลงมาคือ ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล (AT) มีค่าเท่ากับ 0.989 และด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล (SM) มีค่าเท่ากับ 0.941 มีค่าเป็นบวกและมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกองค์ประกอบ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า โมเดลการวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลมีความตรงเชิงโครงสร้าง

1.3 ผลการพัฒนาเกณฑ์ปกติ (Norm) ของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

การพัฒนาเกณฑ์ปกติของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาพยาบาล จำนวน 1,500 คน จาก 15 วิทยาลัย พบว่า คะแนนเต็ม 375 คะแนน มีคะแนนดิบอยู่ระหว่าง 86 ถึง 375 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 303.30 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 55.15 มีช่วงคะแนนเปอร์เซ็นต์ไทล์ (Percentile rank) อยู่ระหว่าง 0.07 ถึง 98.13 และมีช่วงคะแนนที่ปกติ (Normalized T-score) ตั้งแต่ 18 ถึง 71 โดยเกณฑ์ปกติในการแบ่งระดับอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล จำแนกออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับสูง เมื่อมีคะแนนตั้งแต่ 351 คะแนนขึ้นไป ($P_{75.00}$ ขึ้นไป, T_{57} ขึ้นไป) อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับค่อนข้างสูง เมื่อมีคะแนนตั้งแต่ 320-350 คะแนน ($P_{50.00-74.99}$ ขึ้นไป, T_{50-56}) อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อมีคะแนนตั้งแต่ 300-319 คะแนน ($P_{25.00-49.99}$ ขึ้นไป, T_{43-49}) อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ เมื่อมีคะแนนน้อยกว่า 299 คะแนน (น้อยกว่า $P_{25.00}$, น้อยกว่า T_{42})

2. ผลการศึกษาพัฒนาการและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

2.1 ผลการสร้างและตรวจสอบโมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

2.1.1 ผลการพัฒนาโมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ จำแนกตามครั้งที่ทำการวัด คือ ตัวแปรอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของ

นักศึกษาพยาบาลจากการวัดครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 4 (SAP1 – SAP4) วัดห่างกันประมาณ 1 เดือน ซึ่งครอบคลุมจำนวน 3 เดือนของการฝึกภาคปฏิบัติทางการพยาบาล และเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยของตัวแปรมีค่าเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากการวัดครั้งที่ 1 จนถึงการวัดครั้งที่ 4 โดยมีค่าเฉลี่ยจาก 4.27, 4.34, 4.42 และ 4.52 ตามลำดับ

2.1.2 ผลการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง อັตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิเคราะห์โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอັตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-Square) มีค่าเท่ากับ 3.862 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.5695$) ค่า df เท่ากับ 5 นอกจากนี้ยังพบว่าค่าดัชนีเปรียบเทียบระดับความกลมกลืน (CFI) มีค่าเท่ากับ 1.000 ค่าดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า RMSEA เท่ากับ 0.000 และค่า SRMR เท่ากับ 0.024

ค่าเฉลี่ยอັตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลเมื่อเริ่มต้น มีค่าเป็น 4.261 และมีค่าเฉลี่ยอັตราพัฒนาการในทางบวกหรือเพิ่มขึ้นตลอดช่วงเวลาการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลจากการวัดครั้งที่ 1 ถึงการวัดครั้งที่ 4 ด้วยอັตราพัฒนาการ 0.088 โดยมีความแปรปรวนของตัวแปรแฝงระดับอັตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล (DL) เท่ากับ 0.334 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความแปรปรวนของตัวแปรแฝงความชันอັตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล (DS) ที่เป็นคะแนนจริงเท่ากับ 0.029 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอັตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอັตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ตัวแปรอิสระที่ส่งผลต่อพัฒนาการอັตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ในการวัดจำนวน 4 ครั้ง คือ เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลและความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษา กับเพื่อน สำหรับตัวแปรความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา พบว่า ไม่มีผลต่อพัฒนาการพัฒนาการอັตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย มีประเด็นที่นำมาอภิปรายเกี่ยวกับการพัฒนาแบบวัดและเกณฑ์ปกติ อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล และการศึกษา พัฒนาการและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล มีรายละเอียด ดังนี้

1. ผลการพัฒนาแบบวัดและเกณฑ์ปกติอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็น มนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

จากผลการวิจัย พบว่า แบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของ นักศึกษา ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก 7 องค์ประกอบย่อย 75 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) องค์ประกอบ หลักด้านจิตบริการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย คือ องค์ประกอบย่อยที่ 1 ด้านคุณภาพการ พยาบาลแบบองค์รวม (Quality of Holistic Nursing) จำนวน 6 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบย่อยที่ 2 ด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทร (Caring) จำนวน 6 ตัวบ่งชี้ และองค์ประกอบย่อยที่ 3 ด้านจรรยาบรรณ วิชาชีพการพยาบาล (Code of Ethics in Nursing) จำนวน 15 ตัวบ่งชี้ รวมทั้งหมด 27 ตัวบ่งชี้ 2) องค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบย่อย คือ องค์ประกอบ ย่อยที่ 1 ด้านทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking Skills) จำนวน 10 ตัวบ่งชี้ และ องค์ประกอบย่อยที่ 2 ด้านคุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking Attributes) จำนวน 7 ตัวบ่งชี้ รวมทั้งหมด 17 ตัวบ่งชี้ และ 3) องค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของ ผู้รับบริการ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบย่อย คือ องค์ประกอบย่อยที่ 1 ด้านการส่งเสริมการดูแล ตนเอง (Self-Care Promotion) จำนวน 20 ตัวบ่งชี้ และองค์ประกอบย่อยที่ 2 ด้านการพิทักษ์สิทธิ ผู้ป่วย (Patient Advocacy) จำนวน 11 ตัวบ่งชี้ รวมทั้งหมด 31 ตัวบ่งชี้ ทั้งนี้ความหมายของคำว่า “การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” ซึ่งสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะที่เป็นหน่วยบังคับบัญชาของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้ เป็นอัตลักษณ์ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข โดยมีความหมายว่า การให้บริการ ที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตา ใส่ใจในปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการและ ผู้เกี่ยวข้อง ให้บริการตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นจริงโดยรับฟังความคิดเห็น ของผู้รับบริการ (สถาบันพระบรมราชชนก, 2554) ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบที่ 1 ด้านจิตบริการ (Service Mind) หมายถึง การให้บริการที่เป็นมิตร มีความรักความเมตตา ใส่ใจ ในความทุกข์ที่เป็น ปัญหาของผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งจะให้บริการโดยคำนึงถึงประโยชน์ ส่วนรวมมากกว่า ส่วนตน วางใจเป็นกลางในการให้บริการ โดยคำนึงถึงความเป็นเหตุเป็นผลบนพื้นฐาน ของความเข้าใจ คนอื่นตามความจริง องค์ประกอบที่ 2 ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking) หมายถึง การคิดที่อยู่บนฐานของการมีข้อมูลที่ หลากหลาย ตามสภาพความเป็นจริงเพื่อเป็นการวิเคราะห์

ปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการอย่างมีวิจารณญาณ โดยเชื่อมโยงความรู้เข้าสู่การแก้ปัญหาของผู้รับบริการที่สอดคล้องกับบริบทสภาพการดำรงชีวิต องค์ประกอบที่ 3 ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Participation) หมายถึง การให้บริการสุขภาพที่คำนึงถึง ความแตกต่างของบุคคล ซึ่งเกิดความเข้าใจสภาพการดำรงชีวิต บริบท เงื่อนไข ศักยภาพ ความสามารถ ที่มีผลต่อพฤติกรรม เข้าใจสภาพการดำรงชีวิต บริบท เงื่อนไข ศักยภาพ ความสามารถ ที่มีผลต่อพฤติกรรม สุขภาพของผู้รับบริการ ทั้งนี้ผู้ให้บริการสามารถถ่วงดุล คัดเลือกความรู้ที่เหมาะสมและ เสนอเป็นทางเลือก เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตจริงโดยให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมรับรู้ ตัดสินใจและแก้ปัญหาสุขภาพของตนเองและครอบครัว ตลอดจนสนับสนุนและส่งเสริม ให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2557) เรื่องการพัฒนาตัวบ่งชี้ อัตลักษณ์ของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข พบว่า 1) องค์ประกอบหลักด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาลมี 4 องค์ประกอบย่อย 28 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ คุณภาพการบริการแบบองค์รวม ด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ และด้านการดูแลแบบเอื้ออาทร 2) องค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์มี 2 องค์ประกอบย่อย 16 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ ด้านคุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์ และด้านทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ 3) องค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการมี 3 องค์ประกอบย่อย 31 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ ด้านส่งเสริมการดูแลตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้านการยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล และด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และการศึกษาของสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ (2558) เรื่อง อัตลักษณ์บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา พบว่า ประกอบด้วยคุณลักษณะเด่น 5 ประการ คือ 1) มีจิตอาสา 2) มีกิริยาสุภาพอ่อนน้อม 3) มีทักษะปฏิบัติดี 4) มีการคิดวิเคราะห์ และ 5) ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งจากงานวิจัยที่อ้างถึงแล้วแต่เป็นการส่งเสริมและพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลของแต่ละสถาบันการศึกษาซึ่งมีความแตกต่างกันเนื่องจากแต่ละวิทยาลัยมีการกำหนดปรัชญา วิสัยทัศน์ และค่านิยมร่วมที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ซึ่งมีความแตกต่างกันในด้านวัฒนธรรมและความต้องการของแต่ละพื้นที่ จึงส่งผลให้เกิดการผลิตบัณฑิตที่มีอัตลักษณ์เฉพาะของตนเอง แต่อย่างไรก็ตามยังอยู่ภายใต้ความหมายของสถาบันพระบรมราชชนกที่กำหนดอัตลักษณ์บัณฑิตคือ “บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” ด้วยกันทั้งสิ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฮันเตอร์ และเรเวิร์ต (Hunter, & Ravert, 2010) ที่พบว่าผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การพัฒนาการติดต่อสื่อสาร ทักษะทางการพยาบาลที่เพิ่มขึ้น การพัฒนาความคิดอย่างมีวิจารณญาณการทำงานเป็นทีม

การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างขององค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อยและตัวชี้วัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA)

(Bollen, 1989) โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สามของโมเดลการวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ผลการตรวจสอบพบว่า องค์ประกอบและตัวชี้วัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลมีความตรงเชิงโครงสร้าง ทั้งนี้พบว่า เมื่อปรับโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันขององค์ประกอบและตัวชี้วัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์จากสมมติฐานการวิจัยให้ความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยการคำนวณโดยโปรแกรมสำเร็จรูป MPlus ได้ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-Square) มีค่าเท่ากับ 1424.646 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.0597$) ค่า df เท่ากับ 1343 นอกจากนี้ยังพบว่าค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (CFI) มีค่าเท่ากับ 0.999 ค่า RMSEA เท่ากับ 0.006 และค่า SRMR เท่ากับ 0.027 แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีมาก น้ำหนักองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน มีน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ระหว่าง 0.941 - 0.995 องค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดคือ ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (PA) มีค่าเท่ากับ 0.995 รองลงมาคือ ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล (AT) มีค่าเท่ากับ 0.989 และด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล (SM) มีค่าเท่ากับ 0.941 มีค่าเป็นบวกและมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกองค์ประกอบ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า โมเดลการวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลมีความตรงเชิงโครงสร้าง ทั้งนี้การที่โมเดลการวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์และเป็นไปตามกรอบแนวคิดในการวิจัย เนื่องจากโมเดลการวัดดังกล่าว ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทฤษฎีและงานวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพร เนาวิสุวรรณ และคณะ (2557) เรื่อง การพัฒนาตัวบ่งชี้อัตลักษณ์ของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขที่ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดตัวชี้วัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลให้สอดคล้องตามนิยามอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่กำหนดขึ้นโดยสถาบันพระบรมราชชนก (2554) ซึ่งเรียกย่อ ๆ ว่า SAP นั้นประกอบด้วย 1) จิตบริการ (Service Mind) 2) การคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking) และ 3) การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Participation) และยังสอดคล้องกับการศึกษาอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลไทยของสายสวาท เผ่าพงษ์ (2554) ที่พบว่าอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลไทย ต้องมีความซื่อสัตย์ แต่งกาย สะอาด ปฏิบัติตนเป็นกัลยาณมิตร มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการทุกระดับ เคารพในสิทธิและศักดิ์ศรี ผู้รับบริการ รักษาความลับและผลประโยชน์ของผู้รับบริการ ให้การพยาบาลด้วยความเต็มใจ เอื้ออาทร ให้ความรู้ คำแนะนำ เพื่อให้ผู้รับบริการดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์จึงเป็นการสัมผัสทางใจอย่างลึกซึ้งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขั้นรากฐานได้ บทบาทของพยาบาลต่อการเปลี่ยนแปลงขั้นรากฐานของมนุษย์คือ การสัมผัสทางใจอย่าง

ลึกซึ้งนั้นก็คือ การเยียวยาด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ พยาบาลที่ดีและเก่งมี 3 ลักษณะ คือ Heart Hand และ Head หมายถึง มีหัวใจที่เมตตากรุณา มีสมองที่เรียนรู้ได้และลงมือปฏิบัติอย่างอ่อนโยน (ประเวศ วะสี, 2553, น. 10-12) สอดคล้องกับสุรีย ธรรมิกบวร (2554, น. 21-25) อธิบายว่าการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มุ่งเน้นการพยาบาลแบบองค์รวมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม การเป็นกัลยาณมิตร ให้การพยาบาลด้วยความเอื้ออาทร ด้วยความรักและเมตตา นอกจากนี้ไคลแมน (Kleiman, 2009) ได้เสนอแนวคิดการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanistic Nursing) ว่าพยาบาลจึงต้องมีความเป็นตัวตนของพยาบาลเอง ได้แก่ การศึกษา ทักษะ ประสบการณ์ชีวิต ญาณทัศนะ ความคิด ความเชื่อ ความสามารถในบทบาทวิชาชีพ จริยธรรม ต้องแสดงออกอย่างจริงใจ ไม่เสแสร้ง เปิดเผย ตระหนักในความต้องการและเข้าใจ ผู้รับบริการด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจ เคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์เคารพในความเป็นบุคคลและสิทธิส่วนบุคคล คำนึงถึงวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าจากการศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับแนวคิดการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ส่งผลให้โมเดลการวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

สำหรับการพัฒนาเกณฑ์ปกติระดับชาติ (National Norms) ในครั้งนี้ แสดงในรูปของตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ (Percentile Rank) และคะแนนที่ปกติ (Normalized T-score) สามารถแบ่งระดับตัวชี้วัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ได้เป็น 4 ระดับ ตามที่ Clark Carter (2005) ได้เสนอว่าการแบ่งเกณฑ์ที่มีความน่าเชื่อถือ จะต้องใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์ 25 (ควอไทล์ 1) เปอร์เซ็นต์ไทล์ 50 (ควอไทล์ 2) เปอร์เซ็นต์ไทล์ 75 (ควอไทล์ 3) หรือเปอร์เซ็นต์ไทล์ 100 (ควอไทล์ 4) เพื่อที่จะสามารถจัดอันดับความสามารถของผู้ตอบได้ว่าเป็นอย่างไร เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ตอบทั้งหมด โดยระดับอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลแบ่งออกเป็น อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับสูง เมื่อมีคะแนนตั้งแต่ 351 คะแนนขึ้นไป ($P_{75.00}$ ขึ้นไป, T_{57} ขึ้นไป) อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับค่อนข้างสูง เมื่อมีคะแนนตั้งแต่ มีคะแนนตั้งแต่ 320-350 คะแนน ($P_{50.00-74.99}$ ขึ้นไป, T_{50-56}) อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อมีคะแนนตั้งแต่ มีคะแนนตั้งแต่ 300-319 คะแนน ($P_{25.00-49.99}$ ขึ้นไป, T_{43-49}) อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ เมื่อมีคะแนนน้อยกว่า 299 คะแนน (น้อยกว่า $P_{25.00}$, น้อยกว่า T_{42}) โดยผู้วิจัยใช้ตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ในการแบ่งระดับของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้เนื่องมาจากตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์จะ

สามารถบอกได้ว่านักศึกษาพยาบาลมีอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างไร เมื่อเทียบกับนักศึกษาพยาบาลคนอื่น ๆ

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การกระจายของข้อมูล (C.V.) มีค่าเท่ากับ 18.18% ค่าความเบ้ (Skewness) มีค่าเท่ากับ -1.552 นั่นคือ คະแนนของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลมีการแจกแจงในลักษณะเบ้ซ้าย (ค่าความเบ้ < 0) แสดงว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีคะแนนอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์สูงกว่าค่าเฉลี่ย ส่วนค่าความโด่ง (Kurtosis) มีค่าเท่ากับ 3.431 นั่นคือ คະแนนของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลมีการแจกแจงในลักษณะสูงโด่ง (ค่าความเบ้ > 0) และคะแนนของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์มีการกระจายในระดับน้อย แสดงว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เป็นอัตลักษณ์บัณฑิตของสถาบันพระบรมราชชนก ที่มุ่งปลูกฝังให้นักศึกษาตระหนักถึงความสำคัญต่อการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งสถาบันพระบรมราชชนกได้กำหนดทิศทางของการพัฒนาการศึกษาที่สอดคล้องตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 และทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการพัฒนาตามปรัชญาการสาธารณสุขแนวใหม่ คือ การเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางและให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ดังนั้นทุกวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีหน้าที่ผลิตบัณฑิตพยาบาลให้เป็นนักปฏิบัติการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ได้ดำเนินการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้ผู้เรียนเกิดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามที่สถาบันพระบรมราชชนกกำหนดมาโดยตลอด

2. ผลการศึกษาพัฒนาการและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิเคราะห์โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลจากการวัดครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 4 (SAP1 – SAP4) วัดห่างกันประมาณ 1 เดือน ซึ่งครอบคลุม จำนวน 3 เดือนของการฝึกภาคปฏิบัติทางการพยาบาล และเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยของตัวแปรมีค่าเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากการวัดครั้งที่ 1 จนถึงการวัดครั้งที่ 4 โดยมีค่าเฉลี่ยจาก 4.27, 4.34, 4.42 และ 4.52 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่าในการวัดแต่ละครั้งจะมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะปัจจุบันการเรียนการสอนภาคปฏิบัติสำหรับวิชาชีพพยาบาลเน้นการสอนบูรณาการเพื่อพัฒนานักศึกษาให้มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ จึงมีการนำแนวคิดของสุขภาพแนวใหม่และศาสตร์ทางสังคมและความเป็นมนุษย์ (social science and

humanity) บูรณาการเข้าสู่การเรียนการสอนตลอดหลักสูตร การสอนบูรณาการเพื่อพัฒนานักศึกษาให้มีหัวใจของความเป็นมนุษย์เป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งพัฒนานักศึกษาให้นำศักยภาพของตนเองออกมาใช้ได้อย่างสมบูรณ์โดยจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลายจากสภาพจริงและพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาเป็นกลไกสำคัญโดยกระบวนการเรียนการสอนจะให้นักศึกษารู้จักคิดหาความรู้และคำตอบด้วยตัวเองเพื่อพัฒนานักศึกษาให้มีความรู้และศาสตร์ที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพและนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงได้ โดยเฉพาะการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติมีความสำคัญต่อการจัดการศึกษาพยาบาล เนื่องจากการนำความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ภาคทฤษฎีไปประยุกต์ใช้จริงกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย โดยมีอาจารย์พยาบาลเป็นผู้ออกแบบกิจกรรมการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ดูแล สนับสนุนและสอนภาคปฏิบัติให้นักศึกษาได้รับประสบการณ์และมีทักษะการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งการส่งเสริมให้นักศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง พัฒนานตนเองอย่างเต็มศักยภาพตามธรรมชาติอย่างรอบด้าน เพื่อให้ผู้เรียนมีทักษะการพยาบาล การเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ การแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของสังคมวัฒนธรรม (สุริยะวงศ์คงคาเทพ, 2550) ดังนั้นการสอนนักศึกษาพยาบาลให้มีพฤติกรรมพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีความสำคัญมากต่อการปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากการพยาบาลนั้นเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ส่งเสริมสุขภาวะและลดภาระงาน (สุรีย์ ธรรมมิกบวร, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีปัจจัยส่งเสริมการมีพฤติกรรมพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ คือ การจัดการเรียนการสอนที่จัดให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากสภาพจริง (Authentic learning) และการเป็นแบบอย่างของอาจารย์พยาบาล (สุทธานันท์ กัลละ และผกาสรณ์ อุไรวรรณ, 2556) นอกจากนี้กิจกรรมการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์จะช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจและยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้รับบริการ และผู้รับบริการจะได้รับการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการและครอบคลุมเป็นองค์รวม

การสอนภาคปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นการสร้างประสบการณ์ให้นักศึกษาได้สัมผัสความรู้สึที่ดี เกิดความรู้สึกรักเมตตา ได้ฟังเรื่องของความดี ความทุกข์ความยากลำบากของผู้ป่วย การสื่อสารและการรับฟังอย่างตั้งใจ การส่งเสริมให้เกิดมิตรภาพที่ดี เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ดี ความเห็นอกเห็นใจ ทำให้นักศึกษาเกิดความพร้อมในการเรียนรู้ และการฝึกทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง เกิดการพัฒนากระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณอย่างเป็นระบบและสร้างสรรค์ (สุรีย์ ธรรมมิกบวร, 2559) จากการศึกษาของเปรมฤดี ดำรักษ์ และคณะ (2561) เรื่อง ผลของกิจกรรมการสอนภาคปฏิบัติที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตต่อพฤติกรรมพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา พบว่า คะแนนพฤติกรรมพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ หลังได้รับกิจกรรมการสอนภาคปฏิบัติที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็น

มนุษย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกิจกรรมการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์สามารถนำไปใช้พัฒนาพฤติกรรมกร พยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ทั้งนี้อาจารย์และ ผู้รับบริการมีความเห็นว่า นักศึกษาพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ดีในด้านบริการที่ดี ด้วยการปฏิบัติการ พยาบาลที่อ่อนโยน มีเมตตา ใส่ใจความรู้สึกและดูแลเหมือนญาติ ส่วนที่ควรปรับปรุง คือ การรวบรวม ข้อมูลตามสภาพจริง โดยไม่ตัดสินผู้รับบริการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพจริงของวิถี ชีวิตครอบครัวชุมชน โดยมีปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลชุมชนด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ได้แก่ การเป็นแบบอย่างของอาจารย์นิเทศ กิจกรรมการฝึกแบบครอบครัวกรณีศึกษาการเรียนรู้และ การปลูกฝังจากครอบครัวของผู้เรียน (ประไพ กิตติบุญวัลย์ และคณะ, 2556)

นอกจากนี้จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ตัวแปรที่ส่งผลต่อพัฒนาการอัตลักษณ์การ บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล จากการวัดห่างกันทุก 1 เดือน ติดต่อกันจำนวน 4 ครั้ง ผลการวิเคราะห์ พบว่า เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลและความสัมพันธ์ระหว่าง นักศึกษากับเพื่อน สำหรับตัวแปรความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา พบว่า ไม่มีผลต่อ พัฒนาการพัฒนาการอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล มีผลการวัดจำนวน 4 ครั้ง จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งที่ 1 ถึง ครั้งที่ 4 พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และเพิ่มขึ้นตามลำดับของครั้งที่วัด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.19, 4.20, 4.22 และ 4.22 ตามลำดับ และความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อน มีผลการวัด จำนวน 3 ครั้ง จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งที่ 2 ถึงครั้งที่ 4 พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และ เพิ่มขึ้นตามลำดับของครั้งที่วัด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.77, 3.78 และ 4.21 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจ เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลได้รับการฝึกฝนทักษะต่าง ๆ ในห้องปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดความ มั่นใจและมีประสบการณ์ ก่อนที่จะไปปฏิบัติการพยาบาลจริงบนหอผู้ป่วย ซึ่งได้รับการปลูกฝังการ ดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์โดยครูผู้สอน ผู้ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างการดูแลด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ให้เกิดขึ้นกับนักศึกษาพยาบาล โดยการสอดแทรกแนวคิดไว้ในแต่ละรายวิชาทั้ง ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ตลอดจนการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร นอกจากนี้แล้วสิ่งสำคัญอีก ประการหนึ่งคือ เจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลต่อการเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตร ซึ่งเจตคติต่อ วิชาชีพมีความสัมพันธ์กับความสุขในการเรียน และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตลอดจนการให้การ พยาบาลของนักศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ นรากร พลหาญ และสมสมร เรื่องวรบูรณ (2555) ที่พบว่าเจตคติต่อวิชาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ร่วมทำนายผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลได้ ร้อยละ 97.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากนักศึกษามีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพน่าจะทำให้ผลสัมฤทธิ์ ทางการเรียนดี และมีความพร้อมในการเป็นพยาบาลวิชาชีพต่อไป เมื่อนักศึกษาได้ก้าวเข้าสู่วิถีชีวิต

การเป็นนักศึกษาพยาบาลซึ่งต้องเรียนอย่างหนักทั้งในภาคทฤษฎีและปฏิบัติ เจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาอาจเปลี่ยนแปลงไปซึ่งอาจกระทบต่อความตั้งใจคงอยู่ในวิชาชีพพยาบาล (คมวัฒน์ รุ่งเรือง และคณะ, 2556) ดังนั้นเพื่อให้ศึกษามีความตั้งใจการประกอบอาชีพและมีความคงอยู่ในวิชาชีพพยาบาล อาจารย์พยาบาลควรจัดการเรียนการสอนที่เน้นในเรื่องของการสร้างเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพแก่นักศึกษาพยาบาล (อรุณรัตน์ คันธา, 2557) และจากการศึกษาของสุปราณี หมื่นยา และคณะ (2554) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทักษะการพยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล คือ ปัจจัยด้านนักศึกษา ปัจจัยด้านเพื่อน และปัจจัยด้านอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ ตามลำดับ แสดงว่านักศึกษาส่วนมากมีการรับรู้ที่ตนเองเป็นส่วนที่มีความสำคัญในการปฏิบัติกรพยาบาล ซึ่งหมายรวมถึงเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลที่จะทำให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจในการนำมาปฏิบัติกรพยาบาลบนหอผู้ป่วย สำหรับปัจจัยด้านเพื่อนนั้น นักศึกษาเห็นว่าเพื่อนเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย การให้เพื่อนช่วยอธิบายในสิ่งที่ตนเองไม่เข้าใจ บางครั้งง่ายกว่าการรับฟังภาษาวิชาการจากอาจารย์ผู้สอน ในทางตรงกันข้ามหากเพื่อนในกลุ่มฝึกภาคปฏิบัติเดียวกันขาดความรับผิดชอบจะส่งผลให้เกิดความท้อแท้ในการฝึกภาคปฏิบัติได้

สำหรับปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษานั้น มีผลการวัด จำนวน 3 ครั้ง จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งที่ 2 ถึงครั้งที่ 4 พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และเพิ่มขึ้นตามลำดับของครั้งที่วัด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58, 3.62 และ 4.00 ตามลำดับ ซึ่งผลพบว่าในขณะที่ฝึกภาคปฏิบัติกรพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา ไม่มีผลต่อพัฒนาการอัตลักษณ์กรบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะจากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษากับอัตลักษณ์กรบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง .344 - .440 นอกจากนี้เมื่อดูที่ค่า sig of t ของตัวแปรความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งตามความเป็นจริงแล้วนั้นในการสอนภาคปฏิบัติเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากการมีความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์และนักศึกษา โดยอาจารย์เป็นผู้ให้การดูแลเอาใจใส่นักศึกษา เป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติกรพยาบาล ซึ่งการดูแลเอาใจใส่นี้ส่งผลให้นักศึกษารู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถให้การดูแลเอาใจใส่บุคคลอื่น ๆ ได้ ในทางตรงกันข้ามถ้านักศึกษารับรู้ว่าอาจารย์ไม่ให้การดูแลเอาใจใส่ นักศึกษาจะขาดความมั่นใจ ไม่อยากเรียน และขาดความรับผิดชอบต่ออาจารย์ด้วย สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยวิกฤตของนากลาและเอมาล (Naglaa & Amal, 2015) และ จาจา มัวยา นาซิและ ฮูตาฟา (Jafar, Muayyad, Nazih, Huthaifa, 2015) พบว่า นักศึกษาพยาบาลจะกล้าปฏิบัติทักษะทางการพยาบาล กล้าถามและขอคำแนะนำ ถ้าอาจารย์นิเทศ อาจารย์พี่เลี้ยง พยาบาลประจำการ มีความยิ้มแย้มแจ่มใส เข้าใจ เห็นใจให้ความรู้ให้การดูแลแบบเอื้ออาทร

และมีสัมพันธภาพที่ดีกับนักศึกษา ทำให้ลดความวิตกกังวลและความเครียด นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ที่ดีและฝึกปฏิบัติทักษะได้อย่างมั่นใจมากขึ้น แต่เนื่องด้วยในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 เป็นช่วงของการฝึกปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้เวลาค่อนข้างยาวนาน และมีการฝึกประสบการณ์บนหอผู้ป่วยที่มีความหลากหลาย และผู้ป่วยมีความซับซ้อนทางด้านสุขภาพมากขึ้น อีกทั้งในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล นักศึกษาพยาบาลจะขึ้นฝึกเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน โดยจะเป็นกลุ่มเพื่อนที่ขึ้นฝึกด้วยกันตลอดการฝึกปฏิบัติ ซึ่งในระหว่างการฝึกปฏิบัติ นักศึกษาพยาบาลจะมีการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม มีการช่วยเหลือกันในระหว่างการฝึกปฏิบัติ แต่สำหรับอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติที่ทำหน้าที่ควบคุมและดูแลการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในระหว่างการฝึก ยังต้องวางแผนให้นักศึกษาพยาบาลเกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษา ในด้านของการมีปฏิสัมพันธ์กับทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งต้องมีการให้การพยาบาลร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ และทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษาไม่มีผลต่อพัฒนาการ อุดมการณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. คณาจารย์ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกหรือสถาบันอุดมศึกษาอื่น ๆ สามารถนำตัวบ่งชี้อัตลักษณ์บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ไปวางแผนในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอน หรือพัฒนากิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อส่งเสริมอัตลักษณ์บัณฑิตให้กับนักศึกษาพยาบาล

2. คณาจารย์ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่นำแบบวัดอัตลักษณ์บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลฉบับนี้ไปใช้ ควรชี้แจงให้แก่นักศึกษาพยาบาลตามพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติให้ตรงตามความเป็นจริง เพื่อที่จะสามารถวัดระดับอัตลักษณ์บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลคนนั้น ๆ ได้อย่างถูกต้องและจะได้ทราบถึงระดับอัตลักษณ์บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ว่าอยู่ในระดับใด หากพบว่าอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่พึงประสงค์ จะได้มีการวางแผนเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้น

3. วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สามารถนำแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลฉบับนี้ ไปใช้เป็นเครื่องมือในการประเมิน

คุณภาพและการติดตาม อัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาลในแต่ละสถาบัน เพื่อรองรับผลการประเมินคุณภาพภายนอกจากแหล่งประเมินภายนอกต่าง ๆ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. หากมีการนำแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลฉบับนี้ไปวัดกับนักศึกษาพยาบาลแล้ว พบว่า อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ ควรทำการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่ออัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เพื่อจะได้นำตัวแปรที่ส่งผลมาปรับปรุงแก้ไขและพัฒนา เพื่อส่งเสริมอัตลักษณ์บัณฑิตให้กับนักศึกษาพยาบาล

2. การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาได้เพียง 4 ครั้ง โดยวัดซ้ำห่างกันทุก 1 เดือนเท่านั้น ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการพิจารณาเพิ่มช่วงเวลาของการวัด ในการศึกษาพัฒนาการอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล เพื่อศึกษาว่าหากมีการศึกษาระยะยาวโมเดลในการวัดนี้จะให้ข้อสรุปอย่างไร และนักศึกษาพยาบาลจะมีพัฒนาการอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เป็นอย่างไร

3. การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาพัฒนาการอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยมีการวัดซ้ำห่างกันประมาณ 1 เดือน ซึ่งมีข้อค้นพบที่น่าสังเกตในเรื่องของอัตราพัฒนาการอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป ก่อนตัดสินใจศึกษาพัฒนาการของตัวแปรใด ๆ ควรมีการวิเคราะห์ตัวแปรนั้น ๆ ว่า สามารถวัดพัฒนาการในระยะเวลานั้น ๆ ได้หรือไม่ หรือใช้ระยะเวลาห่างกันเท่าไรจึงจะเหมาะสมที่จะเกิดพัฒนาการ ทั้งนี้เนื่องจากการวัดพัฒนาการที่เร็วเกินไปอาจจะไม่เห็นพัฒนาการหรืออัตราพัฒนาการของตัวแปรเหล่านั้นมีค่าต่ำ ซึ่งจะให้ผลการวิจัยที่คลาดเคลื่อนจากสภาพความเป็นจริงของตัวแปรได้

4. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพัฒนาการอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลเพียงแค่ชั้นปีเดียว หากต้องการเห็นภาพรวมของอัตราพัฒนาการอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ควรทำการศึกษาระยะยาว โดยวัดพัฒนาการ อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 เพื่อให้ทราบถึงอัตราพัฒนาการในแต่ละคน รวมทั้งอาจทำให้ผู้วิจัยได้สารสนเทศที่สำคัญบางประการโดยเฉพาะอิทธิพลที่เกิดขึ้นจากตัวแปรคั่นกลาง (Intervening variable) เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตให้กับนักศึกษาพยาบาล

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กิตติพร เนาวิสุวรรณ. (2557). การพัฒนาตัวบ่งชี้อัตลักษณ์ของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์บัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.
- กรรณิกา รักยิ่งเจริญ, อภรณ์ ไทยกล้า, และนุชนาท ประมาคะเต. (2553). ความสามารถในการใช้ความคิดขั้นสูงของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่เรียนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1. *วิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 6(1), 49-57.
- เกรียงไกร เจริญผล. (2553). การบริหารจัดการอัตลักษณ์ของมหาวิทยาลัยเอกชนไทย: กรณีศึกษา มหาวิทยาลัยนอร์ท – เชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์บัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2547). *การคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking)* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ซีเคเดสมีเดีย.
- เขมิสา ขาวิลัย. (2552). การปรับเปลี่ยนอัตลักษณ์เพศหญิงในพื้นที่หอพักนักศึกษาหญิง มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์บัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คมวิวัฒน์ รุ่งเรือง, ศรีนยา พลสิงห์ชาญ, และสมศักดิ์ ภูวิภาดาวรรณ. (2556). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 6(3), 119-127.
- จรรยาวัตร คมพัยค์, และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. (2553). *การพยาบาลอนามัยชุมชน: แนวคิดหลักการและการปฏิบัติการพยาบาล (Community Health Nursing: Concept, Principle and Nursing Practice)*. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.
- จิตตินันท์ นันทไพบูลย์. (2551). *จิตวิทยาการบริการ*. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2554). จริยธรรมในการประกอบวิชาชีพพยาบาล. *เอกสารการสอนชุดวิชาหน่วยที่ 1-8 ประสบการณ์วิชาชีพการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 6). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จิราพร วรวงศ์, เนตนาภา กาบมณี, พรพรรณ มนัสจกุล, และธวัชชัย เชื้อนสมบัติ. (2562). การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(Special Issue), 53-64.

- จิราพร วรวงศ์, เนตรนภา กาบมณี, พรพรรณ มนัสัจกุล, และธวัชชัย เชื้อนสมบัติ. (2562). การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(Special Issue), 53-64.
- ชนาธิป พรกุล. (2554). *การสอนกระบวนการคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วี พรีน.
- ชัยณรงค์ ชันผณี, และชูเกียรติ โพนแก้ว. (2552). *การทำอัตลักษณ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์โดยการมีส่วนร่วม*. เพชรบูรณ์: มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์.
- ณัฐพงศ์ จิตรนิรัตน์. (2552). *อัตลักษณ์และการเคลื่อนไหวทางสังคมของชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนเก่าแก่วัดสังขลา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ดร.ณัฐกร กานต์, สมจิต หนูเจริญกุล, อารณ ดินาน, ประภาพร จินนทญา, อมร สุวรรณนิมิต, พิกุล นันทชัยพันธ์, และอภิญา วงศ์พิริโยธา. (2555). *ข้อเสนอนโยบายการจัดการศึกษาการผลิตและการพัฒนาคุณภาพพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรสาขาพยาบาลศาสตร์เพื่อสุขภาพสังคม*. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทิตนา แคมณี. (2554). *รูปแบบการเรียนการสอนทางเลือกที่หลากหลาย* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธงชัย สมบูรณ์. (2549). *อัตลักษณ์ของชาติตามนโยบายการศึกษา*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ธัญญา รุจิเสถียรทรัพย์. (2552). *การต่อรองอัตลักษณ์แห่งตัวตนของคนชรา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นงพิมล นิมิตรานันท์, และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. (2553). *การพยาบาลอนามัยชุมชน: แนวคิด หลักการ และการปฏิบัติการพยาบาล (Community Health Nursing: Concept, Principle and Nursing Practice)*. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). *การวิเคราะห์ห่อหุ้ม (Meta-Analysis)*. กรุงเทพฯ: นิชินแอตเวอร์ไทซิงกรุ๊ป.
- นรากร พลหาญ, และสมสมร เรืองวรบูรณ์. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 32(3), 96-105.
- บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ. (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยทารกภาวะเฉียบพลันและเรื้อรัง (Nursing Care of Acute and Chronically Ill Infants)*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

- ปรกรณ์ ประจันบาน. (2560). *เทคนิคการวิเคราะห์และประยุกต์โมเดลสมการโครงสร้างสำหรับงานวิจัยและประเมิน*. พิษณุโลก: เอทีกราฟฟิค เซ็นเตอร์.
- ประพันธ์ศิริ สุเสารัจ. (2551). *การพัฒนาการคิด*. กรุงเทพฯ: 9119 เทคนิคพรีนติ้ง.
- ประไพ กิตติบุญวัลย์, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ, ผุสดี ก่อเจดีย์, เกศแก้ว สอนดี, และภูวสิทธิ์ สิงห์ประไพ. (2556). ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาล อาจารย์นิเทศ และผู้รับบริการต่อการฝึกปฏิบัติพยาบาลชุมชนด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 6(1), 70-79.
- ประเวศ วะสี. (2553). *พยาบาลไทยหัวใจเพื่อเพื่อนมนุษย์ ร่างแหแห่งการเยียวยาที่ปกคลุมทั่วประเทศ*. กรุงเทพฯ: ที คิว พี.สุริย์ ธรรมิกบวร.
- ปรีชา คุณินทร์พันธุ์. (2551). อัตลักษณ์และความหลากหลายทางวัฒนธรรมของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้. *กระแสาอาคนย์*, 5(55), 8-37.
- เปรมฤดี ดำรักษ์, ผุสนีย์ แก้วมณี, ศุภวรรณ สีแสงแก้ว, และชัยณรงค์ อาจอาสา. (2561). ผลของกิจกรรมการสอนภาคปฏิบัติที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตต่อพฤติกรรมพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(3), 248-261.
- พร้อมจิตร ท่อนบุญheim. (2553). *ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม แนวคิดและการประยุกต์* (พิมพ์ครั้งที่ 2, แก้ไขปรับปรุง). มหาสารคาม: อภิชาติการพิมพ์.
- เพทาย ทองมหา. (2554). *การพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพการบริหารงานของสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาจังหวัด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พูลพงษ์ สุขสว่าง. (2556). *โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural equation modeling)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วัฒนาพานิช.
- ภรณ์ เลื่องอรุณ, สุภาพร วรรณสันทัด, และอริสา จิตต์วิบูลย์. (2555). การพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล. *การพยาบาลและการศึกษา*, 5(2), 30-36.
- ภรณ์วรัญธ์ จันทการบัณฑิต. (2554). การพัฒนาตัวชี้วัดความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน พิษณุโลก. *การพยาบาลและสุขภาพ*, 5(3), 80-91.
- มกราพันธุ์ จุฑาธรสก. (2551). *บทสรุปผู้บริหารการพัฒนาหน่วยการเรียนรู้แบบบูรณาการเพื่อสร้างชุมชนปฏิบัติการการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์: การประยุกต์ใช้ในองค์กรโดยใช้วิจัยเป็นฐาน*. กรุงเทพฯ: สถาบันพระบรมราชชนก.

- มานะ แก้วมาลา. (2552). *การพัฒนาหลักสูตรท้องถิ่นของสถานศึกษาขั้นพื้นฐานเพื่อการเสริมสร้างอัตลักษณ์ อุบลราชธานี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์). อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2555). *พจนานุกรมศัพท์ศึกษาศาสตร์ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน*. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์
- ลักขณา สริวัฒน์. (2549). *การคิด*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์
- วณิชา ชื่นกองแก้ว. (2562). *การปฏิรูปการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพในบริบทสังคมไทย*. สืบค้น 29 ตุลาคม 2562, จาก www.healthprofessionals21thailand.org
- วรวิทย์ ชัยพรเจริญศรี, บุญสืบ โสโสม, และกนกอร ชาวเวียง. (2560). การทบทวนความรู้งานวิจัยด้านการจัดการเรียนการสอนที่พัฒนาคุณลักษณะหัวใจความเป็นมนุษย์: กรณีศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(1), 146-159.
- วรรณิยา ฝ้าทรัพย์, และยุพิน อังสุโรจน์. (2556). การศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *เกื้อการุณย์*, 20(1), 86-102.
- วิจิตรา กุสมภ์. (2553). *ประเด็นและแนวโน้มวิชาชีพการพยาบาล (Trend & Issue of Nursing Profession)*. กรุงเทพฯ: สหประชาพิบูลย์.
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช. (2556). *รายงานการประเมินตนเองเพื่อรับรองสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาและผดุงครรภ์ ปีการศึกษา 2555*. พิษณุโลก: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช.
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา. (2555). *หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตหลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา สถาบันสมทบ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*. สงขลา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา.
- วิภาดา คุณาวิทิตกุล. (2549). *การพัฒนาบุคลากรพยาบาล*. เชียงใหม่: โชตนา พริน.
- ศุภามณ จันท์สกุล. (2561). อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล ความเข้มแข็งในการมอง โลกและการรับรู้ การเรียนการสอน ต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 19(37), 119-134.
- สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *คู่มือการดำเนินการเพื่อให้เกิดอัตลักษณ์บัณฑิต สถาบันพระบรมราชชนก*. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.

- สถาบันพระบรมราชชนก. (2558). *คู่มือการประกันคุณภาพการศึกษา*. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก.
- สภาการพยาบาล. (2553). *พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 และข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศสภาการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
- สภาการพยาบาล. (2555). *คู่มือการรับรองสถาบันการศึกษาพยาบาลและผดุงครรภ์*. กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2555). *การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์*. สืบค้น 29 ตุลาคม 2562, จาก www.bcnr.ac.th/bcnrhu/teaching.html
- สัมฤทธิ์ กางเพ็ง, และสรายุทธ กันหลง. (2553). *ภาวะผู้นำให้บริการในองค์กร: แนวคิดรวบยอดหลักการ ทฤษฎีงานวิจัย*. สืบค้น 29 ตุลาคม 2562, จาก <http://yuthxx.multiply.com/journal/item/292/292>
- สายสวาท เผ่าพงษ์. (2554). *อัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*. นครราชสีมา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา.
- สิวลี ศิริโล. (2548). *จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุดกัญญา ปานเจริญ, และสกุลรัตน์ ศิริกุล. (2553). *พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย*. *การพยาบาลและการศึกษา*, 3(3), 64-74.
- สุภาพร คงศรีรัตน์. (2554). *อัตลักษณ์และวิธีการสร้างอัตลักษณ์ของลาวจากวรรณกรรมแบบเรียน*. สืบค้น 29 ตุลาคม 2562, จาก www.human.nu.ac.th/jhnu/.../2011_02_01_11_35_26-02-02-07.pdf.
- สุกมาส อังสุโชติ, สมถวิล วิจิตรวรรณ, และรัชณีกุล ภิญโญภาณุวัฒน์. (2551). *สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์: เทคนิคการใช้โปรแกรม LISREL*. กรุงเทพฯ: มิสชั่น มีเดีย.
- สุทธนันท์ กัลป์กะ, และผกาสรณ์ อุไรวรรณ. (2556). *การดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์: การเรียนรู้ตามสภาพจริงในการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต*. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 19(2), 159-167.
- สุปราณี หมื่นยา, วิภาวรรณ นวลทอง, ปุณวิชช์ ทองแดง, และดวงดาว เทพทองคำ. (2554). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทักษะการพยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกภาคปฏิบัติวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 8(3), 200-211.

- สุวิทย์ คำมูล. (2550). *กลยุทธ์ การสอนคิดสังเคราะห์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2548). *การวิจัยการประเมินความต้องการจำเป็น*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุรีย์ เหล็กขำ, เชิดศักดิ์ โฆวาสินธุ์, อัจฉรา วัฒนาณรงค์ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. (2553).
การประเมินและการจัดทำแนวทางการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2545
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. *การพยาบาลและสุขภาพ*, 4(3), 66-81.
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2553). *คู่มือการประกันคุณภาพการศึกษากายใน
สถานศึกษาระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2553*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา. (2555). *รายงานผลการประเมินคุณภาพ
ภายนอกกรอบสาม ระดับอุดมศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา*. กรุงเทพฯ:
สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (องค์การมหาชน).
- สำราญ มีแจ้ง. (2544). *สถิติขั้นสูงสำหรับการวิจัย*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หทัยชนก บัวเจริญ, จรรย์วัตร คมพยัคฆ์, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และกมลทิพย์ ชลังธรรมเนียม. (2553).
การพยาบาลในระบบสุขภาพ. สมุทรปราการ: จรัญสนิทวงศ์ การพิมพ์.
- อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. (2553). *การพัฒนาวิชาชีพพยาบาล*. เชียงใหม่: ช้างเผือก.
- อภิญา เพ็ญฟูสกุล. (2546). *อัตลักษณ์ Identify*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสภาวิจัย
แห่งชาติ.
- อนัญญา คูอาริยะกุล, วราภรณ์ ยศทวี, นัยนา อินธิโชติ, วิภาวรรณ นวลทอง และวีระยุทธ อินพะเนา.
(2555). เจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราช
ชนนี อุตรดิตถ์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 6(1), 18-26.
- อมาวลี อัมพันศิริรัตน์, ปิยรัตน์ จินาพันธ์, กัญญ์สิริ จันทร์เจริญ และปัทมา แคนยุกต์. (2556).
*การพัฒนาเครื่องมือวัดและประเมินผลตามมาตรฐานผลการเรียนรู้คุณวุฒิระดับปริญญาตรี
สาขาพยาบาลศาสตร์ ของเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้*.
สงขลา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา.
- อรุณรัตน์ คันธา. (2557). ผลกระทบและทางออกของการขาดแคลนกำลังคนทางการพยาบาล
ในประเทศไทย. *Journal of Nursing Science*, 32(1), 81-90.
- American Nurses Association Continuing Education. (2010). *COPA Model Nursing
Competencies: Personal Characteristic Contributing to Effective Nursing
Performance*. Retrieved December 29, 2019, from
<http://www.Nursingworld.org/mods/archive/mod110/copa3.htm>

- Anderson, L. W. & Krathwohl, D. R. (2001). *Designing Effective Projects: Thinking Skills Frameworks* Retrieved December 29, 2019, from www.center.iupui.edu/ctl/idd/docs/Bloom_revies021.doc
- Ayman, A. (2013). *Analytical Thinking*. Retrieved December 29, 2019, from [Pathways.cu.edu.eg/library/.../Analytical Dr.Ayman.pdf](http://Pathways.cu.edu.eg/library/.../Analytical%20Dr.Ayman.pdf).
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness skills. *Assessment, 11*, 191-206.
- Barth, Fredrik. (1969). *Ethnic Group and Boundaries*. Boston: Little, Brown.
- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of Education Objectives, Handbook1: Cognitive Domain*. London: Longman Group Company.
- Bollen, K.A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: John Wiley & Sons.
- Butts, B. J. & Rich, L. K. (2011). *Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice*. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.
- Chau, E. A. (2013). Advocacy and the Role of the School Nurse. *National Association of School Nurses, 28*(3), 124-125.
- Chitty, K Kay. & Black, P Beth. (2011). *Professional Nursing: Concepts & Challenges*. (6th ed). Missouri: Saunders Elsevier.
- Cochran, J. (2008). Empowerment in Adolescent Obesity: Stage of the Science. *Journal of Rural Nursing and Health Care, 8*(1).
- Crosby, K. (2012). *Self-Care DIY: A How-To Just for You: Community Organizer and Yoga instructor Kim Crosby Give Us the Much-Needed Lowdown on Self-Care*. Retrieved December 29, 2019, from <http://www.shamelessmag.com/stories/2012/11/self-care-diy-how-just-you/2/>
- Deppoliti, D. (2008). Exploring How New Registered Nurses Construct Professional Identity in Hospital Settings. *Continuing Education in Nursing, 39*(6), 255-262.
- Dewey, J. (1933). *How We Think*. Retrieved December 29, 2019, from, <http://archive.org/stream/howwethink-000838mbp#page/n7/mode/2up>.
- Fry, Sarah, T., & Johnstone, M. J. (2008). *Ethics in Nursing Practice: a Guide to Ethical Decision Making*. Melbourne: Blackwell Publishing.

- Gerson, S., & Woodward, A. L. (2012). A claw is like my hand: comparison support goal analysis in infants. *Cognition*, *122*, 181-192.
- Gibson, H. C. (1995). The Process of Empowerment in Mothers of Chronically Ill Children. *Advance Nursing*, *21*, 1201-1210.
- Good, C. V. (1973). *Dictionary of Education*. New York: McGraw-Hill Book.
- Gronroos, C. (2006). Adopting a Service Logic for Marketing. *Marketing Theory*, *6*(3), 317-333.
- Hair, F. J., Black, C. W., & Babin, J. B. (2010). *Multivariate Data Analysis* (7th ed). New York: Pearson Education.
- Helmich, E., Derksen, E., Prevoo, M., Laan, R., Bolhuis, S. (2010). Medical Students' Professional Identity Development in an Early Nursing Attachment. *Medical Education*, *44*(7), 674-682.
- Heubecke, E. (2008). *The New Face of Nursing: Expanding Patient Advocacy with Leadership, Creativity, and Vision*. *Johns Hopkins Nursing Magazine*. Retrieved December 29, 2019, from <http://magazine.nursing.jhu.edu/>
- Hoy, K., & Miskel, G. (2013). *Educational Administration*. New York: RR Donnelly & Sons.
- Hunter, C. & Ravert, P.K. (2010). Nursing students' perceptions of learning outcomes through-out simulation experiences. *Undergraduate Research Journal for the Human Science*, *12*(31), 1-10.
- International Council of Nurse. (2010). *Definition of Nursing*. Retrieved December 29, 2019, from, <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing>
- Isokaanta, V., & Johansson. (2006). *Empowerment Nursing-Experiences of Empowerment and Disempowerment made by Patients in Need of Long Term Nursing*. Nursing Research Thesis. Gothenburg: Institute of Health and Care Sciences, Goteborg University.
- Kerlinger, F. N. (1986). *Foundations of behavioral research* (3rd ed.). Fort Worth, TX: Holt, Rinehart, and Winston
- Kirk, R. E. (1995). *Experimental design: Procedures for the behavioral sciences* (3rd ed). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

- Kleiman, S. (2009). *Human Centered Nursing: The Foundation of Quality Care*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Lawler, S. (2008). *Identity Sociological Perspectives*. Kundhi: Peplika Press PVT.
- Lindberg, J. Kreuter, M., Taft, C., Person, L. (2013). Patient Participation in Care and Rehabilitation from the Perspective of Patients with Spinal Cord Injury. *Spinal cord*, 51, 834-837.
- Maleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing Development & Progress* (5th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Marzano, R. J. (2001). *Designing a New Taxonomy of Educational Objective*. Thousand Oaks, California: Corwin Press.
- Marzano, R. J. (2006). *The New Taxonomy of Educational Objectives*. California: A SAGE.
- Marzano, R. J. (2013). Asking Questions-At Four Different Levels. *Educational Leadership*. 70(5), 76-77.
- McNair, D. L., Newswander, C., Boden, D., Borrego, M. (2011). Student and Faculty Interdisciplinary Identities in Self-Managed Teams. *Engineering Education*, 100(2), 374-396.
- Meetoo, D. & Gopaul, H. (2005). Empowerment: Giving Power to People with Diabetes. *Diabetes Nursing*, 9(1), 28-32.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2009). *Foundations for Health Promotion* (3rd ed). London: Bailliere Tindall.
- Nelson, J., & Watson, J. (2012). *Measuring Caring International Research on Caritas as Healing*. New York: Gasch Printing.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing Concept of Practice* (4th ed.). St Louis: Mosky Year Book.
- Orem, D. E. (2011). *The Self-Care Deficit Nursing Theory*. Retrieved December 29, 2019, from <http://nursingtheories.weebly.com/dorothea-e-orem.html>.
- Parasuraman, A., Berry, L. & Zeithaml, A. (1991). Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. *Retailing*, 67(4), 420-450.
- Potter, A., Perry, A, Stoctert, P., & Hall, A. (2011). *Basic Nursing* (7th ed). Missouri: Mosby Elsevier.

- Prinzle, P., Onghena, P., & Hellinckx, W. (2006). A cohort-sequential multivariate latent growth curve analysis of normative CBCL aggressive and delinquent problem behavior: Associations with harsh discipline and gender. *International Journal of Behavioral Development, 30*, 444-459.
- Rowles, Graham, D. & Chaudhury, H. (2005). *Home and Identity in Late Life*. New York: Springer.
- Russell, F. R., & Stone, G. A. (2002). A Review of Servant Leadership Attributes: Developing a Practical Model. *Leadership & Organization Development, 23*(3), 145-157.
- Schumacher, R. E., & Lomax, R. G. (2010). *A Beginners Guide to Structural Equation Modeling: SEM*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Spears, C. L. (2010). Character and Servant Leadership: Ten Characteristics of Effective, Caring Leaders, *Virtues & Leadership, 1*(1), 25-30.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical Development of a middle range theory of caring. *Nursing Research, 40*(3), 161-166.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (6th ed). Boston: Allyn and Bacon.
- Taylor, R. C. (2011). *Fundamentals of Nursing The Art and Science of Nursing Care* (7th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- The Evolution of Extraordinary Intelligence. (2013). *Analytical Think*. Retrieved December 29, 2019, from <http://www.visualthinkingmagic.com/analytical-think>
- Thompson, A. (2007). The Meaning of Patient Involvement and Participation in Health Care Consultations: A Taxonomy. *Social Science and Medicine, 64*(6), 1297-1310.
- Voluntary Service Overseas. (2012). *Participatory Advocacy: AT toolkit for VSO Staff, Volunteers and Partners*. Retrieved December 29, 2019, from www.vsojitolee.org
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. Massachusetts: Malloy.
- Webber, D., Guo, Z., & Mann, S. (2013). Self-Care in Health: We Can Define It, But Should We also Measure It?. *Self-Care, 4*(5), 101-106.

Whiffin, J. C., & Hasselder, A. (2013). Making the Link between critical Appraisal, Thinking and Analysis. *British Journal of Nursing*, 22(14), 831-835.

Woodward, K. (2004). *Questioning Identity: Gender, Class, Ethnicity* (2nd ed). London: Licensing Agency.

World Health Organization. (2013). *Nursing*. Retrieved December 29, 2019, from <http://who.int/topics/nursing/en/>





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยนครพนม

ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้เชี่ยวชาญในการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบวัดอัตลักษณ์
การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการศึกษา วัดและประเมินผลการศึกษา

1. รองศาสตราจารย์ ดร. มารุต พัฒนาผล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤตยากาญจน์ โต้พิทักษ์ อาจารย์สาขาวิจัยและประเมินผล
การศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัดดา ภูหงส์ทอง อาจารย์สาขาวิจัยและประเมินผล
การศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการบริหารการพยาบาล

4. ดร.ลิลลี่ ศิริพร ผู้อำนวยการสำนักงานสภาสถาบันพระบรมราชชนก
สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้เชี่ยวชาญทางด้านหลักสูตรและการสอน

5. ดร.ดุจเดือน เขียวเหลือง รองผู้อำนวยการกลุ่มงานวิชาการ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

ผู้เชี่ยวชาญทางด้านปฏิบัติการพยาบาล

6. คุณวิลาวัลย์ กาไหล่ทอง หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
7. คุณเพ็ญลักษณ์ ขำเลิศ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลภาชี
จ.พระนครศรีอยุธยา จ.พระนครศรีอยุธยา

ภาคผนวก ข แบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล



แบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหา

แบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

คำชี้แจง

ขอให้ท่านพิจารณานิยามศัพท์ขององค์ประกอบอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล แล้วทำการประเมินความสอดคล้องของนิยามศัพท์และข้อความถามว่ามีความสอดคล้องกันหรือไม่ โดยใส่เครื่องหมาย \checkmark ลงในช่องแสดงความสอดคล้อง พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปพิจารณาปรับปรุงแก้ไขแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ให้มีความสมบูรณ์ต่อไป

โดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ดังนี้

- +1 = แน่ใจว่านิยามศัพท์และข้อความมีความสอดคล้อง
- 0 = ไม่แน่ใจว่านิยามศัพท์และข้อความมีความสอดคล้อง
- 1 = แน่ใจว่านิยามศัพท์และข้อความไม่มีความสอดคล้อง

ทั้งนี้ ขอให้ท่านใช้เอกสารที่แนบมานี้ เพื่อประกอบการพิจารณาในการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

ด้วยความเคารพ

นางสาวสุปราณี หมื่นยา

(ผู้วิจัย)

| ข้อที่ | ข้อความ | ความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ | | | ข้อเสนอแนะ เพิ่มเติม |
|------------------------------------|---|--------------------------------|---|----|-------------------------|
| | | +1 | 0 | -1 | |
| องค์ประกอบหลักด้านจิตบริการ | | | | | |
| 1 | จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลแบบองค์รวม | | | | |
| 2 | ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าในการให้บริการ | | | | |
| 3 | ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงผลสำเร็จของการ ให้บริการ | | | | |
| 4 | ควบคุมอารมณ์และแสดงออกต่อผู้รับบริการ และผู้เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม | | | | |
| 5 | มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ | | | | |
| 6 | รับฟังผู้รับบริการด้วยความตั้งใจ | | | | |
| 7 | ปฏิบัติพยาบาลต่อผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยน และนุ่มนวล | | | | |
| 8 | ให้บริการตรงตามปัญหาและความต้องการ ของผู้รับบริการ | | | | |
| 9 | ให้บริการเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความหวังใน ชีวิต | | | | |
| 10 | ให้บริการโดยคำนึงถึงบริบทและวัฒนธรรม ของผู้รับบริการ | | | | |
| 11 | ปฏิบัติต่อผู้รับบริการอย่างเป็นธรรมเท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติ | | | | |
| 12 | รักษาความลับของผู้รับบริการ | | | | |
| 13 | พิทักษ์สิทธิผู้รับบริการ | | | | |
| 14 | ให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการเพื่อให้เกิด ความเชื่อมั่นในการบริการ | | | | |
| 15 | ให้การช่วยเหลือผู้รับบริการจนเกิดความพึง พอใจในการบริการ | | | | |
| 16 | ให้บริการโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน | | | | |
| 17 | มีความซื่อสัตย์สุจริต | | | | |
| 18 | ปฏิบัติในสิ่งที่เป็ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ | | | | |

| ข้อที่ | ข้อความ | ความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ | | | ข้อเสนอแนะ เพิ่มเติม |
|--|---|--------------------------------|---|----|-------------------------|
| | | +1 | 0 | -1 | |
| 19 | รับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย | | | | |
| 20 | กระตือรือร้นในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ | | | | |
| 21 | ยอมรับความคิดและพฤติกรรมของ ผู้รับบริการโดยไม่เอาความคิดของตนเองไป ตัดสิน | | | | |
| 22 | สามารถทำงานเป็นทีมร่วมกับผู้อื่นได้ | | | | |
| 23 | มีทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างกำลังใจแก่ผู้ป่วย | | | | |
| 24 | ปฏิบัติตามพยาบาลองค์รวมตามกระบวนการ พยาบาล | | | | |
| 25 | ปฏิบัติงานโดยเห็นประโยชน์ส่วนรวม มากกว่าส่วนตน | | | | |
| 26 | ให้การพยาบาลด้วยความรู้สึกห่วงใยและ เมตตา | | | | |
| 27 | เห็นประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นสำคัญ | | | | |
| 28 | เคารพในคุณค่าศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ | | | | |
| องค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ | | | | | |
| 29 | มีทักษะการสืบค้นข้อมูลเพื่อใช้ในการ วิเคราะห์ปัญหาของผู้รับบริการ | | | | |
| 30 | สามารถคิดแก้ปัญหาบนฐานข้อมูลที่เป็นจริง | | | | |
| 31 | รวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการ จาก แหล่งข้อมูลที่หลากหลาย | | | | |
| 32 | รวบรวมข้อมูลที่เป็นจริง และสอดคล้องกับ บริบทของผู้รับบริการ | | | | |
| 33 | สามารถจำแนก แยกแยะข้อมูลของ ผู้รับบริการบนพื้นฐานที่เป็นจริง | | | | |
| 34 | สามารถจัดหมวดหมู่ข้อมูลปัญหาและความ ต้องการของผู้รับบริการบนฐานข้อมูลที่เป็น จริง | | | | |

| ข้อที่ | ข้อความ | ความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ | | | ข้อเสนอแนะ เพิ่มเติม |
|---|--|--------------------------------|---|----|-------------------------|
| | | +1 | 0 | -1 | |
| 35 | สามารถเชื่อมโยงข้อมูลผู้รับบริการกับความรู้ทางวิชาการอย่างถูกต้องและเป็นเหตุเป็นผล | | | | |
| 36 | สามารถรวบรวมข้อมูลที่แท้จริงได้อย่างเป็นระบบ | | | | |
| 37 | สามารถวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการตามสภาพความเป็นจริง | | | | |
| 38 | สามารถวิเคราะห์ความจำเป็นของผู้รับบริการตามสภาพความเป็นจริง | | | | |
| 39 | สามารถวางแผนให้บริการสุขภาพสอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการ | | | | |
| 40 | สามารถอ้างอิงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ | | | | |
| 41 | เปิดใจรับฟังและยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง | | | | |
| 42 | ใช้เหตุผลหรือหลักฐานในการแก้ปัญหาอย่างรอบคอบ | | | | |
| 43 | ตระหนักและยอมรับจุดเด่นและจุดด้อยของตนเองเพื่อการพัฒนาตนเองได้ | | | | |
| 44 | สามารถเรียนรู้และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ | | | | |
| องค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ | | | | | |
| 45 | กระตุ้นให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนและเลือกวิธีการดูแลตนเอง | | | | |
| 46 | ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการเพื่อพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสม | | | | |
| 47 | กระตุ้นให้ผู้รับบริการค้นพบปัญหาที่แท้จริงของตนเอง | | | | |

| ข้อที่ | ข้อความ | ความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ | | | ข้อเสนอแนะ เพิ่มเติม |
|--------|---|--------------------------------|---|----|-------------------------|
| | | +1 | 0 | -1 | |
| 48 | ให้ความรู้แก่ผู้รับบริการตรงตามสภาพปัญหา | | | | |
| 49 | สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้รับบริการ | | | | |
| 50 | ช่วยผู้รับบริการค้นหาข้อมูลที่เหมาะสม | | | | |
| 51 | กำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเองร่วมกับ ผู้รับบริการ | | | | |
| 52 | ส่งเสริมให้ผู้รับบริการรู้จักและเข้าใจตนเอง | | | | |
| 53 | ชี้แนะวิธีแก้ปัญหาสุขภาพเพื่อการตัดสินใจ | | | | |
| 54 | เสนอทางเลือกที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา เพื่อการตัดสินใจ | | | | |
| 55 | สะท้อนคิดให้กับผู้รับบริการอย่างสร้างสรรค์ มีเหตุผล | | | | |
| 56 | ให้ข้อมูลผู้รับบริการเพื่อการตัดสินใจ | | | | |
| 57 | จัดบรรยากาศให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกัน | | | | |
| 58 | ให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการจัดสรรสิ่ง อำนวยความสะดวก | | | | |
| 59 | เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการตัดสินใจและปฏิบัติ ที่ถูกต้อง | | | | |
| 60 | ประสานความร่วมมือกับผู้รับบริการ | | | | |
| 61 | ให้บริการสุขภาพที่คำนึงถึงความแตกต่าง ของบุคคล | | | | |
| 62 | เคารพการตัดสินใจของผู้รับบริการ | | | | |
| 63 | เคารพและตระหนักในสิทธิของผู้รับบริการ | | | | |
| 64 | คำนึงถึงองค์ประกอบทางวัฒนธรรมของ ผู้รับบริการ | | | | |
| 65 | ให้การช่วยเหลือตามความต้องการของ ผู้รับบริการภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ | | | | |

| ข้อที่ | ข้อความ | ความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ | | | ข้อเสนอแนะ เพิ่มเติม |
|--------|---|--------------------------------|---|----|-------------------------|
| | | +1 | 0 | -1 | |
| 66 | สร้างความมั่นใจในความปลอดภัยให้กับ ผู้รับบริการ | | | | |
| 67 | สนับสนุนให้ผู้รับบริการตัดสินใจตามสิทธิ | | | | |
| 68 | ยอมรับความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม วิถีการ ดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ | | | | |
| 69 | เป็นตัวแทนผู้รับบริการในการเรียกร้องสิทธิที่ พึงได้รับ | | | | |
| 70 | ปกป้องการถูกละเมิดสิทธิของผู้รับบริการ | | | | |
| 71 | ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิที่เกี่ยวข้องกับ ผู้รับบริการ | | | | |
| 72 | เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการซักถามข้อสงสัย จน เกิดความเข้าใจ | | | | |
| 73 | ร่วมสรุปปัญหาและความต้องการร่วมกับ ผู้รับบริการและครอบครัว | | | | |
| 74 | สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้รับบริการปฏิบัติ ตามแนวทางที่เลือกไว้ให้บรรลุเป้าหมาย | | | | |
| 75 | พัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพของ ผู้รับบริการให้สามารถพึ่งตนเองได้อย่าง ยั่งยืน | | | | |

ลงชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

(.....)

วันที่เดือนพ. ศ.

ภาคผนวก ค แบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา
พยาบาล



แบบสอบถาม

เรื่อง การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจ
ความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นแบบสอบถามของงานวิจัย เรื่อง การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อ
พัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้
โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้างนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและไม่
บ่งชี้ถึงผู้ให้ข้อมูลได้ แบบสอบถามชุดนี้มีทั้งหมด 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา

พยาบาล

ขอความกรุณาท่านโปรดอ่านและตอบแบบสอบถามฉบับนี้ด้วยความถูกต้อง ตรงกับความ
เป็นจริงมากที่สุดเพื่อที่จะนำผลการศึกษาไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาระบบการบริการ
สุขภาพ และการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลให้เกิดอัตลักษณ์การ
บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

เพื่อความสะดวกในการตอบแบบสอบถาม ท่านสามารถตอบแบบสอบถามแบบออนไลน์ได้
ที่ <https://forms.gle/2CB5FA2KiovWoB6H6> หรือสแกนผ่าน QR code

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ

นางสาวสุปราณี หมั่นยา

นิสิตหลักสูตรการศึกษาดุษฎีบัณฑิต

คณะศึกษาศาสตร์ สาขาวิจัยและประเมินผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และเติมคำในช่องว่าง

1. เพศ ชาย หญิง
2. ชั้นปีที่ศึกษา 1 2
 3 4
3. อายุ (ปี)
4. เกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX)

ส่วนที่ 2 แบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

ขอความกรุณาท่านโปรดอ่านและพิจารณาว่าพฤติกรรมที่สะท้อนถึงการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของท่าน ที่ตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของตัวเองมากที่สุด โดยให้ท่านพิจารณาให้คะแนนและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินตนเองดังนี้

- ระดับการรับรู้ 5 หมายถึง ท่านมีความสามารถในเรื่องนั้นอยู่ในระดับมากที่สุด หรือสามารถเป็นแบบอย่างให้กับผู้อื่นได้ หรือทำได้เกินเกณฑ์ที่ท่านกำหนดไว้
- ระดับการรับรู้ 4 หมายถึง ท่านมีความสามารถในเรื่องนั้นอยู่ในระดับมาก หรือทำตามเกณฑ์ที่ท่านกำหนดไว้
- ระดับการรับรู้ 3 หมายถึง ท่านมีความสามารถในเรื่องนั้นอยู่ในระดับปานกลาง หรือทำตามเกณฑ์ที่ท่านกำหนดไว้ แต่ยังมีบางจุดต้องได้รับการปรับปรุงพัฒนา
- ระดับการรับรู้ 2 หมายถึง ท่านมีความสามารถในเรื่องนั้นอยู่ในระดับน้อย หรือทำได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ท่านกำหนดไว้ ซึ่งยังต้องมีการปรับปรุงพัฒนาหลายจุด
- ระดับการรับรู้ 1 หมายถึง ท่านมีความสามารถในเรื่องนั้นอยู่ในระดับน้อยที่สุด หรือถือว่าไม่มีความสามารถด้านนี้เลย

| ลำดับ | พฤติกรรมกรให้บริการสุขภาพ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ | ระดับการรับรู้ | | | | |
|--|---|----------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| องค์ประกอบหลักด้านจิตบริการ | | | | | | |
| องค์ประกอบย่อยด้านคุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวม (Quality of Holistic Nursing) | | | | | | |
| 1 | สร้างสภาพสิ่งแวดล้อมต่อการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ | | | | | |
| 2 | ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการ | | | | | |
| 3 | ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงผลสำเร็จของการให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการ | | | | | |
| 4 | ให้บริการตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ | | | | | |
| 5 | ให้บริการเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความหวังในชีวิต | | | | | |
| 6 | ให้บริการโดยคำนึงถึงบริบทและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ | | | | | |
| องค์ประกอบย่อยด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทร (Caring) | | | | | | |
| 7 | ควบคุมอารมณ์และแสดงออกต่อผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม | | | | | |
| 8 | สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ | | | | | |
| 9 | รับฟังความคิดเห็นและคำแนะนำของผู้รับบริการด้วยความตั้งใจ | | | | | |
| 10 | ปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้รับบริการด้วยความอ่อนโยนและนุ่มนวล | | | | | |
| 11 | ปฏิบัติต่อผู้รับบริการอย่างเป็นธรรมเท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติ | | | | | |
| 12 | มีกิริยา ท่าทางสุภาพ อ่อนน้อมกับผู้รับบริการทุกคน | | | | | |
| องค์ประกอบย่อยด้านจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล (Code of Ethics in Nursing) | | | | | | |
| 13 | รักษาความลับของผู้รับบริการ | | | | | |
| 14 | ให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการบริการสุขภาพ | | | | | |

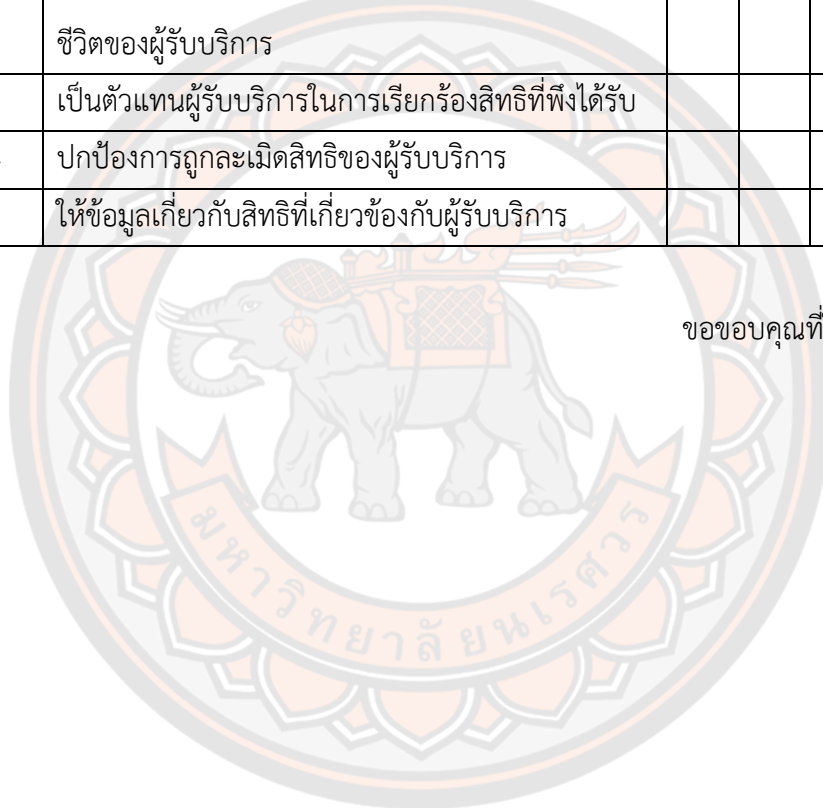
| ลำดับ | พฤติกรรมในการให้บริการสุขภาพ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ | ระดับการรับรู้ | | | | |
|--|--|----------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15 | ให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการด้วยมาตรฐานวิชาชีพจน เกิดความพึงพอใจในการให้บริการสุขภาพ | | | | | |
| 16 | ให้บริการสุขภาพโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน | | | | | |
| 17 | มีความซื่อสัตย์สุจริตในทุกกิจกรรมของการพยาบาล | | | | | |
| 18 | ปฏิบัติในสิ่งที่เป็นโยบายสนต่อผู้รับบริการ | | | | | |
| 19 | รับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมายและผลที่เกิดขึ้น จากการกระทำของตนเอง | | | | | |
| 20 | กระตือรือร้นในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ | | | | | |
| 21 | ยอมรับความคิดและพฤติกรรมของผู้รับบริการโดยไม่ นำความคิดของตนเองไปตัดสิน | | | | | |
| 22 | สามารถทำงานเป็นทีมร่วมกับผู้อื่นได้ | | | | | |
| 23 | มีทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างกำลังใจแก่ผู้รับบริการ | | | | | |
| 24 | ปฏิบัติตามพยาบาลองค์รวมตามกระบวนการพยาบาล | | | | | |
| 25 | ปฏิบัติงานโดยเห็นประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตน | | | | | |
| 26 | ให้การพยาบาลด้วยความห่วงใยและเมตตา | | | | | |
| 27 | เคารพในคุณค่าศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของ ผู้รับบริการ | | | | | |
| องค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ | | | | | | |
| องค์ประกอบย่อยด้านทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking Skills) | | | | | | |
| 28 | มีทักษะในการตั้งคำถามเพื่อซักถามข้อมูลหรือปัญหา ของผู้รับบริการ | | | | | |
| 29 | มีทักษะการสืบค้นข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ปัญหา ของผู้รับบริการ | | | | | |
| 30 | รวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการจากแหล่งข้อมูลที่ หลากหลาย | | | | | |
| 31 | รวบรวมข้อมูลที่เป็นจริงและสอดคล้องกับบริบทของ ผู้รับบริการ | | | | | |
| 32 | จำแนก แยกแยะข้อมูลของผู้รับบริการบนพื้นฐานที่ เป็นจริง | | | | | |

| ลำดับ | พฤติกรรมการให้บริการสุขภาพ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ | ระดับการรับรู้ | | | | |
|--|--|----------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 33 | จัดหมวดหมู่ข้อมูลปัญหาและความต้องการของ ผู้รับบริการบนฐานข้อมูลที่เป็นจริง | | | | | |
| 34 | เชื่อมโยงข้อมูลผู้รับบริการกับความรู้ทางวิชาการอย่าง ถูกต้องและเป็นเหตุเป็นผล | | | | | |
| 35 | วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของ ผู้รับบริการตามสภาพความเป็นจริง | | | | | |
| 36 | วิเคราะห์ความจำเป็นของผู้รับบริการตามสภาพความเป็นจริง | | | | | |
| 37 | วางแผนให้บริการสุขภาพสอดคล้องกับบริบทของ ผู้รับบริการ | | | | | |
| องค์ประกอบย่อยด้านคุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking Attributes) | | | | | | |
| 38 | อ้างอิงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือ | | | | | |
| 39 | เปิดใจรับฟังและยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง | | | | | |
| 40 | ใช้เหตุผลหรือหลักฐานในการแก้ปัญหาอย่างรอบคอบ | | | | | |
| 41 | คิดแก้ปัญหาบนฐานข้อมูลที่เป็นจริง | | | | | |
| 42 | เปรียบเทียบจุดดี จุดด้อยของวิธีการให้บริการ/การ แก้ปัญหาสุขภาพในแต่ละวิธี | | | | | |
| 43 | ตระหนักและยอมรับจุดเด่นและจุดด้อยของตนเองเพื่อ การพัฒนาตนเอง | | | | | |
| 44 | เรียนรู้และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น | | | | | |
| องค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ | | | | | | |
| องค์ประกอบย่อยด้านการส่งเสริมการดูแลตนเอง (Self-Care Promotion) | | | | | | |
| 45 | กระตุ้นให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนและ เลือกวิธีการดูแลตนเอง | | | | | |
| 46 | ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการเพื่อพิจารณาทางเลือกที่ เหมาะสม | | | | | |
| 47 | กระตุ้นให้ผู้รับบริการค้นพบปัญหาที่แท้จริงของตนเอง | | | | | |
| 48 | ให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตรงตามสภาพปัญหา ของผู้รับบริการ | | | | | |

| ลำดับ | พฤติกรรมกรให้บริการสุขภาพ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ | ระดับการรับรู้ | | | | |
|--|---|----------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 49 | สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ของผู้รับบริการ | | | | | |
| 50 | ช่วยผู้รับบริการค้นหาข้อมูลที่เหมาะสม | | | | | |
| 51 | กำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเองร่วมกับผู้รับบริการ | | | | | |
| 52 | ส่งเสริมให้ผู้รับบริการรู้จักและเข้าใจตนเอง | | | | | |
| 53 | ชี้แนะวิธีแก้ปัญหาสุขภาพและสอบถามความคิดเห็น เพื่อให้ผู้รับบริการเป็นผู้ตัดสินใจ | | | | | |
| 54 | เสนอทางเลือกที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการเป็นผู้ตัดสินใจ | | | | | |
| 55 | สะท้อนคิดให้กับผู้รับบริการอย่างสร้างสรรค์ มีเหตุผล | | | | | |
| 56 | ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการเพื่อการตัดสินใจ | | | | | |
| 57 | จัดบรรยากาศให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน | | | | | |
| 58 | ให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการจัดสรรสิ่งอำนวยความสะดวก | | | | | |
| 59 | เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการตัดสินใจและปฏิบัติที่ถูกต้อง | | | | | |
| 60 | ประสานความร่วมมือกับผู้รับบริการ | | | | | |
| 61 | เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการซักถามข้อสงสัยจนเกิดความ เข้าใจ | | | | | |
| 62 | สรุปปัญหาและความต้องการร่วมกับผู้รับบริการและ ครอบครัว | | | | | |
| 63 | สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้รับบริการปฏิบัติตาม แนวทางที่เลือกไว้ให้บรรลุเป้าหมาย | | | | | |
| 64 | พัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการให้ สามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน | | | | | |
| องค์ประกอบย่อยด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Patient Advocacy) | | | | | | |
| 65 | ให้บริการสุขภาพที่คำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล | | | | | |
| 66 | เคารพการตัดสินใจของผู้รับบริการ | | | | | |
| 67 | เคารพและตระหนักในสิทธิของผู้รับบริการ | | | | | |
| 68 | คำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ | | | | | |

| ลำดับ | พฤติกรรมการให้บริการสุภาพ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ | ระดับการรับรู้ | | | | |
|-------|--|----------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 69 | ให้การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้รับบริการ ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ | | | | | |
| 70 | สร้างความมั่นใจในความปลอดภัยของการบริการ สุภาพแก่ผู้รับบริการ | | | | | |
| 71 | สนับสนุนให้ผู้รับบริการตัดสินใจตามสิทธิ | | | | | |
| 72 | ยอมรับความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม วิถีการดำเนิน ชีวิตของผู้รับบริการ | | | | | |
| 73 | เป็นตัวแทนผู้รับบริการในการเรียกร้องสิทธิที่พึงได้รับ | | | | | |
| 74 | ปกป้องการถูกละเมิดสิทธิของผู้รับบริการ | | | | | |
| 75 | ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ | | | | | |

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ



ภาคผนวก ง แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพ
ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้โมเดลโค้งพัฒนาการ
ที่มีตัวแปรแฝง



แบบสอบถาม

เรื่อง การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพ
ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
ของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง

เรียน นักศึกษาผู้ตอบแบบสอบถาม

ด้วยดิฉัน นางสาวสุปราณี หมื่นยา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติงานที่วิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ และเป็นนิสิตระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิจัยและประเมินผล
การศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร กำลังเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประกอบการทำ
วิทยานิพนธ์เรื่อง “การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วย
หัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง” โดยมี
รองศาสตราจารย์ ดร.ปรกรณ์ ประจันบาน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

เนื่องจากท่านเป็นนักศึกษาพยาบาลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และเกี่ยวข้อง
โดยตรงกับการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล ดังนั้น ท่านจึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับของอัต
ลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อ
พัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ข้อมูลที่ได้จากท่านในครั้งนี้จะ
นำเสนอในภาพรวม ไม่ส่งผลกระทบต่อในทางที่เสียหายต่อตัวท่าน แต่จะเป็นคุณประโยชน์อย่างยิ่งต่อ
วิทยาลัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการผลิตบัณฑิตพยาบาล ในอันที่จะนำไปพัฒนาปรับปรุงการจัดการเรียน
การสอน และพัฒนาวิชาชีพพยาบาลในอนาคตต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้มีความจำเป็นที่จะต้องรวบรวมข้อมูลจำนวน 4 ครั้ง เพื่อให้เห็นพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งการตอบแบบสอบถามในแต่ละครั้งอาจทำให้ท่านเสียเวลาบ้าง แต่งานวิจัยนี้จะสำเร็จลุล่วงไปได้ก็ด้วยความอนุเคราะห์จากท่าน ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านในการสละเวลาอันมีค่าตอบแบบสอบถามฉบับนี้ และขอขอบพระคุณในความร่วมมือนี้อีกด้วย โอกาสนี้

เพื่อความสะดวกในการตอบแบบสอบถาม ท่านสามารถตอบแบบสอบถามแบบออนไลน์ได้ที่ <https://forms.gle/Kqv7wSofO6H2q4z19> หรือสแกนผ่าน QR code



นางสาวสุปราณี หมื่นยา
นิสิตหลักสูตรการศึกษาดุษฎีบัณฑิต
คณะศึกษาศาสตร์ สาขาวิจัยและประเมินผลการศึกษา

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นแบบสอบถามของงานวิจัย เรื่อง การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง จะมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากท่าน จำนวน 4 ครั้ง เพื่อศึกษาพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล รวมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้ท่านระบุ ชื่อของท่าน และรหัสประจำตัวนักศึกษา เพื่อใช้เชื่อมโยงว่าเป็นบุคคลคนเดียวกันในกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล

2. แบบสอบถามชุดนี้มีทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบวัดเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อน

ส่วนที่ 5 แบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา

พยาบาล

ขอความกรุณาท่านโปรดอ่านและตอบแบบสอบถามฉบับนี้ด้วยความถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพื่อที่จะนำผลการศึกษาไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพ และการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลให้เกิดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และเติมคำในช่องว่าง

1. โปรดระบุชื่อ รหัสประจำตัว และมหาวิทยาลัยที่ท่านกำลังศึกษา
(ขอความกรุณานักศึกษาระบุด้วย เพราะถ้าไม่ระบุ หรือเก็บข้อมูลจากแต่ละคนไม่ครบ 4 ครั้ง ข้อมูลนักศึกษาคนนั้นจะนำไปใช้ในการวิเคราะห์ไม่ได้เลย สำหรับการระบุชื่อและรหัสประจำตัวนี้ เพื่อใช้เชื่อมโยงในกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเท่านั้น จะไม่มีผลกระทบในทางที่เสียหายต่อตัวนักศึกษาแต่อย่างใด)
ชื่อ.....รหัสประจำตัว.....
นักศึกษา.....
2. เพศ ชาย หญิง
3. มหาวิทยาลัยที่ท่านกำลังศึกษา
 1. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
 2. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
 3. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

ส่วนที่ 2 แบบวัดเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล

นิยามศัพท์

เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึก และพฤติกรรมทั้งความตั้งใจหรือแนวโน้มในการปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อวิชาชีพพยาบาลทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้และประสบการณ์ที่ได้รับในการจัดการเรียนการสอนหรือการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การยอมรับในสังคม ลักษณะวิชาชีพ การปฏิบัติงานในวิชาชีพ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ความก้าวหน้าในวิชาชีพ และองค์กรวิชาชีพ

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับความเชื่อ ความรู้สึก และพฤติกรรมของท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด โดยในแต่ละช่องมีตัวเลขกำกับที่แสดงถึงระดับความคิดเห็น ซึ่งมีความหมายดังนี้

- | | |
|-----------|--|
| 5 หมายถึง | นักศึกษามีความคิดเห็นต่อข้อความนี้ในระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 4 หมายถึง | นักศึกษามีความคิดเห็นต่อข้อความนี้ในระดับ เห็นด้วย |
| 3 หมายถึง | นักศึกษามีความคิดเห็นต่อข้อความนี้ในระดับ ไม่แน่ใจ |
| 2 หมายถึง | นักศึกษามีความคิดเห็นต่อข้อความนี้ในระดับ ไม่เห็นด้วย |
| 1 หมายถึง | นักศึกษามีความคิดเห็นต่อข้อความนี้ในระดับ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |

| ข้อที่ | ข้อความ | ระดับการปฏิบัติ | | | | |
|---------------------------------------|--|-----------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ด้านการยอมรับในสังคม | | | | | | |
| 1 | วิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่หางานง่าย | | | | | |
| 2 | การปฏิบัติงานในวิชาชีพการพยาบาล ช่วยให้ข้าพเจ้ามีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์มากขึ้น | | | | | |
| 3 | ข้าพเจ้าเชื่อว่าสังคมให้ความสำคัญกับวิชาชีพการพยาบาล เทียบเท่าวิชาชีพอื่น | | | | | |
| 4 | ข้าพเจ้ารู้สึกภูมิใจที่ได้ปฏิบัติงานในการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ ให้มีสุขภาพดี | | | | | |
| ด้านลักษณะวิชาชีพ | | | | | | |
| 5 | ข้าพเจ้าจะมีโอกาสหารายได้พิเศษเมื่อจบการศึกษาพยาบาลแล้ว | | | | | |
| 6 | ข้าพเจ้าเชื่อว่าวิชาชีพการพยาบาลเป็นงานที่สร้างกุศล | | | | | |
| 7 | ข้าพเจ้าได้พบกับปัญหาที่ท้าทายเมื่อขึ้นปฏิบัติงานการพยาบาล | | | | | |
| ด้านการปฏิบัติงานในวิชาชีพ | | | | | | |
| 8 | ข้าพเจ้ารู้สึกกระตือรือร้นเมื่อต้องขึ้นฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย | | | | | |
| 9 | ข้าพเจ้ารู้สึกว่าสมาชิกในวิชาชีพมีความรักใคร่สามัคคีกันดี | | | | | |
| 10 | ข้าพเจ้ารู้สึกภูมิใจเมื่อได้ทราบข่าวเกี่ยวกับวิชาชีพการพยาบาลในทางที่ดี | | | | | |
| 11 | ข้าพเจ้าสนใจจะติดตามข่าวสารของวิชาชีพการพยาบาล | | | | | |
| ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น | | | | | | |
| 12 | ความก้าวหน้าของวิชาชีพการพยาบาลช่วยลดปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในสังคมได้ | | | | | |
| 13 | ข้าพเจ้ามักนำความรู้จากการเรียนพยาบาลไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน | | | | | |

| ข้อที่ | ข้อความ | ระดับการปฏิบัติ | | | | |
|----------------------------------|---|-----------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14 | ข้าพเจ้าตั้งใจว่าจะสมัครเป็นสมาชิกในองค์กรของวิชาชีพการพยาบาลเมื่อจบการศึกษาแล้ว | | | | | |
| ด้านความก้าวหน้าในวิชาชีพ | | | | | | |
| 15 | การเรียนพยาบาลทำให้ข้าพเจ้ามีมนุษยสัมพันธ์ดี | | | | | |
| 16 | ข้าพเจ้าพร้อมจะทำงานเพื่อพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น | | | | | |
| 17 | ข้าพเจ้ามักจะศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมเกี่ยวกับความรู้ทางการพยาบาล | | | | | |
| ด้านองค์กรวิชาชีพ | | | | | | |
| 18 | ข้าพเจ้าพบว่ามียุทธศาสตร์เป็นจำนวนมากที่มีความก้าวหน้าในวิชาชีพ | | | | | |
| 19 | ข้าพเจ้าเชื่อว่าองค์กรในวิชาชีพการพยาบาลช่วยรักษามาตรฐานของวิชาชีพการพยาบาลอย่างเหมาะสม | | | | | |
| 20 | ข้าพเจ้ายินดีจะพูดคุยกับบุคคลในวิชาชีพอื่น เพื่อให้ยอมรับในวิชาชีพพยาบาล | | | | | |

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา

นิยามศัพท์

ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา หมายถึง พฤติกรรมที่อาจารย์และนักศึกษาปฏิบัติระหว่างการศึกษาเพื่อทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และส่งเสริมให้บรรลุวัตถุประสงค์การศึกษาตามหลักสูตร ได้แก่ ให้ความสนใจต่อนักศึกษา ให้ความรักเอาใจใส่ ให้ความสำคัญเป็นกันเอง ให้คำปรึกษาและข้อชี้แนะแก่นักศึกษาทั้งในด้านการเรียนและด้านส่วนตัวที่มาขอคำปรึกษา ให้ความเคารพเชื่อฟัง ตั้งใจและสนใจกระทำในสิ่งที่อาจารย์อบรมสั่งสอน และซักถามเมื่อมีข้อสงสัยด้านการเรียนและส่วนตัว

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ให้ตรงกับระดับการปฏิบัติที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน โดยในแต่ละช่องมีตัวเลขกำกับที่แสดงถึงระดับการปฏิบัติ ซึ่งมีความหมายดังนี้

- 5 หมายถึง อาจารย์และนักศึกษามีการปฏิบัติต่อกันในระดับ **มากที่สุด**
 4 หมายถึง อาจารย์และนักศึกษามีการปฏิบัติต่อกันในระดับ **มาก**
 3 หมายถึง อาจารย์และนักศึกษามีการปฏิบัติต่อกันในระดับ **ปานกลาง**
 2 หมายถึง อาจารย์และนักศึกษามีการปฏิบัติต่อกันในระดับ **น้อย**
 1 หมายถึง อาจารย์และนักศึกษามีการปฏิบัติต่อกันในระดับ **น้อยที่สุด**

| ข้อที่ | รายการคำถาม | ระดับการปฏิบัติ | | | | |
|---|--|-----------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| พฤติกรรมที่อาจารย์ปฏิบัติต่อนักศึกษา | | | | | | |
| 1 | อาจารย์รู้จักหรือจำชื่อของนักศึกษาได้ | | | | | |
| 2 | อาจารย์คอยกระตุ้น ตักเตือนให้นักศึกษาสนใจการปฏิบัติมากขึ้น | | | | | |
| 3 | อาจารย์ให้คำชี้แนะนักศึกษาในเรื่องความประพฤติ | | | | | |
| 4 | อาจารย์สนใจสอบถามความเป็นอยู่ของนักศึกษา | | | | | |
| 5 | อาจารย์ให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่นักศึกษาอย่างสม่ำเสมอ | | | | | |
| 6 | อาจารย์เป็นคนที่รับฟังเหตุผลของนักศึกษา | | | | | |
| 7 | อาจารย์พูดคุยกับนักศึกษาด้วยคำพูดที่เป็นมิตร | | | | | |
| 8 | อาจารย์ตักเตือนนักศึกษาด้วยความเมตตา | | | | | |

| ข้อที่ | รายการคำถาม | ระดับการปฏิบัติ | | | | |
|---|--|-----------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9 | อาจารย์กล่าวชมเชยเมื่อนักศึกษาทำความดี ทั้งต่อหน้าผู้อื่นหรือกับนักศึกษา | | | | | |
| 10 | อาจารย์พูดจาหักทายเป็นกับนักศึกษาเสมอๆ | | | | | |
| 11 | อาจารย์ยิ้มทักทายเมื่อพบนักศึกษา นอกเหนือเวลาในการฝึกปฏิบัติ | | | | | |
| 12 | อาจารย์ทำเป็นมองไม่เห็นนักศึกษา เมื่ออยู่นอกเหนือเวลาในการฝึกปฏิบัติ | | | | | |
| 13 | อาจารย์ปฏิบัติต่อนักศึกษาทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน | | | | | |
| 14 | อาจารย์ไม่ค่อยให้ความเป็นกันเองกับนักศึกษา | | | | | |
| 15 | อาจารย์เปิดโอกาสให้นักศึกษาเข้าขอคำปรึกษา เมื่อนักศึกษาต้องการ | | | | | |
| 16 | อาจารย์พูดให้กำลังใจกับนักศึกษาเมื่อนักศึกษารู้สึกท้อแท้ | | | | | |
| 17 | อาจารย์แนะนำเรื่องการเรียนที่เป็นประโยชน์กับนักศึกษา | | | | | |
| 18 | อาจารย์แนะนำเรื่องที่เป็นประโยชน์กับนักศึกษาด้านการปฏิบัติตน | | | | | |
| 19 | อาจารย์มักจะดูหรือตำหนินักศึกษาต่อหน้าผู้อื่น | | | | | |
| พฤติกรรมที่นักศึกษาปฏิบัติต่ออาจารย์ | | | | | | |
| 20 | เมื่อพบอาจารย์ นักศึกษาทำความเคารพด้วยความจริงใจ | | | | | |
| 21 | เมื่ออาจารย์ขอความช่วยเหลือ นักศึกษาเต็มใจปฏิบัติเสมอ | | | | | |
| 22 | นักศึกษาแสดงกิริยาไม่พอใจ เมื่ออาจารย์ดูหรือตำหนิเรื่องการปฏิบัติกรพยาบาล | | | | | |
| 23 | นักศึกษาพูดคุยหรือเล่นกับเพื่อนในขณะที่ปฏิบัติกรพยาบาลโดยไม่สนใจความรู้สึกของอาจารย์ | | | | | |
| 24 | นักศึกษายินดีเมื่ออาจารย์เรียกพบ เพื่อพูดคุยเรื่องการปฏิบัติกรพยาบาล ถึงแม้จะถูกตำหนิก็ตาม | | | | | |

| ข้อที่ | รายการคำถาม | ระดับการปฏิบัติ | | | | |
|--------|---|-----------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 25 | นักศึกษาไม่ได้ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามคำแนะนำของอาจารย์ | | | | | |
| 26 | นักศึกษาพยายามปฏิบัติตามการอบรมสั่งสอนของอาจารย์ | | | | | |
| 27 | นักศึกษาเลือกปฏิบัติตามคำแนะนำของอาจารย์ที่คุ้นเคยเท่านั้น | | | | | |
| 28 | นักศึกษาเป็นคนที่ไม่กล้าเข้าไปซักถามหรือปรึกษาอาจารย์ | | | | | |
| 29 | เมื่อนักศึกษามีปัญหาเกี่ยวกับการเรียนหรือการปฏิบัติ นักศึกษาไม่เคยปรึกษาอาจารย์ | | | | | |
| 30 | ถ้านักศึกษามีปัญหาเรื่องส่วนตัว นักศึกษาไม่เคยคิดที่จะปรึกษาอาจารย์ | | | | | |

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อน

นิยามศัพท์

ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับเพื่อน หมายถึง พฤติกรรมที่นักศึกษาและเพื่อนปฏิบัติต่อกันด้านการเรียนและด้านส่วนตัวในระหว่างการศึกษาเพื่อให้เกิดความสามัคคีที่ดี และส่งเสริมบรรยากาศการเรียนการสอน ได้แก่ การช่วยเหลือพึ่งพาซึ่งกันและกัน การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความห่วงใยใกล้ชิดสนิทสนมซึ่งกันและกัน และการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันในกลุ่มเพื่อนด้วยความรักและสามัคคี

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ให้ตรงกับระดับการปฏิบัติที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน โดยในแต่ละช่องมีตัวเลขกำกับที่แสดงถึงระดับการปฏิบัติ ซึ่งมีความหมายดังนี้

- 5 หมายถึง นักศึกษาและเพื่อนมีการปฏิบัติต่อกันในระดับ **มากที่สุด**
 4 หมายถึง นักศึกษาและเพื่อนมีการปฏิบัติต่อกันในระดับ **มาก**
 3 หมายถึง นักศึกษาและเพื่อนมีการปฏิบัติต่อกันในระดับ **ปานกลาง**
 2 หมายถึง นักศึกษาและเพื่อนมีการปฏิบัติต่อกันในระดับ **น้อย**
 1 หมายถึง นักศึกษาและเพื่อนมีการปฏิบัติต่อกันในระดับ **น้อยที่สุด**

| ข้อที่ | รายการคำถาม | ระดับการปฏิบัติ | | | | |
|--------|---|-----------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1 | นักศึกษาสามารถขอคำปรึกษาด้านการเรียนหรือการปฏิบัติกับเพื่อนๆ ได้ | | | | | |
| 2 | เพื่อนๆ ช่วยแนะนำ อธิบายเนื้อหาวิชาที่เรียนเมื่อนักศึกษาไม่เข้าใจ | | | | | |
| 3 | ถ้ามีเรื่องไม่สบายใจนักศึกษาสามารถปรึกษาเพื่อนๆ ได้ | | | | | |
| 4 | นักศึกษาเต็มใจช่วยเหลือเพื่อน เมื่อมีปัญหาทุกข์ร้อนใจ | | | | | |
| 5 | นักศึกษายินดีให้เพื่อนยืมเงินเมื่อเพื่อนเดือดร้อน | | | | | |
| 6 | นักศึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนในเรื่องการเรียน การฝึกปฏิบัติการพยาบาลเสมอ | | | | | |
| 7 | นักศึกษามักจะใช้เวลาร่วมกลุ่มกับเพื่อนๆ เพื่ออภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้ | | | | | |

| ข้อที่ | รายการคำถาม | ระดับการปฏิบัติ | | | | |
|--------|---|-----------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8 | ขณะทำงานกลุ่มเพื่อนๆ พยายามแสดงความคิดเห็น เพื่อให้งานสำเร็จด้วยดี | | | | | |
| 9 | เมื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนๆ นักศึกษา เป็นทั้งผู้ฟังและผู้พูดที่ดี | | | | | |
| 10 | นักศึกษาแสดงความไม่พอใจบ่อยครั้งเมื่อเพื่อนแสดง ความคิดเห็นที่แตกต่างจากนักศึกษา | | | | | |
| 11 | นักศึกษาชอบอยู่คนเดียวตามลำพังมากกว่าอยู่กับเพื่อน | | | | | |
| 12 | นักศึกษารู้สึกว่าไม่มีเพื่อนที่จริงจังกับนักศึกษา | | | | | |
| 13 | นักศึกษาชอบไปไหนมาไหนกับเพื่อนเป็นกลุ่ม | | | | | |
| 14 | นักศึกษาเป็นคนที่เพื่อนวางใจเล่าเรื่องส่วนตัวให้ฟัง | | | | | |
| 15 | ถ้าเพื่อนทำสิ่งที่ไม่ถูกต้อง นักศึกษากล้าที่จะทักท้วง | | | | | |
| 16 | ในการทำงานกลุ่ม นักศึกษาเต็มใจที่จะปฏิบัติตาม ข้อตกลงของกลุ่ม | | | | | |
| 17 | นักศึกษามีเรื่องขัดแย้งกับเพื่อนๆ หลายครั้ง | | | | | |
| 18 | เพื่อนๆ และนักศึกษาแบ่งงานกันทำตามความถนัด | | | | | |
| 19 | เมื่อเพื่อนได้รับรางวัลหรือคำชมเชย นักศึกษารู้สึกยินดี กับเพื่อนอย่างจริงจัง | | | | | |
| 20 | นักศึกษาและเพื่อนจะพูดจาสุภาพต่อกัน ถึงแม้ว่าจะมี อารมณ์หงุดหงิด | | | | | |

ส่วนที่ 5 แบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

ขอความกรุณาท่านโปรดอ่านและพิจารณาว่าพฤติกรรมที่สะท้อนถึงการให้บริการสุขภาพ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของท่าน ที่ตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของตัวเองมากที่สุด โดยให้ ท่านพิจารณาให้คะแนนและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินตนเองดังนี้

ระดับการรับรู้ 5 หมายถึง ท่านมีความสามารถในเรื่องนั้นอยู่ในระดับมากที่สุด หรือสามารถ เป็นแบบอย่างให้กับผู้อื่นได้ หรือทำได้เกินเกณฑ์ที่ท่านกำหนดไว้

ระดับการรับรู้ 4 หมายถึง ท่านมีความสามารถในเรื่องนั้นอยู่ในระดับมาก หรือทำได้ตาม เกณฑ์ที่ท่านกำหนดไว้

ระดับการรับรู้ 3 หมายถึง ท่านมีความสามารถในเรื่องนั้นอยู่ในระดับปานกลาง หรือทำได้ ตามเกณฑ์ที่ท่านกำหนดไว้ แต่ยังมีบางจุดต้องได้รับการ ปรับปรุงพัฒนา

ระดับการรับรู้ 2 หมายถึง ท่านมีความสามารถในเรื่องนั้นอยู่ในระดับน้อย หรือทำได้ต่ำกว่า เกณฑ์ที่ท่านกำหนดไว้ ซึ่งยังต้องมีการปรับปรุงพัฒนาหลายจุด

ระดับการรับรู้ 1 หมายถึง ท่านมีความสามารถในเรื่องนั้นอยู่ในระดับน้อยที่สุด หรือถือว่า ไม่มีความสามารถด้านนี้เลย

| ลำดับ | พฤติกรรมการให้บริการสุขภาพ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ | ระดับการรับรู้ | | | | |
|--|---|----------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| องค์ประกอบหลักด้านจิตบริการ | | | | | | |
| องค์ประกอบย่อยด้านคุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวม (Quality of Holistic Nursing) | | | | | | |
| 1 | สร้างสภาพสิ่งแวดล้อมต่อการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ | | | | | |
| 2 | ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการ | | | | | |
| 3 | ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงผลสำเร็จของการให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการ | | | | | |
| 4 | ให้บริการตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ | | | | | |
| 5 | ให้บริการเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความหวังในชีวิต | | | | | |
| 6 | ให้บริการโดยคำนึงถึงบริบทและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ | | | | | |

| ลำดับ | พฤติกรรมกรให้บริการสุขภาพ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ | ระดับการรับรู้ | | | | |
|--|--|----------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| องค์ประกอบย่อยด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทร (Caring) | | | | | | |
| 7 | ควบคุมอารมณ์และแสดงออกต่อผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม | | | | | |
| 8 | สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ | | | | | |
| 9 | รับฟังความคิดเห็นและคำแนะนำของผู้รับบริการด้วยความตั้งใจ | | | | | |
| 10 | ปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้รับบริการด้วยความอ่อนโยนและนุ่มนวล | | | | | |
| 11 | ปฏิบัติต่อผู้รับบริการอย่างเป็นธรรมเท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติ | | | | | |
| 12 | มีกิริยา ท่าทางสุภาพ อ่อนน้อมกับผู้รับบริการทุกคน | | | | | |
| 13 | รักษาความลับของผู้รับบริการ | | | | | |
| 14 | ให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการบริการสุขภาพ | | | | | |
| 15 | ให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการด้วยมาตรฐานวิชาชีพจนเกิดความพึงพอใจในการให้บริการสุขภาพ | | | | | |
| 16 | ให้บริการสุขภาพโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน | | | | | |
| 17 | มีความซื่อสัตย์สุจริตในทุกกิจกรรมของการพยาบาล | | | | | |
| 18 | ปฏิบัติในสิ่งที่เป็นโยบายเสนอต่อผู้รับบริการ | | | | | |
| 19 | รับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมายและผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำของตนเอง | | | | | |
| 20 | กระตือรือร้นในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ | | | | | |
| 21 | ยอมรับความคิดและพฤติกรรมของผู้รับบริการโดยไม่นำความคิดของตนเองไปตัดสิน | | | | | |
| 22 | สามารถทำงานเป็นทีมร่วมกับผู้อื่นได้ | | | | | |
| 23 | มีทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างกำลังใจแก่ผู้รับบริการ | | | | | |
| 24 | ปฏิบัติการพยาบาลองค์รวมตามกระบวนการพยาบาล | | | | | |
| 25 | ปฏิบัติงานโดยเห็นประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตน | | | | | |
| 26 | ให้การพยาบาลด้วยความห่วงใยและเมตตา | | | | | |

| ลำดับ | พฤติกรรมกรให้บริการสุขภาพ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ | ระดับการรับรู้ | | | | |
|--|--|----------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 27 | เคารพในคุณค่าศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของ ผู้รับบริการ | | | | | |
| องค์ประกอบหลักด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ | | | | | | |
| องค์ประกอบย่อยด้านทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking Skills) | | | | | | |
| 28 | มีทักษะในการตั้งคำถามเพื่อซักถามข้อมูลหรือปัญหา ของผู้รับบริการ | | | | | |
| 29 | มีทักษะการสืบค้นข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ปัญหา ของผู้รับบริการ | | | | | |
| 30 | รวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการจากแหล่งข้อมูลที่ หลากหลาย | | | | | |
| 31 | รวบรวมข้อมูลที่เป็นจริงและสอดคล้องกับบริบทของ ผู้รับบริการ | | | | | |
| 32 | จำแนก แยกแยะข้อมูลของผู้รับบริการบนพื้นฐานที่เป็น จริง | | | | | |
| 33 | จัดหมวดหมู่ข้อมูลปัญหาและความต้องการของ ผู้รับบริการบนฐานข้อมูลที่เป็นจริง | | | | | |
| 34 | เชื่อมโยงข้อมูลผู้รับบริการกับความรู้ทางวิชาการอย่าง ถูกต้องและเป็นเหตุเป็นผล | | | | | |
| 35 | วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของ ผู้รับบริการตามสภาพความเป็นจริง | | | | | |
| 36 | วิเคราะห์ความจำเป็นของผู้รับบริการตามสภาพความ เป็นจริง | | | | | |
| 37 | วางแผนให้บริการสุขภาพสอดคล้องกับบริบทของ ผู้รับบริการ | | | | | |
| องค์ประกอบย่อยด้านคุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking Attributes) | | | | | | |
| 38 | อ้างอิงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือ | | | | | |
| 39 | เปิดใจรับฟังและยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง | | | | | |
| 40 | ใช้เหตุผลหรือหลักฐานในการแก้ปัญหาอย่างรอบคอบ | | | | | |
| 41 | คิดแก้ปัญหาบนฐานข้อมูลที่เป็นจริง | | | | | |

| ลำดับ | พฤติกรรมกรให้บริการสุขภาพ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ | ระดับการรับรู้ | | | | |
|--|---|----------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 42 | เปรียบเทียบจุดดี จุดด้อยของวิธีการให้บริการ/การ แก้ปัญหาสุขภาพในแต่ละวิธี | | | | | |
| 43 | ตระหนักและยอมรับจุดเด่นและจุดด้อยของตนเองเพื่อ การพัฒนาตนเอง | | | | | |
| 44 | เรียนรู้และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น | | | | | |
| องค์ประกอบหลักด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ | | | | | | |
| องค์ประกอบย่อยด้านการส่งเสริมการดูแลตนเอง (Self-Care Promotion) | | | | | | |
| 45 | กระตุ้นให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนและ เลือกวิธีการดูแลตนเอง | | | | | |
| 46 | ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการเพื่อพิจารณาทางเลือกที่ เหมาะสม | | | | | |
| 47 | กระตุ้นให้ผู้รับบริการค้นพบปัญหาที่แท้จริงของตนเอง | | | | | |
| 48 | ให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตรงตามสภาพปัญหาของ ผู้รับบริการ | | | | | |
| 49 | สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของ ผู้รับบริการ | | | | | |
| 50 | ช่วยผู้รับบริการค้นหาข้อมูลที่เหมาะสม | | | | | |
| 51 | กำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเองร่วมกับผู้รับบริการ | | | | | |
| 52 | ส่งเสริมให้ผู้รับบริการรู้จักและเข้าใจตนเอง | | | | | |
| 53 | ชี้แนะวิธีแก้ปัญหาสุขภาพและสอบถามความคิดเห็น เพื่อให้ผู้รับบริการเป็นผู้ตัดสินใจ | | | | | |
| 54 | เสนอทางเลือกที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการเป็นผู้ตัดสินใจ | | | | | |
| 55 | สะท้อนคิดให้กับผู้รับบริการอย่างสร้างสรรค์ มีเหตุผล | | | | | |
| 56 | ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการเพื่อการตัดสินใจ | | | | | |
| 57 | จัดบรรยากาศให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน | | | | | |
| 58 | ให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการจัดสรรสิ่งอำนวยความสะดวก | | | | | |
| 59 | เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการตัดสินใจและปฏิบัติที่ถูกต้อง | | | | | |

| ลำดับ | พฤติกรรมกรให้บริการสุขภาพ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ | ระดับการรับรู้ | | | | |
|--|---|----------------|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 60 | ประสานความร่วมมือกับผู้รับบริการ | | | | | |
| 61 | เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการซักถามข้อสงสัยจนเกิดความเข้าใจ | | | | | |
| 62 | สรุปปัญหาและความต้องการร่วมกับผู้รับบริการและครอบครัว | | | | | |
| 63 | สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้รับบริการปฏิบัติตามแนวทางที่เลือกไว้ให้บรรลุเป้าหมาย | | | | | |
| 64 | พัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการให้สามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน | | | | | |
| องค์ประกอบย่อยด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Patient Advocacy) | | | | | | |
| 65 | ให้บริการสุขภาพที่คำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล | | | | | |
| 66 | เคารพการตัดสินใจของผู้รับบริการ | | | | | |
| 67 | เคารพและตระหนักในสิทธิของผู้รับบริการ | | | | | |
| 68 | คำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ | | | | | |
| 69 | ให้การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้รับบริการภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ | | | | | |
| 70 | สร้างความมั่นใจในความปลอดภัยของการบริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการ | | | | | |
| 71 | สนับสนุนให้ผู้รับบริการตัดสินใจตามสิทธิ | | | | | |
| 72 | ยอมรับความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม วิถีการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ | | | | | |
| 73 | เป็นตัวแทนผู้รับบริการในการเรียกร้องสิทธิที่พึงได้รับ | | | | | |
| 74 | ปกป้องการถูกละเมิดสิทธิของผู้รับบริการ | | | | | |
| 75 | ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ | | | | | |

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

ภาคผนวก จ ตารางวิเคราะห์เกณฑ์ปกติของแบบวัดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจ
ความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล (n=1,500)

| X | f | cf | Cf+ (-1/2f) | PR | T ปกติ |
|--------|----|------|-------------|-------|--------|
| 375.00 | 56 | 1500 | 1472 | 98.13 | 71 |
| 374.00 | 36 | 1444 | 1426 | 95.07 | 67 |
| 373.00 | 14 | 1408 | 1401 | 93.40 | 65 |
| 372.00 | 14 | 1397 | 1387 | 92.47 | 64 |
| 371.00 | 17 | 1380 | 1371.5 | 91.43 | 64 |
| 370.00 | 9 | 1363 | 1358.5 | 90.57 | 63 |
| 369.00 | 7 | 1354 | 1350.5 | 90.03 | 63 |
| 368.00 | 16 | 1347 | 1339 | 89.27 | 62 |
| 367.00 | 8 | 1331 | 1327 | 88.47 | 62 |
| 366.00 | 14 | 1323 | 1316 | 87.73 | 62 |
| 365.00 | 21 | 1309 | 1298.5 | 86.57 | 61 |
| 364.00 | 14 | 1288 | 1281 | 85.40 | 61 |
| 363.00 | 15 | 1274 | 1266.5 | 84.43 | 60 |
| 362.00 | 13 | 1259 | 1252.5 | 83.50 | 60 |
| 361.00 | 14 | 1246 | 1239 | 82.60 | 59 |
| 360.00 | 15 | 1232 | 1224.5 | 81.63 | 59 |
| 359.00 | 12 | 1217 | 1211 | 80.73 | 59 |
| 358.00 | 8 | 1205 | 1201 | 80.06 | 59 |
| 357.00 | 12 | 1197 | 1191 | 79.40 | 58 |
| 356.00 | 12 | 1185 | 1179 | 78.60 | 58 |
| 355.00 | 15 | 1173 | 1165.5 | 77.70 | 58 |
| 354.00 | 6 | 1158 | 1155 | 77.00 | 58 |
| 353.00 | 12 | 1152 | 1146 | 76.40 | 57 |
| 352.00 | 9 | 1140 | 1135.5 | 75.70 | 57 |
| 351.00 | 5 | 1131 | 1128.5 | 75.23 | 57 |
| 350.00 | 9 | 1126 | 1121.5 | 74.77 | 57 |
| 349.00 | 9 | 1117 | 1112.5 | 74.17 | 57 |

| X | f | cf | Cf+ (-1/2f) | PR | T ปกติ |
|--------|----|------|-------------|-------|--------|
| 348.00 | 11 | 1108 | 1102.5 | 73.50 | 56 |
| 347.00 | 5 | 1097 | 1094.5 | 72.97 | 56 |
| 346.00 | 17 | 1092 | 1083.5 | 72.23 | 56 |
| 345.00 | 11 | 1075 | 1069.5 | 71.30 | 56 |
| 344.00 | 4 | 1064 | 1062 | 70.80 | 55 |
| 343.00 | 7 | 1060 | 1056.5 | 70.43 | 55 |
| 342.00 | 13 | 1053 | 1046.5 | 69.77 | 55 |
| 341.00 | 13 | 1040 | 1033.5 | 68.90 | 55 |
| 340.00 | 8 | 1027 | 1023 | 68.20 | 55 |
| 339.00 | 17 | 1019 | 1010.5 | 67.37 | 54 |
| 338.00 | 9 | 1002 | 997.5 | 66.50 | 54 |
| 337.00 | 18 | 993 | 984 | 65.60 | 54 |
| 336.00 | 9 | 975 | 970.5 | 64.70 | 54 |
| 335.00 | 17 | 966 | 957.5 | 63.83 | 54 |
| 334.00 | 7 | 949 | 945.5 | 63.03 | 53 |
| 333.00 | 13 | 942 | 935.5 | 62.37 | 53 |
| 332.00 | 14 | 929 | 922 | 61.47 | 53 |
| 331.00 | 17 | 915 | 906.5 | 60.43 | 53 |
| 330.00 | 16 | 898 | 890 | 59.33 | 52 |
| 329.00 | 11 | 882 | 876.5 | 58.43 | 52 |
| 328.00 | 14 | 871 | 864 | 57.60 | 52 |
| 327.00 | 14 | 857 | 850 | 56.67 | 52 |
| 326.00 | 9 | 843 | 838.5 | 55.90 | 52 |
| 325.00 | 10 | 834 | 829 | 55.27 | 51 |
| 324.00 | 14 | 824 | 817 | 54.47 | 51 |
| 323.00 | 14 | 810 | 803 | 53.53 | 51 |
| 322.00 | 19 | 796 | 786.5 | 52.43 | 51 |
| 321.00 | 15 | 777 | 769.5 | 51.30 | 50 |
| 320.00 | 19 | 762 | 752.5 | 50.17 | 50 |
| 319.00 | 11 | 743 | 737.5 | 49.17 | 50 |

| X | f | cf | Cf+ (-1/2f) | PR | T ปกติ |
|--------|----|-----|-------------|-------|--------|
| 318.00 | 21 | 732 | 721.5 | 48.10 | 50 |
| 317.00 | 10 | 711 | 706 | 47.07 | 49 |
| 316.00 | 16 | 701 | 693 | 46.20 | 49 |
| 315.00 | 16 | 685 | 677 | 45.13 | 49 |
| 314.00 | 16 | 669 | 661 | 44.07 | 49 |
| 313.00 | 22 | 653 | 642 | 42.80 | 48 |
| 312.00 | 15 | 631 | 623.5 | 41.57 | 48 |
| 311.00 | 20 | 616 | 606 | 40.40 | 48 |
| 310.00 | 16 | 596 | 588 | 39.20 | 47 |
| 309.00 | 13 | 580 | 573.5 | 38.23 | 47 |
| 308.00 | 17 | 567 | 558.5 | 37.23 | 47 |
| 307.00 | 20 | 550 | 540 | 36.00 | 47 |
| 306.00 | 12 | 530 | 524 | 34.93 | 46 |
| 305.00 | 25 | 518 | 505.5 | 33.70 | 46 |
| 304.00 | 11 | 493 | 487.5 | 32.50 | 46 |
| 303.00 | 11 | 482 | 476.5 | 31.77 | 45 |
| 302.00 | 22 | 471 | 460 | 30.67 | 45 |
| 301.00 | 34 | 449 | 432 | 28.80 | 44 |
| 300.00 | 63 | 415 | 383.5 | 25.57 | 44 |
| 299.00 | 18 | 352 | 343 | 22.87 | 43 |
| 298.00 | 7 | 334 | 330.5 | 22.03 | 42 |
| 297.00 | 10 | 327 | 322 | 21.47 | 42 |
| 296.00 | 10 | 317 | 312 | 20.80 | 42 |
| 295.00 | 10 | 307 | 302 | 20.13 | 42 |
| 294.00 | 8 | 297 | 293 | 19.53 | 41 |
| 293.00 | 11 | 289 | 283.5 | 18.90 | 41 |
| 292.00 | 8 | 278 | 274 | 18.27 | 41 |
| 291.00 | 11 | 270 | 264.5 | 17.63 | 41 |
| 290.00 | 3 | 259 | 257.5 | 17.17 | 40 |
| 289.00 | 2 | 256 | 255 | 17.00 | 40 |

| X | f | cf | Cf+ (-1/2f) | PR | T ปกติ |
|--------|----|-----|-------------|-------|--------|
| 288.00 | 10 | 254 | 249 | 16.60 | 40 |
| 287.00 | 17 | 244 | 235.5 | 15.70 | 40 |
| 286.00 | 6 | 227 | 224 | 14.93 | 40 |
| 285.00 | 10 | 221 | 216 | 14.40 | 39 |
| 284.00 | 2 | 211 | 210 | 14.00 | 39 |
| 283.00 | 14 | 209 | 202 | 13.47 | 39 |
| 282.00 | 3 | 195 | 193.5 | 12.90 | 39 |
| 281.00 | 7 | 192 | 188.5 | 12.57 | 39 |
| 280.00 | 3 | 185 | 183.5 | 12.23 | 38 |
| 279.00 | 5 | 182 | 179.5 | 11.97 | 38 |
| 278.00 | 6 | 177 | 174 | 11.60 | 38 |
| 277.00 | 9 | 171 | 166.5 | 11.10 | 38 |
| 276.00 | 7 | 162 | 158.5 | 10.57 | 38 |
| 275.00 | 5 | 155 | 152.5 | 10.17 | 37 |
| 272.00 | 5 | 150 | 147.5 | 9.83 | 37 |
| 271.00 | 10 | 145 | 140 | 9.33 | 37 |
| 268.00 | 8 | 135 | 131 | 8.73 | 36 |
| 267.00 | 4 | 127 | 125 | 8.33 | 36 |
| 265.00 | 9 | 123 | 118.5 | 7.90 | 36 |
| 264.00 | 6 | 114 | 111 | 7.40 | 36 |
| 263.00 | 5 | 108 | 105.5 | 7.03 | 35 |
| 262.00 | 5 | 103 | 100.5 | 6.70 | 35 |
| 261.00 | 3 | 98 | 96.5 | 6.43 | 35 |
| 260.00 | 3 | 95 | 93.5 | 6.23 | 35 |
| 259.00 | 6 | 92 | 89 | 5.93 | 34 |
| 258.00 | 4 | 86 | 84 | 5.60 | 34 |
| 256.00 | 4 | 82 | 80 | 5.33 | 34 |
| 253.00 | 5 | 78 | 75.5 | 5.03 | 34 |
| 249.00 | 7 | 73 | 69.5 | 4.63 | 33 |
| 244.00 | 6 | 66 | 63 | 4.20 | 33 |

| X | f | cf | Cf+ (-1/2f) | PR | T ปกติ |
|--------|----|----|-------------|------|--------|
| 240.00 | 5 | 60 | 57.5 | 3.83 | 32 |
| 236.00 | 5 | 55 | 52.5 | 3.50 | 32 |
| 230.00 | 6 | 50 | 47 | 3.13 | 31 |
| 227.00 | 10 | 44 | 39 | 2.60 | 31 |
| 225.00 | 13 | 34 | 27.5 | 1.83 | 29 |
| 211.00 | 2 | 21 | 20 | 1.33 | 28 |
| 166.00 | 4 | 19 | 17 | 1.13 | 27 |
| 153.00 | 2 | 15 | 14 | 0.93 | 26 |
| 131.00 | 6 | 13 | 10 | 0.67 | 25 |
| 119.00 | 3 | 7 | 5.5 | 0.37 | 23 |
| 105.00 | 2 | 4 | 3 | 0.20 | 21 |
| 86.00 | 2 | 2 | 1 | 0.07 | 18 |

n=1,500 Min = 86 Max = 375 Mean=303.30 SD.=55.15

Coefficient of Variation (%) = 18.18 Skeness = -1.552 Kurtosis = 3.431

ภาคผนวก ฉ ผลการวิเคราะห์โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝงอัตลักษณ์การบริการสุขภาพ
ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

Mplus VERSION 7.11

MUTHEN & MUTHEN

08/26/2020 9:33 PM

INPUT INSTRUCTIONS

TITLE: This is an example of linear growth modelling in Mplus.

DATA: FILE IS "C:\Users\User\Desktop\Growth_Model\SAP_growth.csv";

VARIABLE: NAMES ARE SAP1-SAP4;

MODEL: INTERCEPT(SLOPE) SAP1@0 SAP2@1 SAP3@2 SAP4@3;

INPUT READING TERMINATED NORMALLY

This is an example of linear growth modelling in Mplus.

SUMMARY OF ANALYSIS

| | |
|---------------------------------------|-----|
| Number of groups | 1 |
| Number of observations | 250 |
| Number of dependent variables | 4 |
| Number of independent variables | 0 |
| Number of continuous latent variables | 2 |

Observed dependent variables

Continuous

SAP1 SAP2 SAP3 SAP4

Continuous latent variables

INTERCEP SLOPE

Estimator

ML

Information matrix

OBSERVED

Maximum number of iterations 1000

Convergence criterion 0.500D-04

Maximum number of steepest descent iterations 20

Input data file(s)

C:\Users\User\Desktop\Growth_Model\SAP_growth.csv

Input data format FREE

THE MODEL ESTIMATION TERMINATED NORMALLY

MODEL FIT INFORMATION

Number of Free Parameters 9

Loglikelihood

H0 Value -1133.506

H1 Value -1131.575

Information Criteria

Akaike (AIC) 2285.012

Bayesian (BIC) 2316.705

Sample-Size Adjusted BIC 2288.175

$(n^* = (n + 2) / 24)$

Chi-Square Test of Model Fit

| | |
|--------------------|--------|
| Value | 3.862 |
| Degrees of Freedom | 5 |
| P-Value | 0.5695 |

RMSEA (Root Mean Square Error Of Approximation)

| | |
|------------------------------|-------------|
| Estimate | 0.000 |
| 90 Percent C.I. | 0.000 0.077 |
| Probability RMSEA \leq .05 | 0.818 |

CFI/TLI

| | |
|-----|-------|
| CFI | 1.000 |
| TLI | 1.001 |

Chi-Square Test of Model Fit for the Baseline Model

| | |
|--------------------|---------|
| Value | 985.491 |
| Degrees of Freedom | 6 |
| P-Value | 0.0000 |

SRMR (Standardized Root Mean Square Residual)

| | |
|-------|-------|
| Value | 0.024 |
|-------|-------|

MODEL RESULTS

| | Estimate | S.E. | Est./S.E. | P-Value |
|------------|----------|-------|-----------|---------|
| Two-Tailed | | | | |
| INTERCEP | | | | |
| SAP1 | 1.000 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| SAP2 | 1.000 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| SAP3 | 1.000 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| SAP4 | 1.000 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| SLOPE | | | | |
| SAP1 | 0.000 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| SAP2 | 1.000 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| SAP3 | 2.000 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| SAP4 | 3.000 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| SLOPE WITH | | | | |
| INTERCEPT | -0.064 | 0.009 | -6.947 | 0.000 |
| Means | | | | |
| INTERCEPT | 4.261 | 0.033 | 130.454 | 0.000 |
| SLOPE | 0.088 | 0.009 | 9.746 | 0.000 |
| Intercepts | | | | |
| SAP1 | 0.000 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| SAP2 | 0.000 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| SAP3 | 0.000 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |
| SAP4 | 0.000 | 0.000 | 999.000 | 999.000 |

Variances

| | | | | |
|-----------|-------|-------|-------|-------|
| INTERCEPT | 0.334 | 0.034 | 9.812 | 0.000 |
| SLOPE | 0.029 | 0.004 | 7.982 | 0.000 |

Residual Variances

| | | | | |
|------|---------|--------|--------|-------|
| SAP1 | 593.305 | 53.058 | 11.182 | 0.000 |
| SAP2 | -0.022 | 0.007 | -3.380 | 0.001 |
| SAP3 | 0.020 | 0.003 | 5.757 | 0.000 |
| SAP4 | -0.009 | 0.006 | -1.376 | 0.169 |

QUALITY OF NUMERICAL RESULTS

Condition Number for the Information Matrix 0.267E-04
(ratio of smallest to largest eigenvalue)

DIAGRAM INFORMATION

Use View Diagram under the Diagram menu in the Mplus Editor to view the diagram.
If running Mplus from the Mplus Diagrammer, the diagram opens automatically.

Diagram output

f:\\$Ö¹ ».àí\sap_growth.dgm

Beginning Time: 21:33:53

Ending Time: 21:33:53

Elapsed Time: 00:00:00

MUTHEN & MUTHEN

3463 Stoner Ave.

Los Angeles, CA 90066

Tel: (310) 391-9971

Fax: (310) 391-8971

Web: www.StatModel.com

Support: Support@StatModel.com

Copyright (c) 1998-2013 Muthen & Muthen



ภาคผนวก ข print out ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

```
REGRESSION
  /MISSING LISTWISE
  /STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA
  /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
  /NOORIGIN
  /DEPENDENT SAP1
  /METHOD=STEPWISE ATT1.
```

Regression

| | | Notes |
|------------------------|---|---|
| Output Created | | 25-AUG-2020 22:50:38 |
| Comments | | |
| Input | Data | F:\SAP_GCM_1.sav |
| | Active Dataset | DataSet1 |
| | Filter | <none> |
| | Weight | <none> |
| | Split File | <none> |
| | N of Rows in Working Data File | 250 |
| Missing Value Handling | Definition of Missing | User-defined missing values are treated as missing. |
| | Cases Used | Statistics are based on cases with no missing values for any variable used. |
| Syntax | | REGRESSION /MISSING LISTWISE /STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) /NOORIGIN /DEPENDENT SAP1 /METHOD=STEPWISE ATT1. |
| Resources | Processor Time | 00:00:00.02 |
| | Elapsed Time | 00:00:00.01 |
| | Memory Required | 2992 bytes |
| | Additional Memory Required for Residual Plots | 0 bytes |

Variables Entered/Removed^a

| Model | Variables Entered | Variables Removed | Method |
|-------|-------------------|-------------------|---|
| 1 | ATT1 | | Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100). |

a. Dependent Variable: SAP1

Model Summary

| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| 1 | .627 ^a | .394 | .391 | .37334 |

a. Predictors: (Constant), ATT1

ANOVA^a

| Model | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|-------|------------|----------------|-----|-------------|---------|-------------------|
| 1 | Regression | 22.444 | 1 | 22.444 | 161.027 | .000 ^b |
| | Residual | 34.567 | 248 | .139 | | |
| | Total | 57.011 | 249 | | | |

- a. Dependent Variable: SAP1
b. Predictors: (Constant), ATT1

Coefficients^a

| Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. |
|-------|------------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|------|
| | | B | Std. Error | Beta | | |
| 1 | (Constant) | 1.756 | .199 | | 8.806 | .000 |
| | ATT1 | .600 | .047 | .627 | 12.690 | .000 |

- a. Dependent Variable: SAP1

```
REGRESSION
  /MISSING LISTWISE
  /STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA
  /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
  /NOORIGIN
  /DEPENDENT SAP2
  /METHOD=STEPWISE ATT2 TE_ST2 ST_ST2.
```

Regression

Notes

| | | |
|------------------------|---|---|
| Output Created | | 25-AUG-2020 22:51:22 |
| Comments | | |
| Input | Data | F:\SAP_GCM_1.sav |
| | Active Dataset | DataSet1 |
| | Filter | <none> |
| | Weight | <none> |
| | Split File | <none> |
| | N of Rows in Working Data File | 250 |
| Missing Value Handling | Definition of Missing | User-defined missing values are treated as missing. |
| | Cases Used | Statistics are based on cases with no missing values for any variable used. |
| Syntax | | REGRESSION /MISSING LISTWISE /STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) /NOORIGIN /DEPENDENT SAP2 /METHOD=STEPWISE ATT2 TE_ST2 ST_ST2. |
| Resources | Processor Time | 00:00:00.02 |
| | Elapsed Time | 00:00:00.02 |
| | Memory Required | 4208 bytes |
| | Additional Memory Required for Residual Plots | 0 bytes |

Variables Entered/Removed^a

| Model | Variables Entered | Variables Removed | Method |
|-------|-------------------|-------------------|---|
| 1 | ATT2 | | Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100). |
| 2 | ST_ST2 | | |

a. Dependent Variable: SAP2

Model Summary

| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| 1 | .632 ^a | .399 | .397 | .35791 |
| 2 | .676 ^b | .457 | .452 | .34109 |

a. Predictors: (Constant), ATT2

b. Predictors: (Constant), ATT2, ST_ST1

ANOVA^a

| Model | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|-------|------------|----------------|-----|-------------|---------|-------------------|
| 1 | Regression | 21.109 | 1 | 21.109 | 164.787 | .000 ^b |
| | Residual | 31.768 | 248 | .128 | | |
| | Total | 52.877 | 249 | | | |
| 2 | Regression | 24.141 | 2 | 12.070 | 103.750 | .000 ^c |
| | Residual | 28.736 | 247 | .116 | | |
| | Total | 52.877 | 249 | | | |

a. Dependent Variable: SAP2

b. Predictors: (Constant), ATT2

c. Predictors: (Constant), ATT2, ST_ST2

Coefficients^a

| Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. |
|-------|------------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|------|
| | | B | Std. Error | Beta | | |
| 1 | (Constant) | 1.788 | .200 | | 8.940 | .000 |
| | ATT2 | .608 | .047 | .632 | 12.837 | .000 |
| 2 | (Constant) | 1.146 | .228 | | 5.021 | .000 |
| | ATT2 | .494 | .050 | .514 | 9.816 | .000 |
| | ST_ST2 | .297 | .058 | .267 | 5.105 | .000 |

a. Dependent Variable: SAP2

Excluded Variables^a

| Model | | Beta In | t | Sig. | Partial Correlation | Collinearity Statistics |
|-------|--------|-------------------|-------|------|---------------------|-------------------------|
| | | | | | | Tolerance |
| 1 | TE_ST2 | .188 ^b | 3.538 | .000 | .220 | .818 |
| | ST_ST2 | .267 ^b | 5.105 | .000 | .309 | .804 |
| 2 | TE_ST2 | .086 ^c | 1.475 | .141 | .094 | .649 |

a. Dependent Variable: SAP2

b. Predictors in the Model: (Constant), ATT2

c. Predictors in the Model: (Constant), ATT2, ST_ST2

```
REGRESSION
  /MISSING LISTWISE
  /STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA
  /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
  /NOORIGIN
  /DEPENDENT SAP3
  /METHOD=STEPWISE ATT3 TE_ST2 ST_ST2.
```

Regression

| | | Notes |
|------------------------|--|---|
| Output Created | | 25-AUG-2020 22:51:52 |
| Comments | | |
| Input | Data Active Dataset Filter Weight Split File N of Rows in Working Data File | F:\SAP_GCM_1.sav DataSet1 <none> <none> <none> 250 |
| Missing Value Handling | Definition of Missing Cases Used | User-defined missing values are treated as missing. Statistics are based on cases with no missing values for any variable used. |
| Syntax | | REGRESSION /MISSING LISTWISE /STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) /NOORIGIN /DEPENDENT SAP3 /METHOD=STEPWISE ATT3 TE_ST3 ST_ST3. |
| Resources | Processor Time Elapsed Time Memory Required Additional Memory Required for Residual Plots | 00:00:00.02 00:00:00.01 4208 bytes 0 bytes |

Variables Entered/Removed^a

| Model | Variables Entered | Variables Removed | Method |
|-------|-------------------|-------------------|---|
| 1 | ATT3 | | Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100). |
| 2 | ST_ST3 | | Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100). |

a. Dependent Variable: SAP3

Model Summary

| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| 1 | .629 ^a | .396 | .393 | .35810 |
| 2 | .674 ^b | .454 | .449 | .34117 |

a. Predictors: (Constant), ATT3

b. Predictors: (Constant), ATT3, ST_ST2

ANOVA^a

| Model | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|-------|------------|----------------|-----|-------------|---------|-------------------|
| 1 | Regression | 20.827 | 1 | 20.827 | 162.414 | .000 ^b |
| | Residual | 31.802 | 248 | .128 | | |
| | Total | 52.629 | 249 | | | |
| 2 | Regression | 23.879 | 2 | 11.939 | 102.574 | .000 ^c |
| | Residual | 28.750 | 247 | .116 | | |
| | Total | 52.629 | 249 | | | |

- a. Dependent Variable: SAP3
b. Predictors: (Constant), ATT3
c. Predictors: (Constant), ATT3, ST_ST3

Coefficients^a

| Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. |
|-------|------------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|------|
| | | B | Std. Error | Beta | | |
| 1 | (Constant) | 1.732 | .212 | | 8.169 | .000 |
| | ATT3 | .637 | .050 | .629 | 12.744 | .000 |
| 2 | (Constant) | 1.098 | .237 | | 4.633 | .000 |
| | ATT3 | .519 | .053 | .513 | 9.814 | .000 |
| | ST_ST3 | .299 | .058 | .267 | 5.120 | .000 |

- a. Dependent Variable: SAP3

Excluded Variables^a

| Model | | Beta In | t | Sig. | Partial Correlation | Collinearity Statistics |
|-------|--------|-------------------|-------|------|---------------------|-------------------------|
| | | | | | | Tolerance |
| 1 | TE_ST3 | .178 ^b | 3.238 | .001 | .202 | .780 |
| | ST_ST3 | .267 ^b | 5.120 | .000 | .310 | .811 |
| 2 | TE_ST3 | .075 ^c | 1.270 | .205 | .081 | .638 |

- a. Dependent Variable: SAP3
b. Predictors in the Model: (Constant), ATT3
c. Predictors in the Model: (Constant), ATT3, ST_ST3

```
REGRESSION
  /MISSING LISTWISE
  /STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA
  /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
  /NOORIGIN
  /DEPENDENT SAP4
  /METHOD=STEPWISE ATT4 TE_ST4 ST_ST4.
```

Regression

Notes

| | | |
|------------------------|--|---|
| Output Created | 25-AUG-2020 22:52:20 | |
| Comments | | |
| Input | Data | F:\SAP_GCM_1.sav |
| | Active Dataset | DataSet1 |
| | Filter | <none> |
| | Weight | <none> |
| | Split File | <none> |
| | N of Rows in Working Data File | 250 |
| Missing Value Handling | Definition of Missing | User-defined missing values are treated as missing. |
| | Cases Used | Statistics are based on cases with no missing values for any variable used. |
| Syntax | <pre>REGRESSION /MISSING LISTWISE /STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) /NOORIGIN /DEPENDENT SAP4 /METHOD=STEPWISE ATT4 TE_ST4 ST_ST4.</pre> | |
| Resources | Processor Time | 00:00:00.05 |
| | Elapsed Time | 00:00:00.02 |
| | Memory Required | 4208 bytes |
| | Additional Memory Required for Residual Plots | 0 bytes |

Variables Entered/Removed^a

| Model | Variables Entered | Variables Removed | Method |
|-------|-------------------|-------------------|---|
| 1 | ST_ST4 | | Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100). |
| 2 | ATT4 | | Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100). |

a. Dependent Variable: SAP4

Model Summary

| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| 1 | .570 ^a | .324 | .322 | .36616 |
| 2 | .619 ^b | .384 | .379 | .35048 |

a. Predictors: (Constant), ST_ST4

b. Predictors: (Constant), ST_ST4, ATT4

ANOVA^a

| Model | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|-------|------------|----------------|-----|-------------|---------|-------------------|
| 1 | Regression | 15.966 | 1 | 15.966 | 119.085 | .000 ^b |
| | Residual | 33.250 | 248 | .134 | | |
| | Total | 49.215 | 249 | | | |
| 2 | Regression | 18.875 | 2 | 9.438 | 76.831 | .000 ^c |
| | Residual | 30.340 | 247 | .123 | | |
| | Total | 49.215 | 249 | | | |

- a. Dependent Variable: SAP4
 b. Predictors: (Constant), ST_ST4
 c. Predictors: (Constant), ST_ST4, ATT4

Coefficients^a

| Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. |
|-------|------------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|------|
| | | B | Std. Error | Beta | | |
| 1 | (Constant) | 2.159 | .218 | | 9.921 | .000 |
| | ST_ST4 | .560 | .051 | .570 | 10.913 | .000 |
| 2 | (Constant) | 1.735 | .226 | | 7.688 | .000 |
| | ST_ST4 | .379 | .062 | .385 | 6.141 | .000 |
| | ATT4 | .281 | .058 | .305 | 4.867 | .000 |

- a. Dependent Variable: SAP4

Excluded Variables^a

| Model | | Beta In | t | Sig. | Partial Correlation | Collinearity Statistics |
|-------|--------|-------------------|-------|------|---------------------|-------------------------|
| | | | | | | Tolerance |
| 1 | ATT4 | .305 ^b | 4.867 | .000 | .296 | .635 |
| | TE_ST4 | .239 ^b | 3.495 | .001 | .217 | .556 |
| 2 | TE_ST4 | .108 ^c | 1.426 | .155 | .091 | .429 |

- a. Dependent Variable: SAP4
 b. Predictors in the Model: (Constant), ST_ST4
 c. Predictors in the Model: (Constant), ST_ST4, ATT4

ภาคผนวก ข ใบผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

COE No. 002/63
UPHO REC No. 016/63



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
กระทรวงสาธารณสุข

ที่อยู่ 130 หมู่ 8 ตำบลชัยภูมิ อำเภอลับแล จังหวัดอุดรธานี โทร. 0-5541-1439 ต่อ 316

เอกสารรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ดำเนินการให้การรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP และ 45CFR 46.101(b)

ชื่อโครงการ : การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง

เลขที่โครงการวิจัย : 016/63

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวสุปราณี หมื่นยา

สังกัดหน่วยงาน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

เอกสารรับรอง : โครงร่างงานวิจัย , แบบสอบถาม

ลงนาม:  ลงนาม: 

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์(พิเศษ).ดร.นพ.วัชรพล ภูนวล)

(นางจุติพร อภิสิทธิ์ศักดิ์)

ประธาน

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรม : ๑๕ มี.ค. ๒๕๖๓

หมายเหตุ ไม่ต้องทบทวนต่อเนื่อง (การแก้ไขเปลี่ยนแปลง, รายงานความก้าวหน้า, รายงานเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย, อื่นๆ)



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
ร่วมกับ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เครือข่ายภูมิภาค มหาวิทยาลัยนเรศวร
วุฒิสภานี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

นางสาวสุปราณี หมีนยา

ได้ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ “มาตรฐานการปกป้องอาสาสมัครในงานวิจัย
(Human Subject Protection – Standard Course)”

ประกาศนียบัตรฉบับนี้มีผลตั้งแต่วันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๐ ถึงวันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๓
ณ ห้องประชุมบานชื่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

ออกให้ ณ วันที่ ๑๐/๑๐/๒๕๖๐


(นางสาววาสนา มังคัง)

ผู้อำนวยการ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

(นายแพทย์สมบุรณ์ ต้นสุกสวัสดิกุล)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เครือข่ายภูมิภาค
มหาวิทยาลัยนเรศวร