



การศึกษาคำรู้ ทศนคติและการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนัก  
กายภาพบำบัดที่ผ่านหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย



วิวิทย์ วิริยะสกุลพันธ์

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชากายภาพบำบัด  
ปีการศึกษา 2565  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

การศึกษาคำรู้ ทศนคติและการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนัก  
กายภาพบำบัดที่ผ่านหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชากายภาพบำบัด  
ปีการศึกษา 2565  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "การศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนัก  
กายภาพบำบัดที่ผ่านหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย"

ของ วิธวิทย์ วิริยะสกุลพันธุ์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด

### คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรินทร์ กฤตยาเกียรติ)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริญญา เลิศสินไทย)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.มณฑนา วงศ์ศิรินวัตน์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ไชยงค์ จรเกตุ)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน  
(รองศาสตราจารย์ปนัดดา เตชทรัพย์อมร)

### อนุมัติ

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



<b>ชื่อเรื่อง</b>	การศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขา กายภาพบำบัดในประเทศไทย
<b>ผู้วิจัย</b>	วิวิทย์ วิริยะสกุลพันธ์
<b>ประธานที่ปรึกษา</b>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริญญา เลิศสินไทย
<b>กรรมการที่ปรึกษา</b>	รองศาสตราจารย์ ดร.มณฑนา วงศ์ศิริวัฒน์
<b>ประเภทสารนิพนธ์</b>	วิทยานิพนธ์ วท.ม. กายภาพบำบัด, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2565
<b>คำสำคัญ</b>	

### บทคัดย่อ

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) มีความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการรักษา ผู้ป่วยในทางกายภาพบำบัด การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. สำรวจระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม EBP ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนและการปฏิบัติตาม EBP จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย และ 2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลคุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถามกับระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม EBP โดยสำรวจความคิดเห็นด้วยแบบสอบถามผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ต จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 215 คน มีผู้ตอบกลับจำนวน 82 คน (อัตราตอบกลับ 38.13%) รายงานผลการตอบกลับด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบ สเปียร์แมนและสถิติไคสแควร์ใช้ทดสอบค่าความสัมพันธ์ ผลการศึกษาพบว่า นักกายภาพบำบัดมีระดับความรู้ดี ระดับทัศนคติอยู่ในระดับดีมาก และระดับพฤติกรรมปฏิบัติตาม EBP อยู่ในระดับน้อยมาก ระดับความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับทัศนคติในระดับปานกลาง ( $p < 0.001$ ) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับพฤติกรรมในระดับต่ำ ( $p < 0.001$ ) ระดับทัศนคติพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับพฤติกรรมในระดับปานกลาง ( $p < 0.001$ ) และพบว่าคุณลักษณะบุคคลและการทำงาน (ได้แก่ ระดับการศึกษา ลักษณะการทำงาน จำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวัน) มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม EBP ของนักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษา จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย โดยอุปสรรคที่สำคัญที่ขัดขวางการใช้การปฏิบัติตาม EBP ได้แก่ การไม่มีเวลาในการค้นคว้าหรือนำหลักฐาน

เชิงประจักษ์มาใช้เป็น ความรู้ในการประเมินคุณภาพหลักฐานประจักษ์ไม่เพียงพอ การมีค่าใช้จ่าย  
ในการนำหลักฐานมาใช้ และอุปสรรคด้านภาษา



**Title** A STUDY OF KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND EVIDENCE-BASED PRACTICE OF PHYSICAL THERAPISTS AFTER POSTGRADUATE PHYSICAL THERAPY PROGRAM IN THAILAND

**Author** Witawit Wiriyasakunphan

**Advisor** Assistant Professor Parinya Lertsinthalai, Ph.D.

**Co-Advisor** Associate Professor Mantana Vongsirinavarat, Ph.D.

**Academic Paper** M.S. Thesis in Physical Therapy - (Type A 2), Naresuan University, 2022

**Keywords**

### ABSTRACT

The use of evidence-based practice (EBP) is an important component to improve the quality of physical therapy treatment. This study aimed 1. to explore the level of knowledge, attitude, and practice of EBP of Thai physical therapists after complete postgraduate physical therapy program in Thailand and 2. to study of the associations among personal-work characteristics and the level of knowledge, attitude, and practice of EBP. A questionnaire was used to obtain information from the samples of 215 physical therapists through internet. Completed questionnaires were returned by 82 physical therapists (a response rate of 38.13%). Descriptive statistics were used to report the responses. Spearman's rank correlation statistic and Chi-Square test were used to determine the association. The results showed that the physical therapist's levels of knowledge, attitude, and practice of EBP were good, excellent, and excellent, respectively. Knowledge had significantly positive correlation with both attitude (moderate level,  $p < 0.001$ ) and practice of EBP (low level,  $p < 0.001$ ). Attitude had significantly positive correlation with practice of EBP (moderate level,  $p < 0.001$ ). The personal-work characteristics (such as degree of education, workplace, the average of number patients per day) were significantly correlated with the level of knowledge, attitude, and practice

of EBP in physical therapists after postgraduate physical therapy program in Thailand. The main barriers to implementing EBP compliance include lack of time to research or apply empirical evidence, the knowledge of evaluating the quality of evidence was insufficient, the cost of using evidence, and language barriers.





## ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของ ผศ.ดร.ปริญญา เลิศสินไทย ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ รศ.ดร.มณฑนา วงศ์ศิรินวัตน์ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้อุทิศสละเวลาอันมีค่ามาเป็นที่ปรึกษา พร้อมทั้งให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการวิทยานิพนธ์อันประกอบไปด้วย ผศ.ดร.วรินทร์ กฤตยาเกียรติ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รศ.ดร.ปนดา เตชทรัพย์อมร และ รศ.ดร.ไชยยงค์ จรเกตุ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์และทรงคุณค่า

กราบขอบพระคุณ คณาจารย์ประจำภาควิชากายภาพบำบัดระดับบัณฑิตศึกษา จากมหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยนเรศวร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และมหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้กรุณาให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และให้ความอนุเคราะห์ประสานงานในการกระจายแบบสอบถามไปยังบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่านที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถามตลอดจนเข้าร่วมการให้ข้อมูลในขั้นตอนการสัมภาษณ์

เหนือสิ่งอื่นใดขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และมิตรสหายของผู้วิจัยที่ให้กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้านอย่างดีที่สุดเสมอมาคุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุก ๆ ท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงคุณภาพการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิกของนักกายภาพบำบัดในประเทศไทยและคุณภาพการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับบัณฑิตศึกษาไม่มากนักน้อย

วิธวิทย์ วิริยะสกุลพันธุ์

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
ประกาศคุณูปการ.....	ข
สารบัญ.....	ข
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญรูปภาพ.....	ด
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
จุดมุ่งหมายของการศึกษา.....	6
ความสำคัญของการวิจัย.....	6
ขอบเขตของงานวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
สมมติฐานของการวิจัย.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP).....	10
1. นิยามของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์.....	10
2. องค์ประกอบของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์.....	11
3. กระบวนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์.....	12
4. ความสำคัญของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์.....	14

กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ .....	14
รายชื่อสถาบันที่มีการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในหลักสูตร ระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชากายภาพบำบัดของประเทศไทยในปัจจุบัน .....	19
ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ .....	25
1. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model; HBM).....	25
2. ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory; SCT) .....	26
3. ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior; TPB) .....	27
4. ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model หรือ Stage of change model) .....	28
ความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติ (KAP) .....	30
1. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ (Knowledge).....	30
2. แนวคิดเกี่ยวกับทศนคติ (Attitude) .....	34
3. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติ (Practice) .....	37
4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติและการปฏิบัติ (KAP) .....	38
5. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้ ทศนคติและการปฏิบัติ (KAP).....	41
เครื่องมือวิจัย (Research instrument) .....	42
1. ความหมายของเครื่องมือวิจัย .....	42
2. ประเภทเครื่องมือวิจัย .....	43
ขั้นตอนการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย .....	47
1. การนิยามแนวคิดของตัวแปร (Define the concept of variable).....	47
2. การนิยามเชิงปฏิบัติการ (Define the operational definition) .....	47

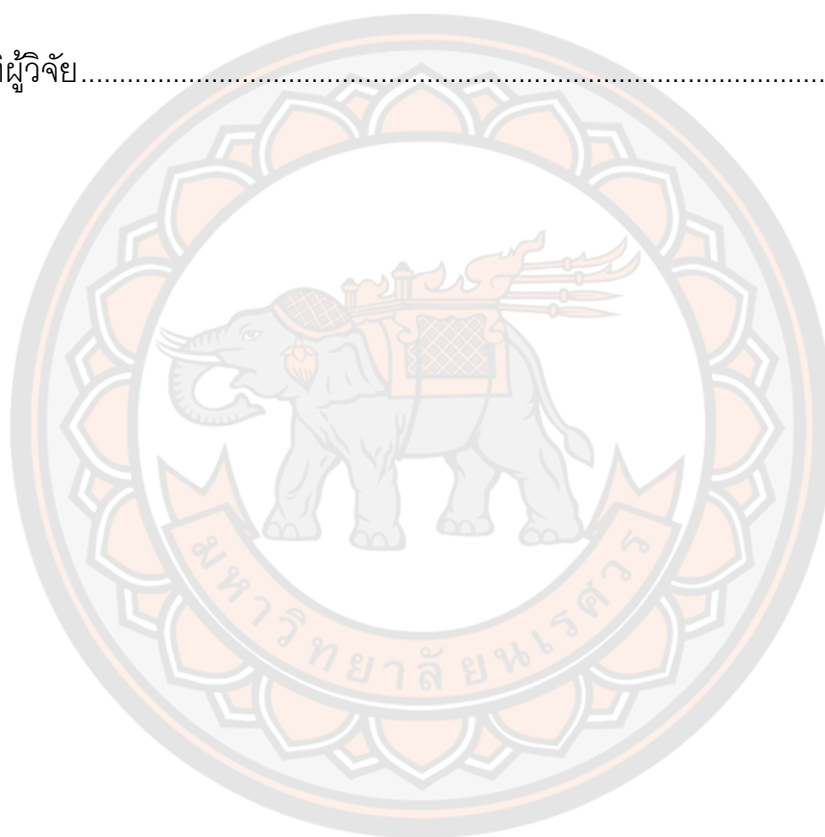
3. การออกแบบมาตรวัด (Design the scale) .....	48
4. การร่างคำถามและเรียงลำดับคำถาม (Drafting and sequence the items).....	48
5. การเสาะหาผู้เชี่ยวชาญ (Seek the content expert) .....	48
6. การพิจารณาความตรงตามเนื้อหา (Content validity judgment) .....	50
7. การนำแบบสอบถามไปทดลองใช้เบื้องต้น (Preliminary item try-out) .....	51
8. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability).....	52
ความคลาดเคลื่อนของการสำรวจ .....	58
วิธีการลดความคลาดเคลื่อนของการสำรวจ .....	65
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	72
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	75
บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย.....	78
รูปแบบการวิจัย .....	78
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	78
1. เกณฑ์การคัดเลือก.....	78
2. เกณฑ์การคัดออก .....	79
3. เกณฑ์การยุติ.....	79
การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง .....	80
1. การวิจัยเชิงปริมาณ .....	80
2. การวิจัยเชิงคุณภาพ.....	81
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย .....	82
เครื่องมือและการพัฒนาเครื่องมือ.....	82

1. การนิยามแนวคิดของตัวแปร (Define the concept of variable) .....	82
2. การออกแบบมาตรวัด (Design the scale) .....	82
3. การร่างคำถามและเรียงลำดับคำถาม (Drafting and sequence the items).....	83
4. การเสาะหาผู้เชี่ยวชาญ (Seek the content expert) .....	90
5. การพิจารณาความตรงตามเนื้อหา (Content validity judgment) .....	90
6. การนำแบบสอบถามไปทดลองใช้เบื้องต้น (Preliminary item try-out) .....	91
7. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) .....	92
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	96
1. การวิจัยเชิงปริมาณ .....	96
2. การวิจัยเชิงคุณภาพ.....	97
วิธีการติดตามการตอบกลับแบบสอบถาม.....	100
วิธีวิเคราะห์ข้อมูล .....	102
1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ .....	102
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....	102
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	106
การวิจัยเชิงปริมาณ.....	107
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม .....	108
ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับความรู้ต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ .....	111
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ระดับทัศนคติต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์.	112

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิง ประจักษ์.....	113
ตอนที่ 5 การวิเคราะห์อุปสรรคต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ .....	114
ตอนที่ 6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และ ระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนัก กายภาพบำบัด .....	115
ตอนที่ 7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถาม กับ ระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม หลักฐาน เชิงประจักษ์.....	115
การวิจัยเชิงคุณภาพ .....	118
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ .....	119
ตอนที่ 2 ทัศนคติของนักกายภาพบำบัดต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ .....	122
ตอนที่ 3 พฤติกรรมของนักกายภาพบำบัดต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิง ประจักษ์.....	128
ตอนที่ 4 ปัจจัยและอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์.....	132
ตอนที่ 5 แนวทางแก้ไขอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์.....	142
ตอนที่ 6 การเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในหลักสูตร ระดับบัณฑิตศึกษา.....	145
ตอนที่ 7 ทัศนคติของนักกายภาพบำบัดต่อการเรียนการสอนการปฏิบัติตาม หลักฐานเชิงประจักษ์ในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา .....	148
บทที่ 5 บทสรุป.....	153

อภิปรายผลการวิจัย .....	153
ประเด็นที่ 1 ระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการปฏิบัติตาม EBP ของ นัก กายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิง ประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดในประเทศ ไทย .....	154
ประเด็นที่ 2 อุปสรรคต่อการปฏิบัติตาม EBP ทางคลินิกของนักกายภาพบำบัด ที่ ผ่านการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตร ระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย .....	158
ประเด็นที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถามกับระดับ ความรู้ ระดับทักษะ และระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับ EBP ของนัก กายภาพบำบัด .....	162
ประเด็นที่ 5 ข้อค้นพบเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์.....	164
สรุปผล .....	166
ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย.....	167
ข้อจำกัดในการทำวิจัย .....	167
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	168
แผนการดำเนินงาน .....	169
บรรณานุกรม.....	170
ภาคผนวก ก ข้อมูลนักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรระดับ บัณฑิตศึกษาระดับปริญญาโท สาขากายภาพบำบัดที่มีการเรียนการสอน การปฏิบัติ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในประเทศไทย (แผน ก 2) .....	180

ภาคผนวก ข ข้อมูลนักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตร ระดับ บัณฑิตศึกษาระดับปริญญาเอกสาขากายภาพบำบัดที่มีการเรียนการสอน การปฏิบัติ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในประเทศไทย.....	182
ภาคผนวก ค แบบสอบถามและแบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหาการวิจัยเชิงปริมาณ .....	183
ภาคผนวก ง ตารางแสดงการกำหนดประเด็นหลัก.....	213
ประวัติผู้วิจัย.....	214





## สารบัญตาราง

### หน้า

ตาราง 1 โครงสร้างหลักสูตรระดับปริญญาโท สาขาวิชากายภาพบำบัด แผน ก.....	17
ตาราง 2 โครงสร้างหลักสูตรระดับปริญญาเอกสาขาวิชากายภาพบำบัด.....	18
ตาราง 3 แสดงรายชื่อสถาบันที่มีการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักสูตรวิชาชีพ ในหลักสูตรระดับปริญญาโท สาขาวิชากายภาพบำบัดของประเทศไทยในปัจจุบัน.....	19
ตาราง 4 แสดงรายชื่อสถาบันที่มีการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักสูตร วิชาชีพในหลักสูตรระดับปริญญาเอก สาขาวิชากายภาพบำบัดของประเทศไทย ใน ปัจจุบัน.....	19
ตาราง 5 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละสถาบันอุดมศึกษา .....	81
ตาราง 6 เกณฑ์แปลผลคะแนนระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักสูตร วิชาชีพ .....	84
ตาราง 7 เกณฑ์แปลผลคะแนนระดับทัศนคติต่อการปฏิบัติตามหลักสูตร วิชาชีพ.....	85
ตาราง 8 เกณฑ์แปลผลคะแนนระดับพฤติกรรมต่อการปฏิบัติตามหลักสูตร วิชาชีพ.....	86
ตาราง 9 แสดงคำถามสำหรับใช้ในการณ์สัมภาษณ์.....	88
ตาราง 10 แสดงการกำหนดประเด็นหลัก.....	103
ตาราง 11 แสดงการกำหนดนิยามรหัส .....	103
ตาราง 12 แสดงการจัดหมวดหมู่ตามรหัส .....	103
ตาราง 13 แสดงการจัดเรียงข้อมูล .....	104
ตาราง 14 ข้อมูลคุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถาม.....	108

ตาราง 15 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรมตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (KAP) ด้วย Spearman's rank correlation ..... 115

ตาราง 16 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถามกับร้อยละของ ระดับความรู้ ระดับทัศนคติ ระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ 116

ตาราง 17 ความสัมพันธ์ระหว่างร้อยละของระดับความรู้ ระดับทัศนคติ ระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์กับคุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถาม... 117

ตาราง 18 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์..... 120



## สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพ 1 องค์ประกอบของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์.....	12
ภาพ 2 ลำดับขั้นของความรู้ .....	33
ภาพ 3 ความสัมพันธ์ KAP รูปแบบที่ 1 .....	39
ภาพ 4 ความสัมพันธ์ KAP รูปแบบที่ 2.....	40
ภาพ 5 ความสัมพันธ์ KAP รูปแบบที่ 3.....	40
ภาพ 6 ความสัมพันธ์ KAP รูปแบบที่ 4.....	41
ภาพ 7 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	77
ภาพ 8 ขั้นตอนการพัฒนาแบบสอบถาม.....	95
ภาพ 9 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	99
ภาพ 10 การติดตามการตอบกลับแบบสอบถาม.....	101
ภาพ 11 สัดส่วนผู้ตอบคำถามส่วนความรู้ต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์..	111
ภาพ 12 สัดส่วนผู้ตอบคำถามส่วนทัศนคติต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์.	112
ภาพ 13 สัดส่วนผู้ตอบคำถามส่วนพฤติกรรมการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิง ประจักษ์.....	113
ภาพ 14 สัดส่วนผู้ตอบคำถามส่วนอุปสรรคต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิง ประจักษ์.....	114
ภาพ 15 รูปแบบความสัมพันธ์ EBP ตามทฤษฎี KAP .....	152

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาของปัญหา

การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice; EBP) ตามความหมายของ David Sackett (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1992) ที่เป็นผู้บุกเบิกการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้ให้นิยามว่า เป็นกระบวนการตัดสินใจวิธีการรักษาหรือดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการ โดยพิจารณาจากหลักฐานที่ดีที่สุดซึ่งมีความชัดเจนและมีเหตุมีผลที่มีอยู่ (Research evidence) ในขณะนั้นอย่างรอบคอบ โดยในการปฏิบัตินี้มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยในการตัดสินใจทางคลินิกของบุคลากรทางการแพทย์ (Hoffmann, Bennett, & Del Mar, 2013) ซึ่งการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เริ่มมีการนำมาใช้ในการปฏิบัติทางวิชาชีพกายภาพบำบัดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 (ค.ศ. 2000) เป็นต้นมา (Sackett, Strauss, Richardson, Rosenberg, & Haynes, 2000)

ในปัจจุบันการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย โดยเป็นผลมาจากความต้องการของวิชาชีพด้านสุขภาพที่ต้องการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาสุขภาพ โดยมีงานวิจัยที่น่าเชื่อถือรับรองการปฏิบัติ (Forsman, Wallin, Gustavsson, & Rudman, 2012; Jette et al., 2003; Snibsøer, Graverholt, Nortvedt, Riise, & Espehaug, 2018; Yahui & Swaminathan, 2017) โดยบูรณาการความรู้จากหลักฐานงานวิจัยที่ดีที่สุดที่มีอยู่ ความเชี่ยวชาญทางคลินิก (Clinical experience) และความต้องการของผู้รับบริการ (Client values) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะทำให้ผู้รับบริการสามารถได้รับการรักษาพยาบาลตามหลักฐานที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด (Tilson et al., 2011; Worum, Lillekroken, Ahlsen, Roaldsen, & Bergland, 2019) การสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ได้กลายเป็นหลักสูตรมาตรฐานสำหรับวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เรียนมีความเข้าใจในพื้นฐานและสามารถประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์เมื่อสำเร็จการศึกษา ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพถูกคาดหวังว่าจะสามารถประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะในการปฏิบัติด้วยความเชี่ยวชาญซึ่งตั้งอยู่บนหลักฐานที่ดีที่สุดที่มีอยู่และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดชีวิตการทำงานพร้อมทั้งพยายามอย่างต่อเนื่องที่จะปรับปรุงประสิทธิภาพของการให้บริการทางสุขภาพด้วยวิธีการปฏิบัติที่มีหลักฐาน

ที่น่าเชื่อถือรับรอง (Flores-Mateo & Argimon, 2007; Forsman et al., 2012; Snibsøer et al., 2018; Tilson et al., 2011; Worum et al., 2019)

นักกายภาพบำบัด (Physical Therapy; PT) เป็นอีกหนึ่งวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญต่อการให้บริการทางสุขภาพในการฟื้นฟูผู้ป่วยจากภาวะต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สมาพันธ์กายภาพบำบัดโลก (World Confederation for Physical Therapy; WCPT) ได้ระบุว่า นักกายภาพบำบัดควรจะใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการตัดสินใจในคลินิก เพื่อให้แน่ใจว่าการจัดการผู้ป่วย ผู้รับบริการหรือชุมชนจะอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานที่ดีที่สุด และต้องมีความรับผิดชอบที่จะไม่ใช้เทคนิคหรือเทคโนโลยีที่ได้รับการพิสูจน์ว่าไม่มีประสิทธิภาพ หรือไม่มีความปลอดภัยในการให้บริการสุขภาพ (World Confederation for Physical Therapy, 2011) อีกทั้งยังแนะนำให้มีการเพิ่มการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในหลักสูตรกายภาพบำบัดเพื่อสร้างพื้นฐานความรู้และทักษะให้นักกายภาพบำบัดสามารถใช้กระบวนการ EBP ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีวิจารณญาณในส่วนของภาวะคำถามที่เกิดขึ้นในทางปฏิบัติการระบุวิธีการเข้าถึงหลักฐานเชิงประจักษ์ การประเมินความน่าเชื่อถือหลักฐานเชิงประจักษ์ ตลอดจนการนำข้อสรุปไปใช้ทางคลินิก รวมถึงการประเมินผลการปฏิบัติทั้งหมดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และใช้องค์ความรู้ในการพัฒนาศักยภาพวิชาชีพกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง (World Confederation for Physical Therapy, 2011) แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีช่องว่างระหว่างการนำความรู้ของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการตัดสินใจทางคลินิกอยู่ ดังการศึกษาของ Manns และคณะ (Manns, Norton, & Darrach, 2015) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการตัดสินใจทางคลินิกของนักกายภาพบำบัดในประเทศแคนาดา ผลการศึกษาพบว่านักกายภาพบำบัดไม่ได้นำความรู้ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้จริงในการตัดสินใจทางคลินิก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Iles และ Davidson (Iles & Davidson, 2006) ที่พบว่านักกายภาพบำบัดรุ่นใหม่มีระดับความรู้และทักษะต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มากกว่านักกายภาพบำบัดรุ่นเก่า อย่างไรก็ตามการนำทักษะและความรู้ไปใช้จริงทางคลินิกไม่มีความแตกต่างกัน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการตัดสินใจทางคลินิกสามารถอธิบายได้จากทฤษฎีความรู้ ทศนคติและการปฏิบัติ (Knowledge, Attitude, and Practices; KAP) (จุฬารัตน์ โสตะ, 2554) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัวคือ ความรู้ (Knowledge) ทศนคติ (Attitude) และการปฏิบัติ (Practice) ของผู้รับสารโดยจะเกิดการ

เปลี่ยนแปลงจาก 3 ตัวแปรที่สำคัญในลักษณะต่อเนื่องกล่าวคือ เมื่อผู้รับสารได้รับสารจะทำให้เกิดความรู้ เมื่อเกิดความรู้ขึ้นก็จะทำให้เกิดทัศนคติ และขั้นสุดท้ายคือก่อให้เกิดการปฏิบัติจริงจากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการสำรวจหาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเพื่อความสัมพันธ์ของปัจจัยและใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงให้เกิดการปฏิบัติมากขึ้น ดังเช่นการศึกษาของ Jette และคณะ (Jette et al., 2003) ที่ได้ทำการสำรวจความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติของนักกายภาพบำบัดประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่านักกายภาพบำบัดที่มีอายุน้อยและอายุการทำงานที่ไม่มากจะมีระดับความรู้ ทัศนคติที่ดีและมีระดับความมั่นใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อตัดสินใจทางคลินิกมากกว่านักกายภาพบำบัดรุ่นเก่า แต่หนึ่งในสี่ของอาสาสมัครยังไม่ค่อยนำการปฏิบัติหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ทางคลินิกมากนักเนื่องมาจากปัจจัยข้อจำกัดด้านเวลาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bernhardsson และคณะ (Bernhardsson, Johansson, Nilsen, Öberg, & Larsson, 2014) ที่สำรวจความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติของนักกายภาพบำบัดประเทศสวีเดนที่ทำงานบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ผลการสำรวจพบว่านักกายภาพบำบัดมีระดับความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์แต่ในด้านการปฏิบัติพบว่าไม่ได้มีการนำองค์ความรู้ที่มีมาใช้ทางคลินิกมากเท่าที่ควร โดยมีอุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ การไม่มีเวลา ความไม่พร้อมในการใช้งานและการจำกัดการเข้าถึงข้อมูล

นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ว่านักกายภาพบำบัดที่อายุน้อยกว่าหรือมีอายุการทำงานที่สั้นกว่าจะมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และนักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาจะมีการนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการตัดสินใจทางคลินิกมากกว่านักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษาระดับวิทยาศาสตร์บัณฑิตในด้านการสืบค้นข้อมูล เช่นเดียวกับการศึกษาของ Diermayr และคณะ (Diermayr, Schachner, Eidenberger, Lohkamp, & Salbach, 2015) ได้ทำการศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในนักกายภาพบำบัดประเทศออสเตรีย ผลการศึกษาพบว่านักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีมีอัตราการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับต่ำกว่านักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษาในระดับที่สูงกว่าโดยอุปสรรค (Barriers) ที่สำคัญ ได้แก่ ขาดความรู้ต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ การไม่มีเวลาและขาดการสนับสนุนจากองค์กร ซึ่งแสดงให้เห็นถึงอุปสรรคด้านความรู้ต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ยังเป็นปัญหาที่สำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Dao และคณะ (Dao, Pichaiyongwongdee, Sullivan, Prasertsukdee, & Apinonkul, 2018) ที่ได้ทำการสำรวจความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติของนักกายภาพบำบัดประเทศเวียดนาม พบว่านักกายภาพบำบัด

ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ แต่ขาดความรู้และทักษะในการนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เพื่อตัดสินใจทางคลินิก โดยเฉพาะนักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีจะมีระดับความรู้และทักษะค่อนข้างน้อยจึงส่งผลให้ไม่มีการนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เพื่อตัดสินใจทางคลินิกอย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษานักกายภาพบำบัดในต่างประเทศดังนั้นการศึกษาดังกล่าวจึงไม่สามารถที่จะแสดงถึงทัศนคติและการปฏิบัติงานในภาพรวมของนักกายภาพบำบัดในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

โดยจากการศึกษาของ Vongsirinavarat และคณะ (Vongsirinavarat, Mathiyakom, Kriyakiarana, Hengsomboon, & Kraiwong, 2020) ที่ทำการสำรวจทัศนคติ ความรู้และอุปสรรคต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดไทย ผลการศึกษาพบว่านักกายภาพบำบัดไทยมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ในส่วนของความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่านักกายภาพบำบัดมีความมั่นใจในส่วนการสืบค้นบทความวิจัย การประเมินและการประยุกต์ใช้งานวิจัยในการทำงาน อย่างไรก็ตามในด้านความถี่ของการสืบค้นและการอ่านบทความวิจัยพบว่ายังมีในระดับต่ำ โดยพบอุปสรรคต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญได้แก่ การจำกัดด้านเวลา การขาดทักษะด้านสถิติ และการขาดแคลนงานวิจัยในหัวข้อที่สนใจ นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ว่านักกายภาพบำบัดที่มีอายุน้อยกว่าหรือมีระดับการศึกษาที่สูงกว่ามีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มากกว่า อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละการศึกษาที่กล่าวมานี้เป็นนักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาจไม่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงสภาพการณ์ของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาได้ และยังมีการศึกษาจำนวนน้อยที่ทำการศึกษาถึงผลลัพธ์ด้านความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมกรปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขาการกายภาพบำบัด

ในปัจจุบันประเทศไทยมีสถาบันที่มีหลักสูตรบัณฑิตศึกษา สาขาการกายภาพบำบัดจำนวน 7 สถาบัน ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒและมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พบว่าทุกหลักสูตรมีการบรรจุการสอนรายวิชาการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งมีเป้าหมายให้บัณฑิตที่ผ่านการเรียนการสอนในรายวิชาจะมีความรู้

และทักษะเพิ่มขึ้นและบรรลุคุณภาพมาตรฐานผลการเรียนรู้ตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับบัณฑิตศึกษาศาสากายภาพบำบัด พ.ศ. 2556 (กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552, ม.ป.ป.) ที่คาดหวังให้บัณฑิตจากแต่ละสถาบันมีมาตรฐานใกล้เคียงกันและมีความรู้ความเชี่ยวชาญในการวิเคราะห์ วิพากษ์ สังเคราะห์ประยุกต์ใช้ผลการวิจัยได้อย่างสร้างสรรค์ และพัฒนาวิธีการใหม่ ๆ ในการปฏิบัติทางวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพภายหลังสำเร็จการศึกษา โดยการดำเนินการสอนการปฏิบัติตามหลักสูตรเชิงประจักษ์ในระดับบัณฑิตศึกษามีส่วนช่วยในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะ รวมถึงพฤติกรรมในการนำการปฏิบัติตามหลักสูตรเชิงประจักษ์มาใช้ในทางคลินิกของบุคลากรทางการแพทย์ ดังการศึกษาของ Flores-Mateo และ Argimon (Flores-Mateo & Argimon, 2007) ที่ได้ทำการสำรวจอย่างเป็นระบบถึงประสิทธิผลของการสอนการปฏิบัติตามหลักสูตรเชิงประจักษ์ระดับบัณฑิตศึกษาของบุคลากรด้านสุขภาพ พบว่าสามารถพัฒนาความรู้ ทักษะ รวมถึงพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักสูตรเชิงประจักษ์ได้ดีขึ้น

จากการศึกษาที่ผ่านมาทำให้พบว่า นักกายภาพบำบัดมีระดับความรู้ที่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากความแตกต่างกันตามบริบทในแต่ละประเทศที่นักกายภาพบำบัดได้เคยศึกษาแต่มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตามหลักสูตรเชิงประจักษ์มาใช้ในการตัดสินใจทางคลินิก (Bernhardsson et al., 2014; Dao et al., 2018; Diermayr et al., 2015; Iles & Davidson, 2006; Jette et al., 2003; Manns et al., 2015; Snibsoer et al., 2018; Tilson et al., 2011; Vongsirinavarat et al., 2020; Yahui & Swaminathan, 2017) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาจำนวนน้อยที่มีการอ้างอิงถึงทฤษฎีเพื่อใช้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตามหลักสูตรเชิงประจักษ์ในคลินิกของนักกายภาพบำบัด งานวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นศึกษาเกี่ยวกับระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการนำหลักสูตรเชิงประจักษ์มาใช้ในการตัดสินใจทางคลินิก โดยอ้างอิงทฤษฎีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ (KAP) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และศึกษาอุปสรรคต่อการนำความรู้การปฏิบัติตามหลักสูตรเชิงประจักษ์มาใช้ทางคลินิก รวมถึงปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์ต่อระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักสูตรเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักสูตรเชิงประจักษ์ในขั้นตอนการตั้งคำถาม การสืบค้นฐานข้อมูล การประเมินคุณค่าและความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่พบ การประยุกต์ใช้หลักฐานที่พบและการสรุปผลการปฏิบัติ จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาศาสากายภาพบำบัดในประเทศไทย



### จุดมุ่งหมายของการศึกษา

1. นักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทยมีระดับความรู้ ทักษะและ พฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิกอย่างไร

2. อุปสรรคทั้งภายในและภายนอกต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิก ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตร ระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ ระดับทักษะและระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตาม หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐาน เชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทยเป็นอย่างไร

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการ ปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนการปฏิบัติตาม หลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย เป็นอย่างไร

### ความสำคัญของการวิจัย

1. ทราบถึงระดับความรู้ ระดับทักษะ ระดับพฤติกรรมและความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐาน เชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย

2. ทราบถึงอุปสรรคทั้งภายในและภายนอกที่มีความสัมพันธ์ที่มีผลต่อการนำการปฏิบัติ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ทางคลินิก

3. ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ ระดับทักษะและระดับพฤติกรรมการ ปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนการปฏิบัติ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย

4. ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรู้ ระดับทักษะ และระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียน การสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย

### ขอบเขตของงานวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) โดยดำเนินรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยพัฒนาจากทฤษฎีความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ (KAP) และการศึกษาทบทวน เพื่อนำมาศึกษาความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในคลินิก รวมถึงศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ทางคลินิกของนักกายภาพบำบัด โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนในหัวข้อหรือรายวิชาที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทยจาก 7 สถาบัน ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒและมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และกำลังประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดในสถานพยาบาลหรือสถานประกอบการด้านสุขภาพทุกระดับของทั้งภาครัฐและเอกชน ใช้แบบสอบถามทางอิเล็กทรอนิกส์ (Google form) เป็นช่องทางหลักในการเก็บข้อมูล โดยมีระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564

### นิยามศัพท์เฉพาะ

การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึง การตัดสินใจวิธีการรักษาหรือดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการ โดยพิจารณาจากหลักฐานที่ดีที่สุดซึ่งมีความชัดเจนและมีเหตุผล ที่มีอยู่ในขณะนั้นอย่างรอบคอบ โดยปฏิบัติตามกระบวนการ 5 ขั้นตอนของ EBP ได้แก่ การระบุคำถาม การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ การประเมินความน่าเชื่อถือหลักฐานเชิงประจักษ์ การนำข้อสรุปไปใช้ทางคลินิก และการประเมินผลการปฏิบัติ (Sackett et al., 1992)

นักกายภาพบำบัด หมายถึง นักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาระดับปริญญาโทและปริญญาเอก ที่ผ่านการเรียนการสอนในหัวข้อหรือรายวิชาการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับ การประเมินค่ารายงานผลการวิจัยจากสถาบันอุดมศึกษา 7 แห่งในประเทศไทย ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดในสถานพยาบาลหรือสถาน

ประกอบทางด้านสุขภาพทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชนในประเทศไทย ภายหลังจากสำเร็จการศึกษา ระดับบัณฑิตศึกษาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี

หลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย หมายถึงหลักสูตรที่มีการจัดการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา (ปริญญาโทและปริญญาเอก) สาขาวิชากายภาพบำบัดที่ผ่านการรับรองโดยสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.)

ความรู้ของนักกายภาพบำบัดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึงความรู้ของนักกายภาพบำบัดในส่วนของนิยาม หลักการและองค์ประกอบของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ทัศนคติของนักกายภาพบำบัดต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึงความรู้สึกของนักกายภาพบำบัดในทั้งด้านบวกและด้านลบต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึง พฤติกรรมของนักกายภาพบำบัดเกี่ยวกับการนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการรักษาหรือดูแลผู้ป่วยทางคลินิก

อุปสรรคต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึงปัจจัยภายในหรือปัจจัยภายนอกตัวนักกายภาพบำบัดที่ขัดขวางการนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ทางคลินิกของนักกายภาพบำบัด

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะของนักกายภาพบำบัดที่มีอิทธิพลต่อระดับความรู้ระดับทัศนคติและระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ทางคลินิก

### สมมติฐานของการวิจัย

1. นักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทยมีความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับที่ดี

2. มีอุปสรรคทั้งภายในและภายนอกที่ขัดขวางการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิกของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย

3. ความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างระดับความรู้ ระดับทัศนคติและระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย

4. มีปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อระดับความรู้ ทักษะคิดและพฤติกรรมกาปฏิบัติ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนกาปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP)

การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มีพื้นฐานมาจากการพัฒนาแนวคิด เวชศาสตร์เชิงประจักษ์ (Evidence-based medicine; EBM) ที่ถูกพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1992 โดยแพทย์ชาวแคนาดา Guyatt และคณะ มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้บุคลากรด้านการแพทย์สามารถมีความรู้ในการค้นหา การประเมินและการใช้หลักฐานคุณภาพสูงเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของการดูแลส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วย (Guyatt, Sackett, & Cook, 1994; Oxman et al., 1993) โดยการใช้หลักฐานนี้จำเป็นต้องพิจารณาพร้อมกับประสบการณ์ความชำนาญของแพทย์ผู้ดูแล ความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลด้วย (Straus, Glasziou, Richardson, & Haynes, 2005; Zimerman, 2013) ในปี ค.ศ. 1996 แพทย์ชาวอเมริกันแคนาดา Sackett และคณะได้ให้การอธิบายว่าการตัดสินใจทางคลินิกโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นการรวมกันของหลักฐานงานวิจัยที่ดีที่สุดที่มีอยู่ (Research evidence) ความเชี่ยวชาญทางคลินิก (Clinical experience) และความต้องการของผู้รับบริการ (Client values) ซึ่งการตัดสินใจโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางจากกลุ่มเวชศาสตร์สุขภาพ (ด้านการพยาบาล ด้านทันตกรรม ด้านพยาธิวิทยา ด้านจิตวิทยา ด้านสังคมสงเคราะห์ ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู และอื่น ๆ) จนในปี ค.ศ. 2003 คำแถลงเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานถูกจัดทำขึ้นจากการประชุมวิชาการ Evidence-based Health Care Teachers and Developers Conference ที่ประเทศอิตาลีและคำแถลงการณ์นี้เรียกว่า คำแถลงของซิซิลี (Sicily statement) เพื่อช่วยแนะนำแนวคิดการตัดสินใจทางคลินิกโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป (Dawes et al., 2005; Herbert, 2005; Jewell, 2018)

#### 1. นิยามของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึงการตัดสินใจวิธีการรักษาหรือดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการ โดยพิจารณาจากหลักฐานที่ดีที่สุดซึ่งมีความชัดเจนและมีเหตุผลที่มีอยู่ในขณะนั้นอย่างรอบคอบ (Sackett et al., 1992)

การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึงวิธีการที่ใช้เพื่อกำหนดการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพซึ่งอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานที่ดีที่สุด เป็นปัจจุบันและถูกต้อง (Dawes et al., 2005)

การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึงวิธีการที่มุ่งหวังที่จะปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ที่มีคุณภาพสูง สามารถได้รับและเปลี่ยนแปลงให้เป็นการตัดสินใจเชิงปฏิบัติที่ดีที่สุดในการส่งเสริมสุขภาพ (Melnyk et al., 2016; Steglitz, Warnick, Hoffman, Johnston, & Spring, 2015)

การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึงวิธีการเลือกการแก้ปัญหาในการตัดสินใจทางคลินิกเพื่อการดูแล ส่งเสริมสุขภาพที่จากการรวบรวมหลักฐานที่ดีที่สุดจากการศึกษาที่ออกแบบมาอย่างดีโดยอาศัยความเชี่ยวชาญของผู้รักษาร่วมกับความต้องการและค่านิยมของผู้ป่วย (Jackson et al., 2006; Melnyk, Fineout-Overholt, Gallagher-Ford, & Kaplan, 2012)

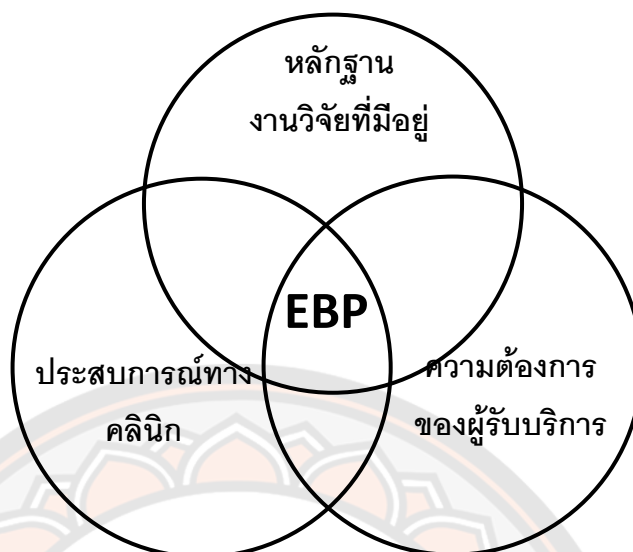
## 2. องค์ประกอบของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ (Sackett et al., 2000) (ภาพ1)

2.1 หลักฐานงานวิจัยที่มีอยู่ (Research evidence) คืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องของการแพทย์จากการศึกษาที่มีคุณภาพและมีอคติของการศึกษา (Bias) น้อยที่สุดที่มีอยู่ในขณะนั้น

2.2 ประสบการณ์ทางทางคลินิก (Clinical experience) คือการใช้ทักษะและประสบการณ์ทางคลินิกที่ผ่านมาเพื่อใช้ในการวินิจฉัยที่ถูกต้อง การเลือกการรักษาและรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมที่สุด

2.3 ความต้องการของผู้รับบริการ (Client/Patient values) คือสภาพทางคลินิก อาการที่เป็นอยู่ ความกังวล ความชอบและความคาดหวังของผู้ป่วย



ภาพ 1 องค์ประกอบของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ที่มา: (Sackett et al., 2000)

### 3. กระบวนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

กระบวนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน (Hoffmann et al., 2013; Sackett et al., 1992; Sackett et al., 2000) ได้แก่

3.1 การตั้งคำถาม (Ask the question) เป็นกระบวนการสร้างคำถามทางคลินิกเพื่อใช้ในการหาคำตอบต่อปัญหา ซึ่งอาจเป็นคำถามเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุด ในด้านการวินิจฉัยโรค วิธีการรักษา การพยากรณ์โรค ต้นเหตุของการเกิดโรคและการป้องกัน ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ เป็นต้น Hoffman และคณะ ในปี ค.ศ. 2013 (2) ได้แนะนำหลักการในการตั้งคำถามทางคลินิกเพื่อการสืบโดยประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ส่วน โดยใช้ตัวย่อว่า "PICO" แบ่งเป็น

P (Population) คือบุคคล ปัญหาหรือประชากร เช่น รายละเอียดส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้อง อายุ เพศ การวินิจฉัยและความรุนแรง เป็นต้น

I (Intervention) คือการรักษาหรือวิธีการปฏิบัติ เช่น การทดสอบ การวินิจฉัย การวัดทางคลินิก บำบัดการพยากรณ์โรค การแทรกแซง การรายงานผลการวัดด้วยตนเองที่น่าสนใจ มุมมองของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เป็นต้น

C (Comparison) คือการเปรียบเทียบหรือกลุ่มเปรียบเทียบ เช่น การทดสอบโดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง การวัด การสำรวจปัจจัยการทำงาน การแทรกแซงและการรายงานผลการวัดด้วยตนเอง เป็นต้น

O (Outcome) คือผลลัพธ์ที่ต้องการทราบ เช่น ผลลัพธ์ของการใช้วิธีการรักษาต่างๆ รวมถึงปัญหาที่สนใจ

3.2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Acquire the evidence) เป็นการเลือกแหล่งสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น ใช้เว็บไซต์ PubMed และทำการค้นคว้า/ศึกษาวิจัยด้วยวิธีที่เหมาะสมโดยการระบุคำสำคัญ (Keyword) ที่ได้จากระบบการตั้งคำถามเพื่อสืบค้นหลักฐานงานวิจัยร่วมกับการใช้ ตรรกะโบลีน (Boolean operator) ซึ่งเป็นเทคนิคการสืบค้นแบบขั้นสูง (Advanced search) ใช้สำหรับการสืบค้นที่มีคำสำคัญมากกว่าหนึ่งชุด หรือมีความต้องการในการค้นคืนมากกว่า 1 เงื่อนไข ผู้ใช้สามารถบอกราคาค้นและเลือกขอบเขตหรือเงื่อนไขของการสืบค้นโดยใช้คำในตรรกะโบลีนเป็นตัวเชื่อมทำให้ผลการสืบค้นที่ได้มีความถูกต้อง แม่นยำและตรงกับความต้องการของผู้ใช้คำในตรรกะโบลีน สำหรับเชื่อมคำหรือชุดคำสั่งต่าง ๆ เข้าด้วยกัน คือ And, Or หรือ Not ซึ่งมีความแตกต่างกัน ในการใช้สืบค้นข้อมูล ดังนี้ “And” ใช้เชื่อมระหว่างคำค้นเพื่อให้ได้เรื่องที่แคบลง และตรงกับเรื่องที่ต้องการมากขึ้น “Or” ใช้เชื่อมระหว่างคำค้นที่พ้องความหมายกัน หรือความหมายใกล้เคียงกัน จะได้ผลการค้นเป็นจำนวนมากขึ้น “Not” ใช้นำหน้าคำค้นที่ไม่ต้องการ เป็นการค้นหาเรื่องหนึ่งที่ไม่มียกเรื่องหนึ่งเข้ามาเกี่ยวข้อง

3.3 การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Appraise the evidence) เป็นการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อตรวจสอบเนื้อหาระเบียบวิธีวิจัย (Methodology) ความมีอคติ (Bias) หรือระดับชั้นของหลักฐาน (Hierarchy of evidence) รวมทั้งการใช้เครื่องมือ (Tools) โดยมีหลักในการประเมิน 3 ด้าน ได้แก่

ด้านความถูกต้องภายใน (Internal validity) คือการประเมินความน่าเชื่อถือถึงความเหมาะสมและความถูกต้องของหลักฐานงานวิจัย

ด้านผลกระทบ (Impact) คือการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างของหลักฐานงานวิจัยที่พบกับบริบทแวดล้อมทางคลินิกที่ต้องการ

ด้านการประยุกต์ใช้ (Applicability) คือการประเมินความสามารถในการนำผลการศึกษาจากหลักฐานงานวิจัยไปใช้กับผู้ป่วยจริง



3.4 การนำไปใช้ (Apply) เป็นขั้นตอนที่บุคลากรด้านสุขภาพนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการพิจารณาว่าดีที่สุดไปใช้ในการดูแลหรือให้บริการเพื่อแก้ไขปัญหา โดยสิ่งนั้นต้องตรงกับความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการด้วย

3.5 การประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนที่บุคลากรด้านสุขภาพประเมินความถูกต้องเหมาะสมของการปฏิบัติตามขั้นตอน 1 ถึง 4 รวมทั้งตรวจสอบผลการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการทั้งด้านผลลัพธ์ของการรักษา ความพึงพอใจของผู้รับบริการหรือความคุ้มค่าในการปฏิบัติเพื่อที่จะก่อให้เกิดการปรับปรุง พัฒนาหรือยึดเป็นแนวปฏิบัติหรือมาตรฐานการปฏิบัติต่อไป

#### 4. ความสำคัญของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มีวัตถุประสงค์เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยหรือผู้รับบริการแต่ละคนจะได้รับบริการที่ดีที่สุด โดยช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพสามารถใช้ความรู้และประสบการณ์ของตนร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดที่มีอยู่ในขณะนั้นมาใช้ในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการนั้น ๆ ซึ่งสามารถประหยัดเวลาในการปฏิบัติเป็นผลให้ลดค่าใช้จ่ายในการให้การรักษา นอกจากนี้ยังสามารถเสริมสร้างความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพและส่งผลดีต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้รับบริการ (Dawes et al., 2005; Forsman et al., 2012; Hoffmann et al., 2013; Jette et al., 2003; Jewell, 2018; Oxman et al., 1993; Sackett et al., 1992; Sackett et al., 2000; Straus et al., 2005; Yahui & Swaminathan, 2017; Zimerman, 2013)

#### กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ

กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ หมายถึง กรอบที่แสดงระบบคุณวุฒิ การศึกษาระดับอุดมศึกษาของประเทศซึ่งเป็นกลไกที่ให้ความมั่นใจในประสิทธิผลการดำเนินงานตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของสถาบันอุดมศึกษาว่าสามารถผลิตบัณฑิตให้บรรลุคุณภาพตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ (กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552, ม.ป.ป.)

มาตรฐานคุณวุฒิระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชากายภาพบำบัด พ.ศ. 2556 (มาตรฐานคุณวุฒิระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชากายภาพบำบัด พ.ศ. 2556, ม.ป.ป.)

##### 1. คุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์

ระดับปริญญาโท

เป็นผู้นำในการส่งเสริมให้มีการประพฤติปฏิบัติตามหลักคุณธรรม จรรยาบรรณ วิชาชีพ และจริยธรรมการวิจัย

มีความรู้ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในเนื้อหาทางวิชาชีพ มีความชำนาญ ในการปฏิบัติวิชาชีพกายภาพบำบัดเฉพาะด้าน รวมทั้งสามารถทำวิจัย และเผยแพร่ผลงานได้

ตระหนักรู้ถึงปัญหา สามารถคิดวิเคราะห์ แก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ

มีความรับผิดชอบและแสดงบทบาทในการเป็นผู้นำ ผู้ตาม ผู้ประสานงาน ได้อย่างเหมาะสม อย่างมีประสิทธิภาพ

มีความรับผิดชอบในการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง ให้โอกาสและสนับสนุนผู้อื่น ให้พัฒนาทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

#### ระดับปริญญาเอก

สามารถจัดการปัญหาทางจริยธรรมที่ซับซ้อนในบริบททางวิชาการหรือวิชาชีพได้ อย่างถูกต้อง เหมาะสม และทันสถานการณ์

สามารถทำวิจัย สร้างองค์ความรู้ หรือสร้างสรรคนวัตกรรมที่ก่อให้เกิด คุณประโยชน์สำคัญในการปฏิบัติทางวิชาชีพ

เป็นผู้นำในวิชาชีพกายภาพบำบัด และวงการวิชาการ สนับสนุนการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจให้เกิดการสร้างแนวคิดและแนวปฏิบัติใหม่

สามารถนำเสนอผลงานวิชาการ อภิปรายและให้ข้อเสนอแนะที่สร้างสรรค์ทั้งใน ระดับชาติ และนานาชาติ

## 2. มาตรฐานผลการเรียนรู้

### ระดับปริญญาโท

สาขาวิชากายภาพบำบัดได้กำหนดมาตรฐานผลการเรียนรู้ระดับปริญญาโท สาขาวิชากายภาพบำบัด 5 ด้าน ที่สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของสาขาวิชากายภาพบำบัดที่กำหนดไว้ ดังนี้

- ด้านคุณธรรมจริยธรรม
- ด้านความรู้
- ด้านทักษะทางปัญญา
- ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ

- ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยี

สารสนเทศ

#### ระดับปริญญาเอก

สาขาวิชากายภาพบำบัด ได้กำหนดมาตรฐานผลการเรียนรู้ระดับปริญญาเอก สาขาวิชากายภาพบำบัด 5 ด้าน ที่สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของสาขาวิชากายภาพบำบัดที่กำหนดไว้ ดังนี้

- ด้านคุณธรรมจริยธรรม
- ด้านความรู้
- ด้านทักษะทางปัญญา
- ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ
- ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยี

#### 3. โครงสร้างหลักสูตร

##### ระดับปริญญาโท

จำนวนหน่วยกิตรวมไม่น้อยกว่า 36 หน่วยกิต โดยมีสัดส่วนจำนวนหน่วยกิต  
ขั้นต่ำ ดังนี้

- หลักสูตรที่จัดการศึกษาแบบ ก 1 ทำเฉพาะวิทยานิพนธ์ซึ่งมีค่าเทียบได้  
ไม่น้อยกว่า 36 หน่วยกิต
- หลักสูตรที่จัดการศึกษาแบบ ก 2 ทำวิทยานิพนธ์ซึ่งมีค่าเทียบได้  
ไม่น้อยกว่า 12 หน่วยกิต และศึกษางานรายวิชาอีกไม่น้อยกว่า 12 หน่วยกิต จำนวนหน่วยกิตรวม  
กันไม่น้อยกว่า 36 หน่วยกิต

- หลักสูตรทุกแบบต้องสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรของ  
กระทรวงศึกษาธิการที่มีผลบังคับใช้ในปัจจุบัน

ตาราง 1 โครงสร้างหลักสูตรระดับปริญญาโท สาขาวิชากายภาพบำบัด แผน ก

รายละเอียดหลักสูตร	แผน ก แบบ ก 1	แผน ก แบบ ก 2
ศึกษางานรายวิชา	-	ไม่น้อยกว่า 12
วิทยานิพนธ์	ไม่น้อยกว่า 36	ไม่น้อยกว่า 12
การค้นคว้าอิสระ	-	-
รวมหน่วยกิตตลอดหลักสูตร	36	36

#### ระดับปริญญาเอก

จำนวนหน่วยกิตรวมไม่น้อยกว่า 48 หน่วยกิต หลังจบการศึกษาระดับปริญญาโท หรือ 72 หน่วยกิตหลังจบการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยมีสัดส่วนจำนวนหน่วยกิตขั้นต่ำ ดังนี้

- หลักสูตรที่จัดการศึกษา แบบ 1.1 ผู้เข้าศึกษาที่สำเร็จปริญญาโท จะต้องทำวิทยานิพนธ์ไม่น้อยกว่า 48 หน่วยกิต

- หลักสูตรที่จัดการศึกษา แบบ 1.2 ผู้เข้าศึกษาที่สำเร็จปริญญาตรี จะต้องทำวิทยานิพนธ์ไม่น้อยกว่า 72 หน่วยกิต

- หลักสูตรที่จัดการศึกษา แบบ 2.1 ผู้เข้าศึกษาที่สำเร็จปริญญาโท จะต้องทำวิทยานิพนธ์ไม่น้อยกว่า 36 หน่วยกิต และศึกษางานรายวิชาอีกไม่น้อยกว่า 12 หน่วยกิต

- หลักสูตรที่จัดการศึกษา แบบ 2.2 ผู้เข้าศึกษาที่สำเร็จปริญญาตรี จะต้องทำวิทยานิพนธ์ไม่น้อยกว่า 48 หน่วยกิต และศึกษางานรายวิชาอีกไม่น้อยกว่า 24 หน่วยกิต

- หลักสูตรทุกแบบต้องสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการที่มีผลบังคับใช้ในปัจจุบัน

ตาราง 2 โครงสร้างหลักสูตรระดับระดับปริญญาเอกสาขาวิชากายภาพบำบัด

รายละเอียดหลักสูตร	แบบ 1.1	แบบ 1.2	แบบ 1.3	แบบ 1.4
ศึกษางานรายวิชา	-	-	ไม่น้อยกว่า 12	ไม่น้อยกว่า 24
วิทยานิพนธ์	48	72	36	48
รวมหน่วยกิตตลอดหลักสูตร	48	72	48	27

#### 4. เนื้อหาสาระสำคัญของสาขาวิชา

##### ระดับปริญญาโท

ทฤษฎีองค์ความรู้และผลการวิจัยในศาสตร์กายภาพบำบัดและสาขาที่เกี่ยวข้องหรือทักษะทางวิชาชีพที่ทันสมัย

ระเบียบวิธีวิจัยและสถิติเพื่อใช้ในเชิงวิชาการ การวิจัย หรือการปฏิบัติทางวิชาชีพ

การวิเคราะห์วิพากษ์สังเคราะห์ประยุกต์ใช้ผลการวิจัย พัฒนาวิธีการใหม่ ๆ ในการปฏิบัติทางวิชาชีพและทดสอบสมมติฐานตลอดถึงการเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ

วิธีการนำเสนอผลการศึกษาค้นคว้าและการวิจัยในรูปแบบต่าง ๆ ต่อกลุ่มนักวิชาการ นักวิชาชีพ และประชาชน

จริยธรรมการวิจัย

##### ระดับปริญญาเอก

ทฤษฎี องค์ความรู้ระดับสูง และการวิจัยในศาสตร์กายภาพบำบัดและสาขาที่เกี่ยวข้องหรือทักษะทางวิชาชีพขั้นสูงที่ทันสมัยและซับซ้อน

ประเด็นปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นในระดับแนวหน้าของสาขาวิชาชีพ รวมทั้งความท้าทายของประเด็นปัญหาเหล่านั้นต่อการปฏิบัติหน้าที่ในปัจจุบันและต่อข้อสรุปซึ่งเป็นที่ยอมรับ

ผลการวิจัยจากวิทยานิพนธ์ หรือจากรายงานผลของโครงการและจากสิ่งตีพิมพ์หรือสื่อต่าง ๆ ที่อ้างอิงได้ในวงวิชาการหรือวิชาชีพ

ระเบียบวิธีวิจัยและสถิติขั้นสูง

จริยธรรมการวิจัย

รายชื่อสถาบันที่มีการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชากายภาพบำบัดของประเทศไทยในปัจจุบัน

ตาราง 3 แสดงรายชื่อสถาบันที่มีการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในหลักสูตรระดับปริญญาโท สาขาวิชากายภาพบำบัดของประเทศไทยในปัจจุบัน

หลักสูตรระดับปริญญาโท	
มหาวิทยาลัย	หลักสูตร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2561
มหาวิทยาลัยมหิดล	หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559
มหาวิทยาลัยนเรศวร	หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2561
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2562
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2557

ตาราง 4 แสดงรายชื่อสถาบันที่มีการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในหลักสูตรระดับปริญญาเอก สาขาวิชากายภาพบำบัดของประเทศไทยในปัจจุบัน

หลักสูตรระดับปริญญาเอก	
มหาวิทยาลัย	หลักสูตร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2561
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2562

## 1. ระดับปริญญาโท

### 1.1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เริ่มมีนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการจัดการเรียนการสอนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา (หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด, 2561)

- คณะสหเวชศาสตร์ ภาควิชากายภาพบำบัด หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2561

- ชื่อหลักสูตร

(ภาษาไทย) หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด

(ภาษาอังกฤษ) Master of Science Program in Physical Therapy

---

รหัสวิชา 3742502	การให้บริการทางกายภาพบำบัดโดยอิงหลักฐาน	หน่วยกิต 2(1-3-4)
	Evidence-based Practice in Physical Therapy	

---

- คำอธิบายรายวิชา

นิยามและประโยชน์ของการให้บริการทางกายภาพบำบัดโดยอิงหลักฐาน ขั้นตอนของการให้บริการทางกายภาพบำบัดโดยอิงหลักฐาน ได้แก่ การตั้งคำถามที่เกี่ยวข้อง การค้นหาหลักฐานต่าง ๆ ที่จะช่วยตอบคำถามอย่างเป็นระบบ การประเมินคุณค่าและความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่พบ การสรุปผลและการนำเอาผลสรุปไปใช้ปรับปรุงงานกายภาพบำบัด

### 1.2 มหาวิทยาลัยมหิดล

เริ่มมีนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการจัดการเรียนการสอนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา (หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2554, ม.ป.ป.)

- คณะกายภาพบำบัด ภาควิชากายภาพบำบัด หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559

- ชื่อหลักสูตร

(ภาษาไทย) หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด

(ภาษาอังกฤษ) Master of Science Program in Physical Therapy

---

รหัสวิชา PTPT 666	การปฏิบัติโดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับกายภาพบำบัด	หน่วยกิต 3(1-4-4)
	Evidence Based Practice for Physical Therapy	

---

- คำอธิบายรายวิชา

หลักการและองค์ประกอบของการปฏิบัติโดยอิงหลักฐาน กระบวนการระบุคำถามทางคลินิก การค้นหาหลักฐานประเมินและวิพากษ์การรักษาทางกายภาพบำบัดที่เป็นไปได้

การวางแผนและลงมือจัดการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติงาน การประเมินผลลัพธ์และการระบุช่องว่างความรู้ การประยุกต์กระบวนการที่ได้เรียนรู้เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ดีที่สุด (มหาวิทยาลัยมหิดล คณะกายภาพบำบัด, ม.ป.ป.)

### 1.3 มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เริ่มมีนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการจัดการเรียนการสอนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 เป็นต้นมา (วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด, 2563)

- คณะเทคนิคการแพทย์ สาขาวิชากายภาพบำบัด หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560

- ชื่อหลักสูตร

(ภาษาไทย) หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด

(ภาษาอังกฤษ) Master of Science Program in Physical Therapy

รหัสวิชา AM207 513	การปฏิบัติทางกายภาพบำบัดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ หน่วยกิต	
	Evidence-based Practice in Physical Therapy	2(1-2-3)

- คำอธิบายรายวิชา

นิยาม ความเป็นมาและความสำคัญของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางกายภาพบำบัด กระบวนการของการปฏิบัติทางกายภาพบำบัดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ การตั้งคำถามทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง การค้นหาข้อมูลอย่างเป็นระบบการวิพากษ์หลักฐานงานวิจัย การสรุปผลและการประยุกต์เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติทางกายภาพบำบัด (สาขาวิชากายภาพบำบัด, 2560)

### 1.4 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เริ่มมีนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการจัดการเรียนการสอนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา (Faculty of associated medical sciences Chiangmai university, 2560)

- คณะเทคนิคการแพทย์ ภาควิชากายภาพบำบัด หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559

- ชื่อหลักสูตร

(ภาษาไทย) หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด

(ภาษาอังกฤษ) Master of Science Program in Physical Therapy

รหัสวิชา ทน.กก. 514741	แนวทางปฏิบัติทางกายภาพบำบัดโดยการให้	หน่วยกิต
	เหตุผลทางคลินิกและการอิงหลักฐานเชิงประจักษ์	3(2-2-5)



- คำอธิบายรายวิชา

หลักการชี้เหตุผลทางคลินิก การไตร่ตรองกระบวนการสร้างความรู้เชิงปฏิบัติ การประยุกต์ใช้เหตุผลทางคลินิกในกลุ่มปัญหาเฉพาะ คำนิยามและความสำคัญของหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ ขั้นตอนการตั้งคำถามที่จำเพาะเพื่อการสืบค้นหลักฐาน หลักการประเมินหลักฐานอย่างมีวิจารณญาณ การสร้างแนวทางปฏิบัติทางคลินิก การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์หือภิมาน สัมมนาหลักฐานเชิงประจักษ์ทางกายภาพบำบัด

1.5 มหาวิทยาลัยนเรศวร

เริ่มมีนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการจัดการเรียนการสอนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา (มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2561)

- คณะสหเวชศาสตร์ ภาควิชากายภาพบำบัด หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2561
- ชื่อหลักสูตร

(ภาษาไทย) หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด

(ภาษาอังกฤษ) Master of Science Program in Physical Therapy

รหัสวิชา 654514	การบริการทางกายภาพบำบัดโดยอิงหลักฐาน	หน่วยกิต
	Evidenced-based Physical Therapy Practice	2(1-2-3)

- คำอธิบายรายวิชา

นิยามและประโยชน์ของทฤษฎีและการบริการทางกายภาพบำบัดโดยอิงหลักฐาน กระบวนการพัฒนาทฤษฎีหรือการบริการทางกายภาพบำบัดโดยอิงหลักฐาน ได้แก่ การตั้งคำถามทางคลินิก การค้นหาหลักฐานต่าง ๆ ที่ช่วยตอบคำถามอย่างเป็นระบบ การประเมินคุณค่าและความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่พบ การสรุปผล และการนำผลไปพัฒนาองค์ความรู้ทางทฤษฎีและปรับปรุงการให้บริการทางกายภาพบำบัด

1.6 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เริ่มมีนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการจัดการเรียนการสอนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 เป็นต้นมา (มคอ. 2 หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด, ม.ป.ป.)

- คณะกายภาพบำบัด สาขาวิชากายภาพบำบัด หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2562
- ชื่อหลักสูตร

(ภาษาไทย) หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด

(ภาษาอังกฤษ) Master of Science Program in Physical Therapy

รหัสวิชา PTX 502      แนวทางปฏิบัติอิงหลักฐานเชิงประจักษ์      หน่วยกิต 3(1-4-4)  
Evidence-Based Practice

- คำอธิบายรายวิชา

ศึกษาข้อมูลจากเอกสารงานวิจัยที่สามารถนำมาเป็นข้อมูลอ้างอิง โดยวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบการสืบค้นข้อมูล การกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกรายงานการวิจัย การประเมินคุณภาพของงานวิจัยอย่างเที่ยงตรง การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติที่เหมาะสม และการประยุกต์ความรู้ในการปฏิบัติทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพ (กายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2560)

1.7 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เริ่มมีนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการจัดการเรียนการสอนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา (รายละเอียดของหลักสูตร หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด หลักสูตรใหม่ พ.ศ. 2557, 2561)

- คณะสหเวชศาสตร์ ภาควิชากายภาพบำบัด หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2557

- ชื่อหลักสูตร

(ภาษาไทย) หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด

(ภาษาอังกฤษ) Master of Science Program in Physical Therapy

รหัสวิชา กภ. 641      ข้อมูลเชิงประจักษ์และการตัดสินใจทางคลินิก 1      หน่วยกิต  
Evidence-Based and Clinical Decision Making      2(2-0-6)

- คำอธิบายรายวิชา

การศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์หาความน่าเชื่อถือของข้อมูลหรือผลการศึกษาที่พบจากงานวิจัยที่ถูกต้องที่พิมพ์อยู่ในวารสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับทางกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์

รหัสวิชา กภ. 642      ข้อมูลเชิงประจักษ์และการตัดสินใจทางคลินิก 2      หน่วยกิต  
Evidence-Based and Clinical Decision Making      2(0-4-4)

- คำอธิบายรายวิชา

การฝึกปฏิบัติทางคลินิก โดยการนำความรู้ที่ได้รับจากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับทางกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ไปใช้ในการวางแผนการรักษาฟื้นฟูหรือการตัดสินใจทางคลินิก

## 2. ระดับปริญญาเอก

### 2.1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เริ่มมีนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการจัดการเรียนการสอนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา (ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์, ม.ป.ป.)

- คณะสหเวชศาสตร์ ภาควิชากายภาพบำบัด หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2561

- ชื่อหลักสูตร

(ภาษาไทย) หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด

(ภาษาอังกฤษ) Doctor of Philosophy Program in Physical Therapy

รหัสวิชา 3742502	การให้บริการทางกายภาพบำบัดโดยอิงหลักฐาน	หน่วยกิต
	Evidence-based Practice in Physical Therapy	2(1-3-4)

- คำอธิบายรายวิชา

นิยามและประโยชน์ของการให้บริการทางกายภาพบำบัดโดยอิงหลักฐาน ขั้นตอนของการให้บริการทางกายภาพบำบัดโดยอิงหลักฐาน ได้แก่ การตั้งคำถามที่เกี่ยวข้อง การค้นหาหลักฐานต่าง ๆ ที่จะช่วยตอบคำถามอย่างเป็นระบบ การประเมินคุณค่าและความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่พบ การสรุปผลและการนำเอาผลสรุปไปใช้ปรับปรุงงานกายภาพบำบัด

### 2.2 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เริ่มมีนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการจัดการเรียนการสอนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 เป็นต้นมา (หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด, 2554)

- คณะกายภาพบำบัด สาขาวิชากายภาพบำบัด หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2562

- ชื่อหลักสูตร

(ภาษาไทย) หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด

(ภาษาอังกฤษ) Doctor of Philosophy Program in Physical Therapy

รหัสวิชา PTX 703	บูรณาการแนวทางปฏิบัติอิงหลักฐานเชิงประจักษ์	หน่วยกิต
	Integrated Evidence-based Practice	4(1-6-5)

- คำอธิบายรายวิชา

การวิเคราะห์ปัญหาทางคลินิก การสืบค้นข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ การกำหนดเกณฑ์การประเมิน การวิเคราะห์คุณภาพของงานวิจัย การประยุกต์ใช้และบูรณาการ แนวปฏิบัติอิงหลักฐานเชิงประจักษ์กับศาสตร์ทางกายภาพบำบัด

## ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ

ทฤษฎีการสร้างพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีด้วยกันหลายทฤษฎีแต่ในการวิจัยครั้งนี้จะขอ นำเสนอทฤษฎีที่ยังมีการใช้งานอยู่ในปัจจุบันและเกี่ยวข้องกับการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

### 1. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model; HBM)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบจำลองทางสังคมจิตวิทยา ที่ถือกำเนิดขึ้นเมื่อ ปี ค.ศ. 1950 และนับเป็นทฤษฎีแบบจำลองเล็กๆ ๆ ที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางด้านพฤติกรรมสุขภาพและมีพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน (Edberg & Edberg, 2015; Simons-Morton, McLeroy, & Wendel, 2011)

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคม ของ Kurt Lewin (สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี & ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี, 2556) ซึ่งทฤษฎีนี้ใช้ในการ ทำนายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค โดยบุคคลจะต้องมี การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรคการรับรู้นี้จะทำให้บุคคลสามารถหลีกเลี่ยงจากภาวะ คุกคามของโรคได้

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งมี อิทธิพลต่อความ เจ็บป่วยและการรักษา บุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับ องค์ประกอบหลายๆ อย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรคอาการของโรควิธีการรักษา การ รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคความ เชื่อเดิม เป็นต้น (ธิดา นุ่มอยู่, 2551)

#### 1.1 จุดอ่อนของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบจำลองที่มีสมมติฐานว่าพฤติกรรมเป็นผลมา จากกระบวนการคิดและตัดสินใจของบุคคล แต่ในความเป็นจริงยังมีพฤติกรรมสุขภาพอีกจำนวน มากที่ไม่สามารถอธิบายหรือปรับเปลี่ยนได้ด้วยเรื่องทัศนคติและความเชื่อของบุคคล เช่น พฤติกรรมที่เกิดจากการเสพติด เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมควบคุม อาหารเกินพอดีของกลุ่มคนที่คลั่งผอมและพฤติกรรมที่เป็นผลจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคมและ

สิ่งแวดล้อม เช่น ได้รับสารพิษอันตรายจากการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม การอาศัยในแหล่งเสื่อมโทรมและเป็นมลพิษ (Edberg & Edberg, 2015)

นอกจากนี้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพยังเป็นแบบจำลองที่ให้ความสำคัญกับการคิดเชิงเหตุและผลจึงอาจทำให้ละเลยปัจจัยด้านความรู้สึกทั้ง ๆ ที่มีงานวิจัยบางส่วนยืนยันว่าความรู้สึกของบุคคลที่เกิดจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโลก เช่นความรู้สึกกลัวสามารถเฝ้าอารมณ์ให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้แต่ก็ยังมีผลงานวิจัยยืนยันในเรื่องนี้ค่อนข้างจำกัด (Champion, Skinner, & Menon, 2005; Watanabe et al., 2014)

## 2. ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory; SCT)

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมถูกพัฒนาขึ้นจากนักจิตวิทยาชาวอเมริกัน Albert Bandura โดยให้เหตุผลว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพุทธิพิสัยของบุคคลกับปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบบุคคลดังกล่าว ซึ่ง Bandura เชื่อว่าพลวัตของทั้ง 2 ปัจจัยจะส่งผลต่อกันและส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลในลักษณะเป็นความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Triadic reciprocal determinism) ทั้งที่ปรากฏออกมาในลักษณะเป็นการกระทำที่ทำให้เกิดสุขภาพที่ดี หรืออาจตรงกันข้ามคือนำไปสู่สุขภาพที่เสื่อมลง (Bandura, 2004; Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008; Nevid, 2013)

### 2.1 จุดอ่อนของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม

#### 2.1.1 องค์ประกอบเชิงทฤษฎีมีความซับซ้อน

ทฤษฎีปัญญาทางสังคมอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ว่าเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลกับปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการนำทฤษฎีนี้ไปประยุกต์ใช้จึงต้องมีพื้นฐานความรู้ที่ครอบคลุมทั้งด้านพุทธิพิสัย ด้านจิตวิทยาระดับบุคคล และด้านจิตวิทยาทางสังคมพร้อม ๆ กันนั้นทำให้มีความซับซ้อนจึงควรคำนึงถึงความแตกต่างของกลุ่มเป้าหมายทั้งในด้านคุณลักษณะทางประชากร ด้านทักษะส่วนบุคคล ด้านการให้คุณค่าและการกำหนดเป้าหมายชีวิต รวมทั้งความหลากหลายทางสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลที่แตกต่างกันออกไปด้วย

#### 2.1.2 ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติและการวัดผลลัพธ์

การออกแบบโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีปัญญาทางสังคม ควรดำเนินการในลักษณะผสมผสานให้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบทั้งด้านพุทธิพิสัยของบุคคล ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมและด้านทักษะและพฤติกรรมของบุคคล เพราะประสิทธิผลในแต่

ละส่วนจะเชื่อมโยงและส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป้าหมาย นอกจากนี้ควรมีการวัดและประเมินความสำเร็จในแต่ละกิจกรรมอย่างชัดเจน เช่น ด้านพุทธิพิสัยต้องวัดและประเมินผลให้ถึงระดับทักษะหรือความสามารถในการแสดงพฤติกรรมไม่ใช่แค่ระดับความรู้ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ต้องวัดถึงความเพียงพอความต่อเนื่องของการสนับสนุนทางสังคมและความสอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงต้องมีการวัดและประเมินผลถึงการเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐานทางสังคม การบังคับใช้กฎระเบียบข้อบังคับหรือผลกระทบเชิงนโยบายด้านสุขภาพที่มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งในส่วนบุคคลและทางสังคมควบคู่กัน (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561)

### 3. ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior; TPB)

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนถูกพัฒนาขึ้นโดยนักจิตวิทยา Icek Ajzen (Ajzen, 1991) จากการแก้ไขข้อจำกัดของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of reasoned action; TRA) โดยเพิ่มตัวแปรความสามารถในการควบคุมสถานการณ์หรือขจัดอุปสรรคในการแสดงพฤติกรรม และตั้งชื่อตัวแปรใหม่ที่ใส่เข้าไปนี้ว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceive behavioral control) และได้ปรับชื่อทฤษฎีนี้ใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดที่ปรับเปลี่ยนโดยใช้ชื่อว่าทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior; TPB) ซึ่งอธิบายถึงกระบวนการเกิดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่าเป็นผลมาจากความตั้งใจที่จะกระทำของบุคคลและความตั้งใจดังกล่าวได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคลใน 3 ตัวแปร คือ

- ตัวแปรด้านทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม (Attitude toward a behavior)
- ตัวแปรด้านอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง (Subjective norms)
- ตัวแปรด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceive behavioral control)

โดยอธิบายได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเป็นผลมาจากความตั้งใจ ที่จะกระทำซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากตัวแปร 3 กลุ่ม คือ ทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม โดย Ajzen เชื่อว่าหากบุคคลมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในระดับสูงจะส่งผลให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย ซึ่งระดับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของบุคคลแปรผันไปตามความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและองค์ความรู้ (Ajzen, 2002)

### 3.1 จุดอ่อนของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

#### 3.1.1 ความเป็นอัตวิสัยสูง

เนื่องจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเป็นทฤษฎีที่มีฐานคิดว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากกระบวนการให้เหตุผลที่เป็นเรื่องละเอียดอ่อนและซับซ้อน โดยเชื่อมโยงกับตัวแปรอื่น ๆ อีกจำนวนมาก เช่น ศาสนา ลัทธิความเชื่อ ทัศนคติ รสนิยม ความปรารถนา อารมณ์ เพศสภาพ และสัญชาตญาณที่ซับซ้อนอยู่เบื้องหลังการให้เหตุผลของบุคคล เป็นต้น ดังนั้นกระบวนการให้เหตุผลจึงมีความเป็น “อัตวิสัย (Subjectivity)” ที่ยากต่อการพิสูจน์และการตัดสินด้วยมาตรฐานทางสังคม

#### 3.1.2 ต้องใช้การตีความ

ตัวแปรในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนบางตัวยังไม่มี ความชัดเจนในตัวเองและยังต้องใช้การตีความเมื่อต้องนำไปประยุกต์ใช้ เช่น ความสับสนระหว่างคำว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับคำว่า การควบคุมพฤติกรรมที่แท้จริง และกับคำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง นอกจากนี้ตัวแปรความเชื่อเกี่ยวกับอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงก็ยังนับว่าเป็นเรื่องท้าทายเพราะมีความแตกต่างไปตามบริบททางสังคม เศรษฐกิจ เชื้อชาติ สัญชาติ ภาษา การโยกย้ายถิ่นฐาน วัฒนธรรม จนในที่สุดแล้วก็เกิดคำถามว่าแล้วอะไรคือ บรรทัดฐานทางสังคมที่บุคคลควรจะมียึดถือและให้ความสำคัญ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561)

4. ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model หรือ Stage of change model)

ทฤษฎีนี้ถูกพัฒนาขึ้นโดย Prochaska และ DiClemente (Prochaska & Velicer, 1997) ที่เสนอแนวคิดขึ้นเพื่อใช้อธิบายกระบวนการทางพฤติกรรมของบุคคล โดยได้ข้อค้นพบจากการศึกษาพฤติกรรมของกลุ่มผู้ป่วยซึ่งอยู่ในระหว่างการเลิกบุหรี่ พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่คลินิกบำบัดบุหรี่มีความพร้อมและความก้าวหน้าในการเลิกสูบบุหรี่ที่แตกต่างกันและพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยก็เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นแบบเป็นขั้นเป็นตอน (Stages) โดยเมื่อบุคคลประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขั้นหนึ่งแล้วจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในขั้นถัดไป (DiClemente & Prochaska, 1982; Prochaska & DiClemente, 1983)

4.1 ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีแนวคิดหลักที่ใช้เพื่ออธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคลจำนวน 4 แนวคิด คือ

4.2 **ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change)** คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลที่มีขั้นตอนต่อเนื่องกันเป็นจำนวน 6 ขั้นตอน โดยในแต่ละบุคคลอาจมีจุดเริ่มต้นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่แตกต่างกันซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอนได้แก่

4.2.1 **ขั้นไม่สนใจ (Pre-contemplate)** คือบุคคลไม่มีความคิดหรือความสนใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในช่วงระยะเวลา 6 เดือนข้างหน้า

4.2.2 **ขั้นชั่งใจ (Contemplate)** คือบุคคลเริ่มมีความลังเลหรือสนใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในช่วงระยะเวลา 6 เดือนข้างหน้า

4.2.3 **ขั้นเตรียมพร้อมปฏิบัติ (Preparation)** คือบุคคลได้ตัดสินใจและมีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในช่วงระยะเวลา 1 เดือนข้างหน้า โดยได้มีการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองอย่างเป็นรูปธรรม

4.2.4 **ขั้นปฏิบัติ (Action)** คือบุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เป็นผลสำเร็จโดยนับตั้งแต่วันที่บุคคลเริ่มลงมือปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องไม่เกินระยะเวลา 6 เดือน

4.2.5 **ขั้นปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (Maintenance)** คือบุคคลสามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนและมีความพยายามอย่างมากที่จะป้องกันตนเองไม่ให้เกิดการถดถอยของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและหวนกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิมอีกครั้ง (Relapse)

4.2.6 **ขั้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างถาวร (Termination)** คือบุคคลสามารถแสดง พฤติกรรมใหม่ได้อย่างต่อเนื่องและกลายเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ

4.3 **กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Process of change)** คือ แนวคิดเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่ขั้นที่สูงขึ้นได้สำเร็จ โดยกิจกรรมดังกล่าวครอบคลุมทั้ง การเสริมสร้างให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอก ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 10 รูปแบบ ได้แก่ การปลุกจิตสำนึก (Consciousness raising) การระบายความรู้สึก (Dramatic relief) การประเมินตนเองซ้ำ (Self-reevaluation) การประเมินสิ่งแวดล้อม (Environmental re-evaluation) การปลดปล่อยตนเอง (Self-liberation) การปลดปล่อยทางสังคม (Social liberation) การทดแทนด้วยสิ่งอื่น (Counter



condition) การหาแรงสนับสนุนทางสังคม (Helping relationship) การควบคุมสิ่งยั่วยุ (Stimulus control) การจัดการกับผลที่เกิดขึ้น (Contingency management)

4.4 ความสมดุลของการตัดสินใจ (Decisional balance) คือการประเมินผลดีหรือประโยชน์เปรียบเทียบกับผลเสียหรือโทษที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บุคคลคาดว่าจะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ๆ โดยบุคคลจะสามารถพัฒนาขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนได้ก็ต่อเมื่อบุคคลตระหนักถึงข้อดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่าผลเสีย

4.5 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) คือความมั่นใจในการตัดสินใจของบุคคลในทิศทางที่ตั้งเป้าหมายไว้ โดยทฤษฎีนั้นให้ความสำคัญกับระดับความเชื่อมั่นของบุคคลในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงหรือสิ่งเย้ายวน (Temptation) ที่จะทำให้เกิดความไขว่เขวจนเสียภาวะสมดุลการตัดสินใจและหันเหกลับไปสู่พฤติกรรมแบบเดิม โดยปัจจัยเสี่ยงหรือสิ่งเย้ายวนที่พบได้บ่อยจะมีอยู่ 3 ลักษณะ ได้แก่ การมีภาวะกดดันทางอารมณ์ที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีปัจจัยเสี่ยงหรือสิ่งเย้ายวนและการเกิดความอยากซึ่งเกิดจากการเสพติดหรือภาวะลงแดง (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561)

### **ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ (KAP)**

ทฤษฎี ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ เป็นพื้นฐานของการพัฒนาพฤติกรรมที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย โดยเป็นทฤษฎีที่มีการนำมาใช้ในการสำรวจเพื่อทำความเข้าใจถึงสถานะที่ต้องการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจกลุ่มเป้าหมายของประชากรที่ทำการศึกษารูปแบบสำรวจความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติมีการประยุกต์ในหลากหลายการศึกษา เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคเอดส์ การป้องกันไข้หวัดนก และการป้องกันไข้เลือดออก เป็นต้น (Abaraogu et al., 2019; Boakye, Quartey, Baidoo, & Ahenkorah, 2018; Glanz et al., 2008; Lagarde, Pison, & Enel, 1996; Schwartz, 1976; Singh & Malaviya, 1994; Taukobong, Myezwa, Pengpid, & Van Geertruyden, 2015; จุฬารัตน์ ไสตะ, 2554; ทวีศักดิ์ เทพพิทักษ์, 2556)

#### **1. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ (Knowledge)**

##### **1.1 ความหมายของความรู้**

ความรู้ จากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ได้นิยามความหมายไว้ว่า ความรู้ คือสิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียนการค้นคว้าหรือจากประสบการณ์ รวมทั้ง

ความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะความเข้าใจหรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากประสบการณ์ตรงในแต่ละสาขาวิชา (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542)

ความรู้ พจนานุกรมทางการศึกษาได้ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รวบรวมและสะสมไว้จากประสบการณ์ต่าง ๆ (Good, 1973)

ความรู้ หมายถึงความสามารถในการระลึกได้ในเรื่องราวเฉพาะหรือทั่วไปออกมาได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ โดยความรู้ที่ขึ้นอยู่กับการที่บุคคลว่าได้รับรู้และถูกจดจำเอาไว้อย่างไรก็จะระลึกเรื่องราวนั้นออกมาในลักษณะนั้น (บุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์, 2527)

ความรู้ หมายถึงการแสดงออกของสมรรถภาพสมองด้านความจำ โดยวิธีระลึกออกมาเป็นหลัก (ชัชวาล เพชรตกุล, 2520)

ความรู้ หมายถึงการระลึกถึงเรื่องราวต่าง ๆ ที่เคยมีประสบการณ์มาแล้วและรวมถึงการจำเนื้อเรื่องต่าง ๆ ทั้งที่ปรากฏและเกี่ยวพันกัน ซึ่งแบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2540)

- ความรู้เฉพาะสิ่ง (Knowledge of specifics) เป็นความสามารถในการระลึกหรือจำได้ในเรื่องราว ประเภท คำศัพท์เฉพาะและข้อเท็จจริงบางประการ

- ความรู้เรื่องวิถีและการจัดกระทำกับสิ่งเฉพาะ (Knowledge of ways and means of dealing with specifics) เป็นเรื่องเกี่ยวกับแบบแผนนิยม แนวโน้มและลำดับเหตุการณ์การจัดพวกและประเภทเกณฑ์และระเบียบวิธี

- ความรู้เรื่องสากลและนามธรรมในสาขาต่าง ๆ (Knowledge of the universals and abstracts in a field) เกี่ยวกับหลักการ ข้อสรุปทั่วไป ทฤษฎีและโครงสร้าง

## 1.2 ลำดับขั้นของความรู้

Bloom และคณะ (Bloom & Webster, 1960) กล่าวถึงความสามารถและทักษะ ด้านสมองของบุคคลในการคิดเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ว่ามี 6 ขั้น คือ (ภาพ 2)

1.2.1 ขั้นที่ 1 ความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถในการจำระลึกได้ ซึ่งประมวล ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ได้รับรู้มา โดยสามารถแบ่งเป็นความรู้เฉพาะอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับความหมายของคำ วัน เดือน ปี เหตุการณ์และสถานที่ เป็นต้น ความรู้เกี่ยวกับวิถีทางและวิธีการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น ความรู้ในเรื่องระเบียบแบบแผน ประเพณี แนวโน้ม ลำดับ

การแยกประเภท การจัดหมวดหมู่และกระบวนการ เป็นต้น และความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวคิด โครงสร้าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับหลักการ ข้อสรุปและทฤษฎี เป็นต้น

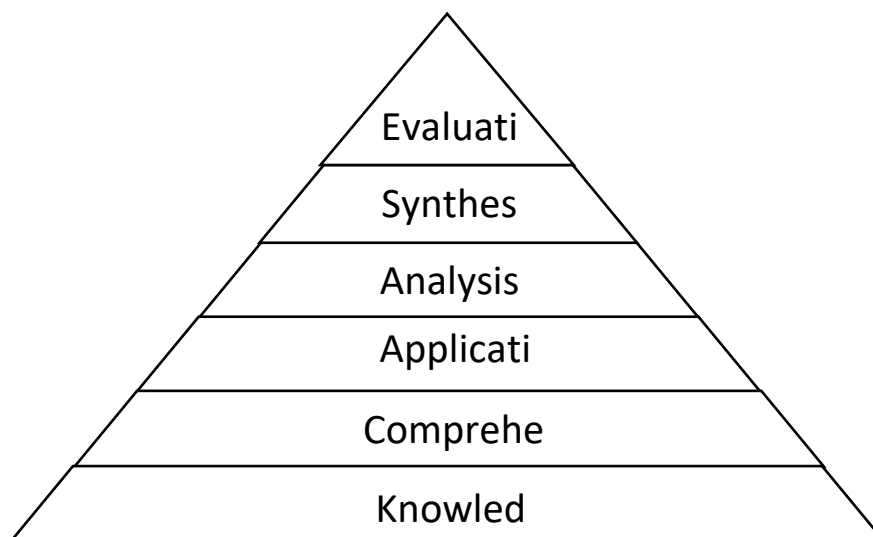
1.2.2 ขั้นที่ 2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถในการแปลความ ตีความหมายและขยายความในเรื่องราวและเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยแบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ การแปลความ เป็นการจับใจความให้ถูกต้องกับสิ่งที่สื่อความหมาย การตีความหมาย เป็นการอธิบายความหมายหรือสรุปเรื่องราวโดยการจัดระเบียบใหม่ รวบรวม เรียบเรียงเนื้อหาใหม่และการขยายความ เป็นการขยายเนื้อหาให้กว้างไปกว่าขอบเขตที่รู้

1.2.3 ขั้นที่ 3 การนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำสาระสำคัญต่าง ๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยเป็นการนำความเป็นนามธรรมที่อาจอยู่ในรูปของความคิดทั่วไป กฎเกณฑ์ เทคนิคหรือทฤษฎีไปใช้ในสถานการณ์รูปธรรม

1.2.4 ขั้นที่ 4 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการแยกสื่อความหมายไปสู่หน่วยย่อยเป็นองค์ประกอบสำคัญหรือเป็นส่วนๆ เพื่อให้ลำดับความคิดมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งจะทำให้การสื่อความหมายมีความชัดเจนขึ้น โดยแบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ การวิเคราะห์ส่วนประกอบ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบต่าง ๆ และการวิเคราะห์หลักการในเชิงจัดการดำเนินงานซึ่งเป็นการรวบรวมส่วนประกอบต่าง ๆ เข้าด้วยกัน

1.2.5 ขั้นที่ 5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการจำหน่วยต่าง ๆ เข้าเป็นเรื่องเดียวกัน การจัดรวบรวมเรียบเรียงเป็นแบบแผนหรือโครงสร้างใหม่ มี 3 ลักษณะ คือ การสังเคราะห์ข้อความ เป็นการผูกข้อความขึ้นโดยการพูดหรือเขียนเพื่อสื่อความคิด ความรู้สึกหรือประสบการณ์ ไปสู่ผู้อื่น การสังเคราะห์แผนงาน เป็นการพัฒนาหรือการเสนอแผนการทำงานที่สอดคล้องกับความต้องการของงานที่ได้รับมอบหมายหรือคิดขึ้นเองและการสังเคราะห์ความสัมพันธ์เป็นการสร้างชุดของความสัมพันธ์เชิงนามธรรมขึ้นเพื่อใช้จำแนกหรืออธิบายข้อมูลหรือปรากฏการณ์บางอย่างจากข้อความเบื้องต้น

1.2.6 ขั้นที่ 6 การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินคุณค่าของเนื้อหา วัสดุ อุปกรณ์ และวิธีการทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ การประเมินค่าตามเกณฑ์ภายใน เป็นการประเมินค่าความถูกต้องของวัสดุอุปกรณ์ ข้อความ เหตุการณ์ตามคุณสมบัติประจำตัวของสิ่งนั้นและการประเมินคุณค่าตามเกณฑ์ภายนอก เป็นการประเมินโดยอิงเกณฑ์ที่กำหนดไว้การแบ่งขั้นตอนความรู้



ภาพ 2 ลำดับชั้นของความรู้  
ที่มา: (Bloom & Webster, 1960)

### 1.3 การวัดความรู้ (จุฬารักษ์ โสตะ, 2554)

การวัดความรู้เป็นการวัดสมรรถภาพสมองด้วยการระลึกออกของความจำได้ การวัดเกี่ยวกับเรื่องราวที่มีประสบการณ์หรือที่เคยรู้เคยเห็นและทำมาก่อนทั้งสิ้น การวัดความรู้ ความจำสามารถสร้างคำถามวัดสมรรถภาพด้านนี้ได้หลายลักษณะด้วยกัน ซึ่งในที่นี้เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้ที่นิยมกันมาก คือ แบบทดสอบ

แบบทดสอบหรือข้อสอบ เป็นสิ่งเร้าเพื่อนำไปเร้าผู้ถูกสอบให้แสดงอาการตอบสนองออกมาด้วยพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การพูด การเขียน ท่าทาง ฯลฯ เพื่อสังเกตเห็นหรือสามารถนับจำนวนปริมาณได้ เพื่อนำไปจัดอันดับหรือลักษณะของบุคคลนั้น รูปแบบของข้อสอบความรู้มี 3 ลักษณะ คือ

- ข้อสอบปากเปล่าหรือบางครั้งเรียกว่า “การสัมภาษณ์”
- ข้อสอบข้อเขียนแบ่งเป็นความเรียงสำหรับอธิบายหรือบรรยายอีกแบบหนึ่ง คือ แบบจำกัดคำตอบ เช่น ข้อสอบแบบเปรียบเทียบตัดสินความหรือรายละเอียด เช่น ข้อสอบถูก/ผิด แบบเติมคำ แบบจับคู่และเลือกคำตอบที่ถูก
- ข้อสอบภาคปฏิบัติที่มุ่งวัดจากพฤติกรรมที่ปฏิบัติจริง

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ (Attitude)

### 2.1 ความหมายของทัศนคติ

จากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ได้นิยามความหมายไว้ว่า ทัศนคติ คือแนวความคิดเห็น (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542)

ทัศนคติ หมายถึง ปรากฏิกริยาที่แสดงออกของคนเราที่มีต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ เช่น วัตถุ เหตุการณ์หรือบุคคล เป็นต้น (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2540)

ทัศนคติ เป็นความเชื่อ เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์และอื่น ๆ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออกที่บ่งถึงสภาพจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520)

ทัศนคติ เป็นนามธรรม ที่เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลและทัศนคติมีความสำคัญต่อการตอบสนอง ทางสังคมของบุคคลเป็นอย่างมากนั้น คือบุคคลมีพฤติกรรมอย่างไรหรือทำอะไรลงไป ทัศนคติจะเป็นตัวกำหนด ทัศนคติจะเป็นส่วนหนึ่งของ บุคลิกภาพของบุคคลและบุคคลที่มีทัศนคติต่อสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป (Taukobong et al., 2015)

ทัศนคติ เป็นสิ่งส่งเสริมหรือหักล้างแรงขับ (Drive) หรือแรงจูงใจ (Motivation) ถ้ามีทัศนคติดีในการทำงานย่อมทำให้การปฏิบัติงานของคนก้าวหน้า ถ้ามีทัศนคติไม่ดีต่อการปฏิบัติงาน ไม่ชวนช่วยในการทำงาน ขาดความรับผิดชอบที่ทำให้ไม่สามารถทำงานให้ก้าวหน้าได้ (Hilgard, 1962)

ทัศนคติ หมายถึงเป็นผลรวมของสภาพที่ก่อให้เกิดการจูงใจ อารมณ์ การยอมรับและพุทธิปัญญา (Cognitive) ซึ่งขบวนการเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ของแต่ละบุคคล โดยมีเกณฑ์ในการให้นิยาม คือ (Krech & Crutchfield, 1948)

- ทัศนคติไม่ได้เกิดขึ้นโดยกำเนิดแต่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล ทัศนคติมีการเปลี่ยนแปลงได้ ถ้ามีการเปลี่ยนสถานการณ์ต่าง ๆ ของสิ่งเร้านั้น

- ความคงที่ของทัศนคติขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งของ สภาพแวดล้อม วัตถุต่าง ๆ ทัศนคติก่อตัวขึ้นจากการเรียนรู้ต่าง ๆ จากบุคคล สิ่งของต่าง ๆ กลุ่มเป้าหมาย ค่านิยม สถาบัน สาระต่าง ๆ ทางสังคมหรือความคิดต่าง ๆ เป็นต้น

- คุณลักษณะของทัศนคติทางด้านความรู้สึก นึกคิด ความชอบ/ไม่ชอบ
- ทัศนคติเกิดจากการแบ่งปริมาณของเรื่องต่าง ๆ ว่ามากหรือน้อย เช่น คนเราจะชอบคนๆหนึ่งมากหรือน้อย ก็ต่อเมื่อบุคคลได้เปรียบเทียบแล้วว่าตัวเขามีความคล้ายคลึงกันกับคนๆ นั้นมากหรือน้อยเพียงใด เป็นต้น
- การใช้หลักการนิยามศัพท์จะต่างกันเมื่อให้นิยามของคำว่า “ทัศนคติ” ต่อวัตถุและ ทัศนคติต่อสังคมเป็นต้น

จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิวัฒน์ (จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิวัฒน์, 2538) ได้จำแนกลักษณะโครงสร้างของทัศนคติ (Structure of attitude) ไว้ดังนี้

- ขนาดหรือระดับความเข้ม (Magnitude or valence) หากทัศนคตินั้นมีระดับความเข้มมากแปลว่าทัศนคตินั้นจะเปลี่ยนยาก
- ความซับซ้อน (Complexity of attitude) หมายถึงการมีทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเกิดจากความเชื่อหลายอย่างเป็นพื้นฐาน
- อันดับความสำคัญ (Centrality) หมายถึงหากทัศนคดียิ่งฝังลึกจะยิ่งมีความสำคัญต่อเจ้าของทัศนคตินั้น ๆ
- ความเด่น (Salience) หมายถึงทัศนคติที่มีความโดดเด่นหรือชัดเจนในความคิดของเจ้าของทัศนคติ ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมนั้นได้ง่าย

## 2.2 องค์ประกอบของทัศนคติ

ในปี ค.ศ. 1971 Traindis แบ่งองค์ประกอบของทัศนคติออกเป็น 3 ส่วน คือ (จุฬารภรณ์ โสตะ, 2554)

2.2.1 ด้านพุทธิปัญญา (Cognitive) หมายถึงประสิทธิภาพของบุคคลในการรับรู้และวินิจฉัยข้อมูลต่าง ๆ ที่รับเข้ามา ซึ่งทำให้เกิดทัศนคติที่แสดงออกมา เช่น คิดว่าสิ่งนั้นถูกต้องหรือไม่

2.2.2 ด้านความรู้สึก (Affective) หมายถึงลักษณะทางอารมณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้นจากความคิด โดยหากบุคคลมีความคิดในทางที่ดีต่อสิ่งนั้น ๆ ก็จะส่งผลให้มีความรู้สึกที่ดี มีทัศนคติที่ดีและเป็นไปในทางบวกต่อสิ่งนั้น ๆ เช่น ชอบ เห็นด้วยหรือพอใจ แต่ถ้าหากบุคคลมีความคิดเป็นไปในทางลบ ก็จะส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้น ๆ เช่น ไม่ชอบ ไม่เห็นด้วยหรือไม่พอใจ เป็นต้น

2.2.3 ด้านพฤติกรรม (Behavior) หมายถึงลักษณะที่เป็นผลมาจากความคิดและความรู้สึกที่บุคคลพร้อมที่จะปฏิบัติหรือกระทำ โดยเป็นไปในรูปแบบของการยอมรับหรือการปฏิเสธ ไม่กระทำและไม่ให้ความร่วมมือต่อสิ่งนั้น ๆ

### 2.3 การวัดทัศนคติ

วิธีการวัดทัศนคติสามารถจำแนกออกเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ (จุฬารัตน์ ใสตะ, 2554)

2.3.1 การวัดทัศนคติโดยใช้ช่วงปรากฏเท่ากัน (Equal appearance intervals) วิธีนี้สร้างขึ้นโดย เทอร์สตัน มีขั้นตอนในการสร้างดังนี้ คือ ขั้นแรกต้องทำการสร้างข้อความที่แทนความรู้สึกของกลุ่มบุคคล ให้ได้ข้อมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อนำไปพิจารณาให้เห็นความเห็นต่อข้อความที่สร้างขึ้นมา โดยเรียงลำดับความเห็นด้วยมากที่สุดไปจนถึงไม่เห็นด้วยมากที่สุด

2.3.2 การวัดทัศนคติโดยใช้วิธีการไลเคิร์ต (Likert method of summated ratings) วิธีการนี้สร้างขึ้นโดย Remus Likert โดยการสร้างข้อความ (Attitude statements) ขึ้นหลาย ๆ ข้อความให้ครอบคลุมหัวข้อที่จะปริกษา การตอบแบบสอบถามนี้จะมีให้เลือก 5 ข้อ คือ 1) เห็นด้วยอย่างมาก 2) เห็นด้วย 3) ไม่แน่ใจ 4) ไม่เห็นด้วย 5) ไม่เห็นด้วยอย่างมาก การให้คะแนนขึ้นอยู่กับชนิดของข้อความว่าเป็นทางบวกหรือ ทางลบ การให้คะแนนอาจให้ตั้งแต่ 0 ถึง 4 หรือจาก 1 ถึง 5 การตีความหมายของคะแนนไม่แตกต่างกัน

2.3.3 การวัดทัศนคติโดยวิธีวิเคราะห์กัตต์แมน (Guttman scale analysis) วิธีวิเคราะห์นี้เป็นการอธิบายถึงกระบวนการในการประเมินผลกลุ่มของข้อความกลุ่มหนึ่งๆว่าเป็นไปตามข้อจำกัดหรือครบถ้วนตามลักษณะที่ถูกต้องในการสร้างสเกล โดยวิธีของ Gutman เชื่อว่าในสเกลสำหรับวัดทัศนคตินั้นควรเลือกข้อความจำนวนเล็กน้อย (4 - 6 ข้อความ) โดยเลือกจากข้อความหลาย ๆ ข้อความ ซึ่งเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด

2.3.4 การวัดทัศนคติโดยวิธีเทคนิคความหมายจำแนก (Semantic differential) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความคิดรวบยอด ซึ่งศึกษาถึงความหมายของสิ่งต่าง ๆ ตามความคิดเห็นของกลุ่มที่ศึกษา โดยทั่วไปสเกลแบบเทคนิคความหมายจำแนกจะประกอบไปด้วยข้อให้เลือก 7 ข้อ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างประเมินค่าเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง สเกลนี้ให้ผู้ตอบประเมินค่ามากน้อย เช่น ดี/ชั่ว เล็ก/ใหญ่ ช้า/เร็ว เป็น โดยการประเมินนั้นจะใช้คำศัพท์ซึ่งตรงกันข้ามดังตัวอย่างที่กล่าวและมีลำดับของความมากน้อยจากด้านหนึ่งไปสู่อีกด้านหนึ่งทั้งหมด 7 อันดับ

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติ (Practice)

#### 3.1 ความหมายของการปฏิบัติ (Practice)

ปฏิบัติจากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ได้นิยามความหมายไว้ว่า ปฏิบัติ คือ ดำเนินการไปตามระเบียบแบบแผนการกระทำตามประเพณีและปรณนิบัติรับใช้ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542)

การปฏิบัติ เป็นพฤติกรรมกระทำที่สังเกตได้ ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติจนเกิดความชำนาญและเป็นทักษะในการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยได้แบ่งขั้นตอนของพฤติกรรมกรปฏิบัติไว้ 6 ขั้นตอน คือ

- การรับ (Perception) เป็นทักษะการกระทำของกล้ามเนื้อก่อให้เกิดความรู้สึกโดยเริ่มจากการเร้าอวัยวะสัมผัสอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างแล้วจึงเกิดการเลือกแนวปฏิบัติ

- การเตรียมความพร้อมการปฏิบัติ (Set) เป็นขั้นตอนที่มีการพัฒนาภายใต้สถานการณ์ที่เจาะจงหรือตามรูปแบบที่กำหนดไว้บุคคลจะแสดงออกผ่านการเลียนแบบหรือการลองผิดลองถูก ประกอบด้วย ความพร้อมทางสมองความพร้อมทางกายและความพร้อมทางอารมณ์

- การตอบสนองตามคำแนะนำหรือคามแนวทางที่กำหนดไว้ (Guided response) เป็นการแสดงออกของบุคคลที่กระทำตามคำแนะนำหรือการชักจูงของผู้อื่น โดยเกิดจากการเลือกกระทำตามพฤติกรรมที่ผู้อื่นชี้แนะ ซึ่งอาจมีทั้งทางบวกและทางลบ

- การปฏิบัติได้ (Mechanism) เป็นการตอบสนองที่กระทำอยู่เป็นประจำ เป็นนิสัยจนเกิดความมั่นใจเชื่อมั่นและมีความชำนาญในการปฏิบัติรูปแบบของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนี้เป็นองค์ประกอบภายในของการตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งส่งผลให้บุคคลมีการแสดงออกที่รวดเร็วเป็นไปตามขั้นตอน

- การตอบสนองที่ซับซ้อน (Complex overt response) ใช้ทักษะระดับสูงต่อการตอบสนอง ได้แก่ ความแน่วแน่ในการแก้ปัญหาและการกระทำโดยอัตโนมัติ

- การดัดแปลงให้เหมาะสม (Adaptation) เป็นการกระทำต่อสภาวะการณ์หรือปัญหาใหม่ ๆ การริเริ่มเป็นการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ โดยใช้ความสามารถและทักษะที่มีอยู่ (บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ, 2540)



### 3.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ

พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ เป็นความสามารถในด้านการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายสามารถแยกได้เป็น 5 ชั้น ดังนี้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ & สวิง สุวรรณ, 2536)

- การเลียนแบบ (Imitation) คือการเลือกตัวแบบหรือตัวอย่างที่สนใจ
- การทำตามแบบ (Manipulation) คือการลงมือกระทำตามแบบที่สนใจ
- การมีความถูกต้อง (Precision) คือการตัดสินใจทำตามแบบที่เห็นว่าถูกต้อง
- การกระทำอย่างต่อเนื่อง (Articulation) คือการกระทำที่เห็นว่าถูกต้องนั้น  
 อย่างเป็นเรื่อง เป็นราวต่อเนื่อง
- การกระทำโดยธรรมชาติ (Naturalization) คือการกระทำจนเกิดทักษะ  
 สามารถปฏิบัติได้โดยอัตโนมัติและเป็นธรรมชาติ

### 3.3 การวัดการปฏิบัติ

การสังเกต (Observation) โดยการกำหนดสิ่งที่จะสังเกตไว้ล่วงหน้า ว่าต้องการสังเกตอะไรบ้าง หรือสังเกตวิธีการและขั้นตอนอะไรบ้าง

การจัดอันดับ (Ranking) เป็นการวัดโดยดูจากความถี่ของพฤติกรรม โดยจัดให้มีการเรียงลำดับจากมากไปน้อยหรือจากน้อยไปมาก

มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) เป็นการวัดตามการกำหนดประมาณค่า เช่น การวัดการปฏิบัติตัวในระดับมาก ระดับปานกลางและระดับน้อย หรือมีการปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบ้างครั้งและปฏิบัติน้อย เป็นต้น

แบบตรวจสอบรายการ (Check list) มีการวัดโดยการกำหนดแนวทางการตรวจสอบการปฏิบัติเป็นรายละเอียดและให้ผู้ถูกประเมินโดยการทำเครื่องหมายในส่วนที่มีพฤติกรรมนั้น ๆ

แบบบันทึก (Records) เป็นการวัดโดยการเขียนบันทึกพฤติกรรมเป็นลายลักษณ์อักษรหรือจัดทำแบบฟอร์มการบันทึกพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมจัดการความเครียด เป็นต้น (จุฬารัตน์ โสตะ, 2554)

## 4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ (KAP)

ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของบุคคลมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือหากบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองมี

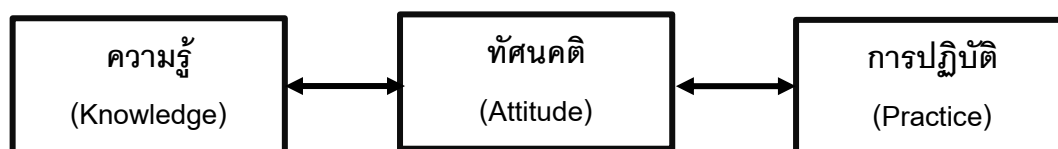
ทัศนคติที่ดีต่อแนวทางปฏิบัติดังกล่าว จะทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างดีและสม่ำเสมอ ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลไม่มีความรู้มีทัศนคติที่ไม่ดีหรือไม่ชอบวิธีการปฏิบัติจะทำให้บุคคลนั้นไม่ปฏิบัติตามพฤติกรรมที่พึงประสงค์ อาจหลีกเลี่ยงหรือต่อต้านที่จะทำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพนั้นก็ได้ (จุฬารัตน์ โสตะ, 2554)

การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ โดยมากเป็นการศึกษาด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) ว่าด้วยความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) กล่าวว่าแบบสำรวจ KAP คือการศึกษาที่เป็นตัวแทนของประชากรเฉพาะกลุ่มหนึ่ง ๆ เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อและสิ่งที่กลุ่มประชากรได้กระทำในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง ๆ (World Health Organization, 2008)

แบบสอบถาม KAP ได้มีการนำไปใช้ศึกษา ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในหลากหลายวัตถุประสงค์ เช่น องค์การอนามัยโลกใช้ข้อมูลจากแบบสอบถาม KAP เพื่อช่วยในการวางแผนดำเนินงานและประเมินการดำเนินงานด้านโรคหรือการสำรวจความรู้ด้านสุขอนามัยในประเทศ ด้อยพัฒนาว่าประเทศเหล่านั้นมีความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติอยู่ในระดับใด ผลจากการสำรวจ KAP ช่วยให้เห็นถึงช่องว่างของความรู้ ความเชื่อหรือทัศนคติในทางวัฒนธรรมและแบบแผนการปฏิบัติที่เอื้อต่อการทำความเข้าใจ การกระทำและการเข้าถึงปัญหา (สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2556)

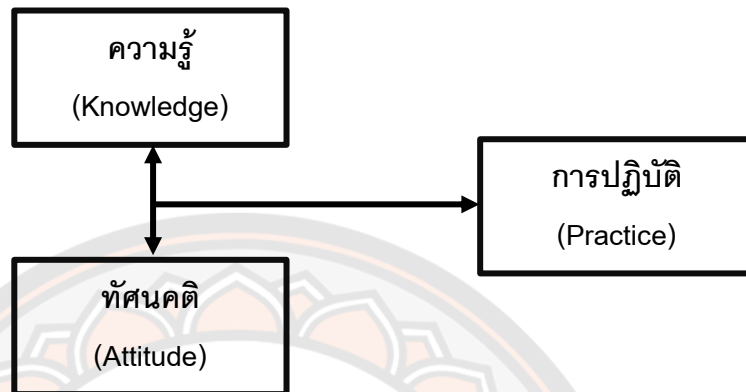
Singh และ Malaviya (Singh & Malaviya, 1994) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติไว้ 4 รูปแบบ ได้แก่

4.1 การปฏิบัติจะเป็นไปตามทัศนคติและความรู้ที่บุคคลนั้นมีโดยมีทัศนคติเป็นตัวกลางระหว่างความรู้และการปฏิบัติ กล่าวคือทัศนคติจะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่และการปฏิบัติจะแสดงออกไปตามทัศนคตินั้น ดังภาพ 3



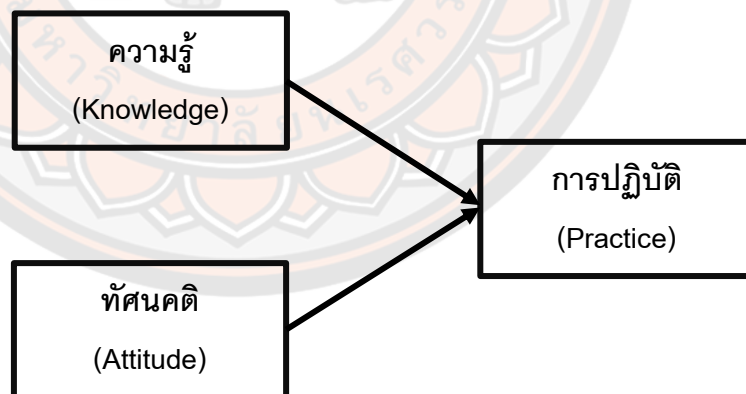
ภาพ 3 ความสัมพันธ์ KAP รูปแบบที่ 1

4.2 การปฏิบัติที่เกิดจากความรู้อะทัศนคติมีความสัมพันธ์กันหรือความรู้กับทัศนคติมีส่วนร่วมกันเกี่ยวข้องกันก่อให้เกิดการปฏิบัติ ดังภาพ 4



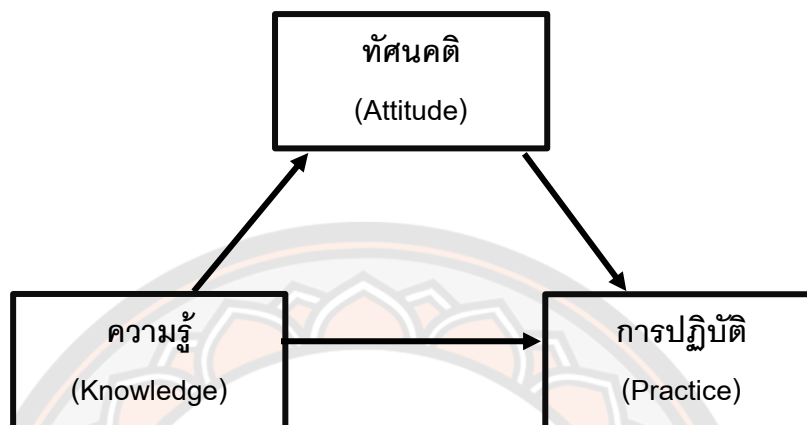
ภาพ 4 ความสัมพันธ์ KAP รูปแบบที่ 2

4.3 ความรู้และทัศนคติต่างก่อให้เกิดการปฏิบัติได้โดยที่ความรู้และทัศนคติไม่มีความเกี่ยวข้องกัน ดังภาพ 5



ภาพ 5 ความสัมพันธ์ KAP รูปแบบที่ 3

4.4 ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น บุคคลมีความรู้และการปฏิบัติตามความรู้นั้นเป็นผลความรู้ต่อการปฏิบัติโดยตรง หรือความรู้มีผลต่อทัศนคติก่อนแล้วการปฏิบัติเกิดขึ้นนั้นเป็นไปตามทัศนคติ ดังภาพ 6



ภาพ 6 ความสัมพันธ์ KAP รูปแบบที่ 4

#### 5. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ (KAP)

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพมีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อให้การพัฒนาพฤติกรรมนั้น ๆ มีกรอบหรือแนวทางที่ชัดเจนเหมาะสมกับบริบทของเนื้อหากลุ่มตัวอย่าง สถานที่ และสภาพแวดล้อมหรือบริบทต่าง ๆ (จุฬารัตน์ ไสตะ, 2554)

การนำแนวคิด KAP ไปประยุกต์ใช้นั้นต้องอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าเมื่อบุคคลมีความรู้ดี มีทัศนคติดี จะนำไปสู่พฤติกรรมที่ดีได้ ดังนั้นในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพใด ๆ จึงต้องพัฒนาความรู้ ให้เข้าใจโดยใช้กลยุทธ์วิธีการสอนที่จะก่อให้เกิดการเพิ่มความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องจึงต้องเตรียมเนื้อหาให้ถูกต้องครอบคลุม โดยใช้สื่อและกลวิธีที่เหมาะสม เช่น การประยุกต์ใช้ KAP ในการป้องกันอุบัติเหตุจากการจราจร ต้องเตรียมเนื้อหาเกี่ยวกับ ปัญหา สาเหตุ และแนวทางการป้องกันอุบัติเหตุจากการจราจร กฎจราจร เครื่องหมาย หรือสัญญาณจราจร ส่วนการเสริมสร้างทัศนคติ ต้องก่อให้เกิดการเข้าถึงอารมณ์หรือความรู้สึก เช่น ความรู้สึกประทับใจ ชอบ ไม่ชอบ กลัว ตระหนักร่วม เพิ่ม ความใส่ใจ สนใจและเอาใจใส่มากขึ้น จึงนิยมใช้สื่อเพื่อปลุกเร้าความรู้สึก (Affective stimuli) เช่น ใช้สื่อที่ให้เห็นภาพอุบัติเหตุจากการจราจรที่น่ากลัว หวาดเสียวหรือเกิดความรู้สึกสะทอนใจ ซึ่งอาจเป็นภาพของจริง หรือภาพวาดก็ได้ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายดูแล้วเกิด

ความรู้สึกกลัวไม่ยากให้เกิดกับตัวเองหรืออาจจะเป็นการนำกลุ่มเป้าหมายไปที่ทัศนศึกษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ เพื่อให้เห็นภาพที่ไม่อยากให้เกิดขึ้นจะได้เพิ่มความตระหนัก ความกลัว เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและระมัดระวังมากยิ่งขึ้น ส่วนการเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติ บางครั้งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ค่อนข้างยาก อย่างไรก็ตามในการพัฒนาพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ นอกจากมุ่งเน้นให้เกิดความรู้และทัศนคติที่ดีแล้วยังเน้นการปฏิบัติโดยตรง โดยใช้วิธีการที่เหมาะสมทั้งการสาธิตและการฝึกปฏิบัติ เช่น สาธิตการขับขีที่ปลอดภัย การสาธิตวิธีสวมหมวกนิรภัยที่ถูกต้อง การฝึกปฏิบัติในการขับขีที่ปลอดภัย เป็นต้น ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยสื่อและกลยุทธ์ที่สำคัญรวมถึงการใช้วิธีการจูงใจที่เหมาะสม

### 5.1 จุดอ่อนของทฤษฎีความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ

ปัจจุบันมีงานวิจัยสนับสนุนแนวคิดของทฤษฎีความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติมีให้เห็นอยู่อย่างมากมาย อย่างไรก็ตามบางพฤติกรรมแม้ว่าบุคคลจะมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมดังกล่าวแต่บุคคลนั้นก็ไม่ได้ปฏิบัติตาม ยกตัวอย่างเช่น

การมีความรู้ว่าบุหรี่มีอันตรายแต่เห็นพฤติกรรมจากบุคคลคนอื่นสูบบุหรี่และคิดว่าเป็นการกระทำที่ทำให้มีบุคลิกดีหรือช่วยลดความตึงเครียดจึงเลิกที่จะสูบบุหรี่

คนส่วนมากมีความรู้ว่าการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขีรถจักรยานยนต์จะช่วยป้องกันหรือลดแรงกระแทกที่ศีรษะเมื่อเกิดอุบัติเหตุได้ ซึ่งคนส่วนมากเห็นด้วยกับประโยชน์ดังกล่าว แต่ในสภาพความเป็นจริงแล้วยังพบว่าคนที่ขับขีรถจักรยานยนต์ยังไม่สวมหมวกนิรภัย ทั้งนี้เนื่องจากมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนเอง เช่น ลดความไม่สะดวกสบายเมื่อสวมใส่ ความยุ่งยากของการจัดเก็บเมื่อไม่ได้ใช้หรือหมวกนิรภัยราคาแพง เป็นต้นพบว่าแนวคิดนี้ไม่สามารถนำมาใช้กับพฤติกรรมสุขภาพได้ทุกพฤติกรรม (จุฬารัตน์ ไลตะ, 2554)

### เครื่องมือวิจัย (Research instrument)

#### 1. ความหมายของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัย หมายถึงอุปกรณ์หรือเทคนิคที่นักวิจัยใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลของตัวแปรจากสิ่งที่ต้องการศึกษา (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2555)

เครื่องมือวิจัย หมายถึงสิ่งที่ผู้วิจัยจำเป็นต้องใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์หาคำตอบเพื่อทดสอบสมมติฐาน ซึ่งการที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องจึงต้องเลือกใช้เครื่องมือวัดที่มีคุณภาพเชื่อถือได้ สามารถจำแนกลักษณะที่วัดได้ โดยคุณสมบัติ

ของเครื่องมือวัดที่ดี ได้แก่ ความตรง (Validity) มีความเที่ยง (Reliability) มีอำนาจจำแนก (Discrimination) และมีประสิทธิภาพ (Efficiency) (แสงสุริยา วรหาคำ, 2008)

## 2. ประเภทเครื่องมือวิจัย (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2555)

### 2.1 เครื่องมือวิจัยทางวิทยาศาสตร์ ได้แก่

2.1.1 เครื่องมือวัดทางกายภาพ (Physical instrument) เช่น เครื่องมือวัดแสง และส่วนสูง เป็นต้น

2.1.2 เครื่องมือทางเคมี (Chemical instrument) เช่น เครื่องมือวัดระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องมือวัดระดับไขมันในเลือด เครื่องมือวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดและเครื่องมือวัดระดับบิโกลิโพรไลต์ในเลือด เป็นต้น

2.1.3 เครื่องมือทางชีวภาพ (Biological instrument) เช่น เครื่องมือวัดความหนาแน่นของมวลกระดูกและเครื่องมือวัดปริมาตรความจุของปอด เป็นต้น

### 2.2 เครื่องมือวิจัยทางสังคมศาสตร์ ได้แก่

2.2.1 แบบสังเกต (Observation) หมายถึงเครื่องมือที่ใช้รวบรวมพฤติกรรมของสิ่งที่ต้องการสังเกต เช่น บุคคลหรือกลุ่มตัวอย่าง ปราบกฏการณ์และพิธีการต่าง ๆ โดยใช้วิธีการสังเกต ซึ่งต้องอาศัยประสาทสัมผัสของผู้วิจัยหรือผู้สังเกตโดยเฉพาะตาและหู ซึ่งนิยมใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยทุกประเภท โดยเฉพาะงานวิจัยภาคสนาม (Field research) งานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) และงานวิจัยในห้องปฏิบัติการหรืองานวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) โดยสามารถแบ่งวิธีการสังเกตได้เป็น 2 วิธี คือการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participant observation)

2.2.2 แบบทดสอบ (Test) หมายถึงเครื่องมือที่ใช้วัดความรู้ความสามารถและคุณลักษณะต่าง ๆ ที่สร้างขึ้นอย่างมีหลักเกณฑ์ เพื่อประเมินว่าผู้สอบมีความรู้ความสามารถและคุณลักษณะต่าง ๆ ที่ต้องการวัดมากน้อยเพียงใด ซึ่งประเมินจากค่าคะแนนที่วัดได้ โดยคะแนนสูงแปลความหมายว่าผู้สอบมีความรู้และความสามารถมากกว่าคะแนนต่ำ

2.2.3 แบบสัมภาษณ์ (Interview) หมายถึงการรวบรวมข้อมูลในลักษณะที่มีการเผชิญหน้ากันระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ให้สัมภาษณ์ โดยผู้สัมภาษณ์เป็นผู้ถามส่วนผู้ให้สัมภาษณ์เป็นผู้ตอบคำถามด้วยวาจาภายใต้บรรยากาศของการมีปฏิสัมพันธ์อันดีระหว่างกัน และลักษณะการสนทนาเป็นไปอย่างยืดหยุ่น การสัมภาษณ์สามารถจำแนกตามลักษณะโครงสร้างของการสัมภาษณ์ได้ 3 ประเภท ได้แก่

1) การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interview) เป็นการสัมภาษณ์ที่มีการวางแผนจัดเตรียมชุดคำถามและวิธีการสัมภาษณ์อย่างเป็นระบบและขั้นตอนล่วงหน้า มีการดำเนินงานแบบเป็นทางการภายใต้กฎเกณฑ์หรือมาตรฐานเดียวกัน โดยผู้สัมภาษณ์ใช้ชุดคำถามชุดเดียวกันและมีการเรียงลำดับก่อนและหลังของชุดคำถามเหมือนกัน ซึ่งการตั้งคำถามในลักษณะนี้เป็นการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire-driven interview) ลักษณะคำถามในการสัมภาษณ์จะเป็นไปในทำนองเดียวกับชุดคำถามปลายปิดและปลายเปิดที่อยู่ในแบบสอบถาม

2) การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) เป็นการสัมภาษณ์ที่มีการวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้าอย่างเป็นขั้นตอนและเข้มงวดพอประมาณ ชุดคำถามในการสัมภาษณ์เป็นแบบมีโครงสร้างแน่นอนและตายตัว โดยผู้สัมภาษณ์ถามคำถามภายในกรอบการสัมภาษณ์ที่จัดเตรียมไว้และสามารถตั้งคำถามขึ้นเองในขณะทำการสัมภาษณ์ โดยยึดสาระสำคัญของชุดคำถามที่จัดเตรียมไว้เป็นแนวทาง เมื่อพิจารณาเห็นว่าการตั้งคำถามดังกล่าวมีความเหมาะสมกับสภาวะการณ์ในขณะนั้นและทำให้ได้รับข้อมูลหลักฐานที่มีความละเอียด ถูกต้องและครอบคลุมในประเด็นที่ต้องการทราบ

3) การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Unstructured interview) เป็นการสัมภาษณ์ที่ไม่มีการกำหนดกฎเกณฑ์เกี่ยวกับคำถามและลำดับขั้นตอนของการสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้า เพื่อสำรวจสภาวะการณ์ เรียนรู้หรือทำความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับปรากฏการณ์และบริบทแวดล้อมที่ต้องการศึกษา ผู้สัมภาษณ์สามารถตั้งคำถามสำหรับให้สัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างเปิดเผยข้อมูลหลักฐานแท้จริงและตรงกับประเด็นที่สนใจ การสัมภาษณ์ประเภทนี้จะต้องอาศัยนักวิจัยที่มีประสบการณ์ในการทำงานวิจัยภาคสนามและมีทักษะการสัมภาษณ์เป็นอย่างดี จึงจะสามารถดำเนินการเก็บข้อมูลได้อย่างเป็นธรรมชาติและได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ โดยไม่รบกวนความเป็นส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลมากเกินไป

2.2.4 แบบสอบถาม (Questionnaire) หมายถึงชุดคำถามที่ผู้วิจัยใช้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างหรือจากกลุ่มประชากรเป้าหมาย โดยให้กลุ่มตัวอย่างหรือกลุ่มประชากรเป้าหมายอ่านคำถามและตอบด้วยตนเอง ซึ่งนิยมใช้รวบรวมข้อมูลในงานวิจัยเชิงปริมาณ เช่น การวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) การวิจัยเชิงสำรวจ (Exploratory research) และการวิจัยเชิงอธิบาย (Explanatory research) โดยมีองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน ได้แก่

1) ส่วนที่ 1 หนังสือนำ ประกอบด้วย ชื่อและนามสกุลของผู้วิจัย หรือหัวหน้าโครงการวิจัย สถานที่ศึกษาหรือสถานที่ทำงาน คำชี้แจงเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ชื่อเรื่องวิจัย วัตถุประสงค์ในการรวบรวมข้อมูล การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ การจัดเก็บข้อมูลเป็น ความลับ การนำเสนอผลการวิจัยโดยภาพรวม รวมทั้งขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการ ตอบ แบบสอบถามและการส่งแบบสอบถามกลับคืนให้ผู้วิจัย รวมถึงคำขอขอบคุณผู้ตอบ แบบสอบถาม

2) ส่วนที่ 2 คำถามรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างหรือ ผู้ตอบแบบสอบถาม โดยทั่วไปเป็นแบบตรวจสอบรายการเติมคำหรือข้อความสั้น ๆ ควรถาม เฉพาะข้อมูลที่นำมาใช้ประโยชน์ในงานวิจัย

3) ส่วนที่ 3 คำถามรวบรวมข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วยคำชี้แจง และคำถามรวบรวมข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา ควรเขียนคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามให้กระชับ ชัดเจน ในบางกรณีควรยกตัวอย่างประกอบเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจได้ง่ายขึ้น

ประเภทแบบสอบถามสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทดังนี้

- แบบสอบถามปลายปิด (Closed-ended questionnaire) เป็นแบบสอบถามที่มีการระบุคำตอบให้ผู้ตอบเลือกตอบเติมคำหรือข้อความสั้น ๆ จำแนกย่อยเป็น 6 แบบ ได้แก่

1) แบบตรวจสอบรายการ เป็นแบบสอบถามที่กำหนดคำตอบให้มีความสัมพันธ์กับคำถามแต่ละข้อสำหรับผู้ตอบเลือกตอบคำถามตามข้อเท็จจริงตามความรู้สึก หรือความคิดเห็นของผู้ตอบ โดยเลือกเพียงคำตอบเดียวหรือมากกว่า 1 คำตอบ

2) แบบจัดอันดับ (Rank order) เป็นแบบสอบถามที่กำหนดรายการหรือคำตอบให้ผู้ตอบพิจารณาเรียงอันดับตามความคิดเห็น โดยเรียงจากอันดับที่หนึ่งไปยังอันดับสุดท้ายหรือเรียงจากอันดับแรกไปยังอันดับสุดท้าย

3) มาตรฐานประมาณค่า (Rating scale) แบบทดสอบที่มีคำตอบให้เลือกเป็นข้อความที่เป็นระดับ (Ordered series) แต่สามารถกำหนดค่าเป็นตัวเลขของแต่ละข้อความ เช่น ในกรณีคำตอบเลือกตอบมี 5 ระดับ ให้ค่าตัวเลข 5, 4, 3, 2, 1 โดยเรียงตามระดับของคำตอบ

4) มาตรฐานวัดลิเคิร์ต (Likert scale) มาตรฐานวัดที่เกิดพัฒนาโดย Rensis Likertแบบสอบถามมาตรฐานนิยมใช้วัดความคิดเห็นและวัดเจตคติของกลุ่มตัวอย่าง มาตรฐานวัดดั้งเดิมเป็นมาตรฐานวัดลิเคิร์ต 5 ระดับและให้คะแนนจาก 5 ถึง 1 โดยเรียงจากคำตอบทางบวกมากที่สุดไปยังคำตอบทางลบมากที่สุด ในกรณีเป็นคำถามข้อความทางลบการให้คะแนนจะตรงข้ามกับคำถามข้อความทางบวก



5) มาตรฐานจำแนกความหมาย (Semantic differentials) มาตรฐานจำแนกความหมายพัฒนาโดยในปี ค.ศ. 1957 เพื่อใช้วัดเจตคติหรือความเชื่อที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ต่อมา มีการนำมาตราจำแนกความหมายมาใช้วัดความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งและวัดเจตคติต่อบุคคลหรือสิ่งต่าง ๆ เช่น เจตคติต่อนายกรัฐมนตรีหรือเจตคติต่อวิชาชีพ เป็นต้น ประกอบด้วยคำคุณศัพท์ 2 คำที่มีความหมายตรงข้ามกัน โดยช่วงระหว่างคำส่วนต้นและส่วนปลายสุดให้คะแนน 1 และ 7

6) มาตรฐานวัดด้วยสายตา (Visual analog scale) เป็นการวัดโดยใช้เส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ให้ปลายข้างหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 0 (น้อยที่สุด) ปลายอีกข้างหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 10 (มากที่สุด) วิธีการวัดกระทำโดยผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนเส้นตรงนี้เพื่อแสดงความรุนแรงแล้วนำค่าที่ได้มาวัดเป็นเซนติเมตรแทนค่าเหมือนการให้คะแนน นิยมใช้วัดคุณลักษณะทางจิตวิทยา เช่น อารมณ์ ความวิตกกังวล ความกลัว คุณภาพการนอนหลับ การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายและความเจ็บปวด เป็นต้น

- แบบสอบถามปลายเปิด (Open-ended questionnaire) เป็นแบบสอบถามที่ไม่ได้กำหนดคำตอบให้ผู้ตอบเลือกตอบ แต่มีการเว้นเนื้อที่ว่างเพื่อให้ผู้ตอบเขียนแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระตามความคิดเห็นหรือมุมมองของผู้ตอบต่อเรื่องนั้น ๆ โดยแบบสอบถามปลายเปิดเหมาะสำหรับในกรณีที่ต้องการให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นลักษณะกว้าง

1) ข้อดีของการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

เหมาะสำหรับรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ เนื่องจากสามารถส่งทางไปรษณีย์ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าจ้างผู้ช่วยวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบแบบสอบถาม ไม่ต้องเผชิญหน้าโดยตรงกับผู้วิจัยหรือผู้รวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดสรรเวลาในการตอบแบบสอบถามตามความสะดวก

2) ข้อเสียของการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

อัตราการได้รับแบบสอบถามกลับคืนครบถ้วนน้อยมากและมีโอกาสสูญหาย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและสูญหายจากการขนส่ง

ใช้เวลาในการติดตามแบบสอบถามกลับคืนจากกลุ่มตัวอย่าง

ในกรณีกลุ่มตัวอย่างอ่านคำถามและตอบแบบสอบถามโดยไม่ตั้งใจ จงใจปกปิดข้อมูลหรือจงใจให้ข้อมูลไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง ทำให้ข้อมูลที่รวบรวมได้คลาดเคลื่อน

กลุ่มตัวอย่างและผู้ตอบแบบสอบถามอาจไม่ใช่คนเดียวกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างให้บุคคลอื่นตอบแบบสอบถาม

มีข้อจำกัดในการรวบรวมข้อมูลกับตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านและเขียน

### ขั้นตอนการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย เป็นปัจจัยประการหนึ่งที่มีผลต่อความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย ในกรณีที่เครื่องมือวิจัยมีคุณภาพรวมทั้งผู้ใช้เครื่องมือมีความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือวิจัยนั้น ๆ ค่าที่ได้ย่อมมีความคลาดเคลื่อนจากการวัดน้อยมาก ซึ่งการพัฒนาเครื่องมือวิจัยให้มีคุณภาพจำเป็นต้องพัฒนาตามขั้นตอนการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยศึกษา (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2555)

#### 1. การนิยามแนวคิดของตัวแปร (Define the concept of variable)

การกำหนดตัวแปรที่ต้องการศึกษาโดยอ้างอิงแนวคิดหรือทฤษฎีที่สามารถอธิบายความหมายหรือนิยามของตัวแปรได้ โดยความหมายตามเนื้อหาของตัวแปรที่ถูกกล่าวถึงในแนวคิดหรือทฤษฎีถูกเรียกว่า นิยามเชิงทฤษฎี (Conceptual definition) ซึ่งไม่จำเป็นต้องใช้เพียงแนวคิดหรือทฤษฎีเดียวมาใช้ในการอธิบายความหมายของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา เพื่อให้ข้อค้นพบของการวิจัยมีคุณค่าสามารถและสามารถพัฒนาเป็นองค์ความรู้ใหม่ จึงควรวิเคราะห์แนวคิดจากหลากหลายแนวคิด (Concept analysis)

#### 2. การนิยามเชิงปฏิบัติการ (Define the operational definition)

การกำหนดคำนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรที่ต้องการศึกษา ที่สอดคล้องกับแนวคิดหรือทฤษฎีของตัวแปร โดยเขียนคำนิยามในลักษณะที่สามารถประเมิน วัดค่า สังเกตหรือบันทึกได้ เช่น การประเมินหรือสังเกตจากพฤติกรรม การกระทำหรือการปฏิบัติ เป็นต้น ซึ่งหากนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรมีความสอดคล้องกับนิยามเชิงทฤษฎีและคำถามในแบบสอบถามมีความสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการจะส่งผลให้แบบสอบถามนั้นมีความตรงตามเนื้อหามากขึ้น

### 3. การออกแบบมาตรวัด (Design the scale)

การเลือกมาตรวัดของแบบสอบถามให้เหมาะสมกับตัวแปรที่ต้องการศึกษา ซึ่งมาตรวัดที่ใช้ในการวิจัยมีหลายแบบ เช่น แบบตรวจสอบรายการ แบบจัดอันดับ มาตราส่วนประมาณค่า มาตรวัดลิเคิร์ตและมาตรวัดจำแนกความหมาย เป็นต้น

### 4. การร่างคำถามและเรียงลำดับคำถาม (Drafting and sequence the items)

การร่างคำถามที่ใช้ในการศึกษาตัวแปรควรมีสอดคล้องและครอบคลุมค่านิยามเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ผลการวิจัยที่ค้นพบมีคุณที่และมีความน่าเชื่อถือ โดยวิธีการตั้งคำถามให้มีความสอดคล้องและครอบคลุมคำถามเชิงปฏิบัติการ ได้แก่

- ศึกษาแบบสอบถามที่ถูกสร้างขึ้นก่อนหน้าจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ต้องการสร้างเครื่องมือศึกษา โดยนำแบบสอบถามแต่ละฉบับมาคัดเลือกคำถามที่เหมาะสมสำหรับใช้ในงานวิจัย

- สัมภาษณ์หรือสังเกตพฤติกรรมของบุคคลที่มีคุณสมบัติตรงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา เพื่อนำมาใช้สร้างคำถาม

- สัมภาษณ์จากผู้เชี่ยวชาญหรือกลุ่มสนทนา (Focus group)

การเรียงลำดับคำถามของแบบสอบถามควรรวบรวมคำถามที่ร่างขึ้นมาเรียงลำดับโดยเรียงจากคำถามง่ายไปคำถามยากหรือเรียงคำถามที่ต้องใช้ความคิดในการตอบน้อยไปยังคำถามที่ต้องใช้ความคิดในการตอบเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ รวมทั้งควรเรียงคำถามให้เป็นในลักษณะหมวดหมู่หรือเป็นมิติเดียวกัน

### 5. การเสาะหาผู้เชี่ยวชาญ (Seek the content expert)

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามต้องมีการเชิญผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและเพื่อให้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่น่าเชื่อถือจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ โดยคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติเหมาะสมสำหรับตรวจความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม ซึ่งความเหมาะสมของผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้แก่

#### 5.1 ความรู้และความเชี่ยวชาญมีความเหมาะสม

5.1.1 มีความรู้ตรงกับตัวแปรที่ต้องการสร้างแบบสอบถาม (Content expert or content specialist) ได้แก่ การผลิตตำรา หนังสือ เอกสารคำสอน เอกสารประกอบการสอนหรือเขียนบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ต้องการศึกษา มีความเชี่ยวชาญในการสร้าง

แบบสอบถาม (Research instrument development expert) ได้แก่ ผลิตำารา หนังสือ เอกสารคำสอนหรือเขียนบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบสอบถามเพื่อวัดหรือประเมินผล

5.1.2 มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัย ได้แก่ มีความรู้และประสบการณ์การทำวิจัยและนำผลงานวิจัยเผยแพร่สู่สังคมในวงกว้าง เช่น การเขียนบทความวิจัยและถูกตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ หรือการนำผลงานวิจัยเสนอในที่ประชุมวิชาการ เป็นต้น โดยความรู้และประสบการณ์การทำวิจัยของผู้เชี่ยวชาญควรให้ความสำคัญกับความรู้และประสบการณ์การวิจัยเชิงปริมาณ เนื่องจากการวิจัยที่รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็น แบบสอบถามพฤติกรรม แบบวัดเจตคติและแบบทดสอบ

5.1.3 มีความรู้เกี่ยวกับหลักการสถิติ เพื่อให้สามารถช่วยพิจารณาได้ว่าระดับมาตรฐานของตัวแปรและสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลนั้น มีความถูกต้องตรงตามเงื่อนไขของสถิตินั้น ๆ หรือไม่

## 5.2 จำนวนผู้เชี่ยวชาญมีความเหมาะสม

Burns และ Grove ในปี ค.ศ. 2001 (Burns & Grove, 2001) ได้เสนอแนะว่าจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไม่ควรน้อยกว่า 5 คน ยกเว้นในกรณีมีผู้เชี่ยวชาญจำนวนน้อยมากที่มีความรอบรู้เกี่ยวกับตัวแปรที่ต้องการศึกษา จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ยอมรับได้คือไม่ควรน้อยกว่า 3 คน (Lynn, 1986) โดยมีขั้นตอนการเรียนรู้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดังนี้

5.2.1 ขั้นที่ 1 สืบค้นสถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของผู้เชี่ยวชาญ

5.2.2 ขั้นที่ 2 ติดต่อผู้เชี่ยวชาญ แนะนำตัวผู้วิจัยต่อผู้เชี่ยวชาญชี้แจงขอบเขตหรือประเด็นวิจัยที่ต้องการศึกษาและเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญอย่างไม่เป็นทางการ

5.2.3 ขั้นที่ 3 ส่งหนังสือเรียนเชิญผู้เชี่ยวชาญอย่างเป็นทางการพร้อมส่งโครงร่างวิจัยฉบับย่อซึ่งประกอบด้วย ชื่อเรื่องวิจัย ความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย ขอบเขตการวิจัย นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ กรอบแนวคิดการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัยและสถิติวิเคราะห์ข้อมูลและแบบสอบถาม โดยทำการส่งทางไปรษณีย์ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์หรือผู้วิจัยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเองซึ่งขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและความสะดวกของผู้เชี่ยวชาญแต่ละบุคคล

## 6. การพิจารณาความตรงตามเนื้อหา (Content validity judgment)

แบบสอบถามที่มีคุณภาพควรมีคุณสมบัติ 8 ประการ คือความเที่ยงตรง (Validity) ความเชื่อมั่น (Reliability) ความยากง่ายและอำนาจการจำแนก (Difficulty and Discrimination) ความเป็นปรนัย (Objectivity) ความมีประสิทธิภาพ (Efficiency) ความไว (Sensitivity) ความเป็นมิติเดียว (Unidimensional) และความง่ายต่อการนำไปใช้ (Simplicity) อย่างไรก็ตามความเที่ยงตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) เป็นคุณสมบัติที่มีความสำคัญที่สุด (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร , 2555; บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2540; บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553; สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2547)

ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) หมายถึงเครื่องมือวัดที่มีเนื้อหาเป็นตัวแทนที่ดีของสิ่งที่ต้องการวัด มีขอบเขตครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการวัดอย่างครบถ้วน (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) โดยขั้นตอนตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่จำแนกออกเป็น 2 วิธี ได้แก่

การตรวจความตรงแบบผิวเผิน (Face validity) หมายถึงการพิจารณาว่าเนื้อหาในคำถามว่าสามารถวัดได้ตรงกับสิ่งที่ต้องการวัดหรือวัดได้ตรงกับจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัดหรือไม่ โดยใช้ความคิดเห็นที่เป็นอัตนัยของผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบ (Subjective opinion of experts) ซึ่งการตรวจความตรงแบบผิวเผินมีความน่าเชื่อถือน้อยกว่าการตรวจความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

การตรวจความตรงตามเนื้อหา (Content validity) หมายถึงการพิจารณาว่าเนื้อหาในข้อคำถามสามารถวัดตัวแปรได้ตรงกับสิ่งที่ต้องการวัดหรือวัดได้ตรงกับจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัดหรือไม่ โดยพิจารณาความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาในคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการและแนวคิดหรือทฤษฎีของตัวแปร ไม่ใช้ความคิดเห็นที่เป็นอัตนัยของผู้เชี่ยวชาญโดยมีวิธีคำนวณตรวจความตรงตามเนื้อหา คือวิธีคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Indexes of Item-Objective Congruence; IOC) ซึ่งเป็นวิธีคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องที่ถูกพัฒนาโดย Rovinelli และ Hambleton ในปีค.ศ. 1977 (Taukobong et al., 2015) โดยใช้ในการหาค่าความเที่ยงตรงรายข้อของแบบทดสอบโดยใช้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้พิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง + 1 ถึง - 1 โดยขั้นตอนคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มีดังนี้ (พิศิษฐ์ ตันทวนิช & พนา จินดาศรี, 2561)

ขั้นตอนที่ 1 นำแบบสอบถามพร้อมด้วยโครงร่างวิจัยฉบับย่อให้ผู้เชี่ยวชาญซึ่งผู้วิจัยได้เรียนเชิญ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัด ซึ่งกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็น 3 ระดับ คือ

- +1 หมายถึงคำถามสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัด
- 0 หมายถึงไม่แน่ใจว่าคำถามสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัด
- 1 หมายถึงคำถามไม่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัด

ขั้นตอนที่ 2 รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาแจกแจงตามระดับความคิดเห็น +1, 0 และ -1

ขั้นตอนที่ 3 คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง จากสูตร

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

IOC หมายถึงค่าดัชนีความสอดคล้อง

$\Sigma R$  หมายถึงคะแนนรวม

N หมายถึงจำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญให้ดูลยพินิจปรับปรุงคำถามที่มีค่า  $IOC < 0.50$  ให้มีความสมบูรณ์และชัดเจน (พิศิษฐ ตัณฑวณิช & พนาจินดาศรี, 2561)

- เกณฑ์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC)

$\geq 0.50$  ข้อคำถามข้อนั้นสามารถวัดตัวแปรได้ตรงตามจุดประสงค์

$< 0.50$  ข้อคำถามข้อนั้นไม่สามารถวัดตัวแปรได้ตรงตามจุดประสงค์

- ปัจจัยที่มีผลต่อความตรงตามเนื้อหา

นิยามเชิงมโนทัศน์ แนวคิดและทฤษฎีมีความเหมาะสมกับตัวแปรที่ศึกษา

นิยามเชิงมโนทัศน์ แนวคิดและทฤษฎีมีเป็นเนื้อหาถูกต้องตรงกับต้นฉบับ

นิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรสอดคล้องกับนิยามเชิงทฤษฎีของตัวแปร

เนื้อหาคำถามสอดคล้องและครอบคลุมนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร

#### 7. การนำแบบสอบถามไปทดลองใช้เบื้องต้น (Preliminary item try-out)

คือการนำเครื่องมือที่ได้ผ่านการปรับปรุงคำถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณลักษณะเหมือนกับกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษาในงานวิจัยและสภาพแวดล้อมที่เหมือนกับในงานวิจัยแต่ต้องไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย การนำแบบสอบถามไปทดลองใช้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม ศึกษาเวลาที่กลุ่มตัวอย่างจะใช้ในการตอบแบบสอบถาม คัดเลือก

คำถามที่ขาดความชัดเจนมาปรับปรุงและตัดคำถามที่ไม่เหมาะสมออกจากแบบสอบถาม โดยมีหลักการในการนำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้ ได้แก่

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในขั้นทดลองมีขนาดที่เหมาะสม

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างต้องเหมือนกับคุณลักษณะของประชากรที่ใช้ในงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในขั้นทดสอบแบบสอบถามและกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยจะต้องไม่ใช่กลุ่มเดียวกัน

สภาพพื้นที่ที่นำเครื่องมือไปทดลองใช้ต้องเหมือนหรือมีความใกล้เคียงกับสภาพพื้นที่ของงานวิจัย

การรวบรวมแบบสอบถามคืนจากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยควรรวบรวมแบบสอบถามกับจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง

#### 8. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability)

ความเที่ยง หมายถึงความสม่ำเสมอ (Consistency) หรือความคงที่ (Stability) ของค่าที่วัดได้โดยใช้เครื่องมือเดิมทำการวัดหรือวัดจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดิมและวัดในพื้นที่เดิม โดยการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภทคือ ความเที่ยงของเครื่องมือคู่ขนาน ความเที่ยงโดยวิธีวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายในและความเที่ยงโดยวิธีทดสอบซ้ำ (Jacobson et al., 1998; พิเศษฐ ตันทวณิช & พนา จินดาศรี, 2561)

##### 8.1 ความเที่ยงของเครื่องมือคู่ขนาน (Parallel-forms reliability)

หมายถึงความเท่าเทียมกันของค่าที่วัดได้จากเครื่องมือวิจัย 2 ฉบับที่คู่ขนานซึ่งวัดตัวแปรเดียวกันหรือวัดคุณลักษณะเดียวกัน ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ 2 ฉบับให้มีคุณลักษณะคู่ขนานมีความซับซ้อนและยุ่งยาก โดยมีคุณลักษณะของเครื่องมือ 2 ฉบับคู่ขนาน ได้แก่ คະแนนจริงเท่ากัน ค่าความคลาดเคลื่อนแบบสุ่มเท่ากันและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากัน โดยการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือคู่ขนานสามารถทำได้โดยการนำเครื่องมือ 2 ฉบับที่วัดคุณลักษณะเดียวกัน จำนวนข้อคำถามเท่ากันและรูปแบบเหมือนกันมาวัดในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว แล้วนำข้อมูลทั้ง 2 ชุด มาวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation) ซึ่งหากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเข้าใกล้ 1.00 แสดงว่าเครื่องมือวิจัยทั้ง 2 ฉบับมีความเท่าเทียมกัน

## 8.2 ความเที่ยงโดยวิธีวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability)

หมายถึงความสอดคล้องของคำถามในแบบสอบถามหากมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดคุณลักษณะเดียวกันหรือเป็นคำถามเอกพันธ์ (Homogeneity) และกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนตอบคำถามแต่ละข้อในทิศทางเดียวกัน จะทำให้เครื่องมือวิจัยหรือแบบสอบถามมีความสอดคล้องภายในและมีผลทำให้เครื่องมือมีค่าความเที่ยงสูง เครื่องมือที่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 1.00 เป็นเครื่องมือที่มีค่าความเที่ยงสมบูรณ์แบบ (Perfectly reliability instrument) โดยวิธีวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายในสามารถจำแนกได้เป็น 4 วิธี ได้แก่

8.2.1 วิธีแบ่งครึ่ง (Split-half method) วิธีแบ่งครึ่งเป็นวิธีที่เก่าแก่ที่สุดในการวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายใน โดยทำการวิเคราะห์ความเป็นเอกพันธ์ของคำถามในแบบสอบถามหรือแบบวัดซึ่งจำแนกข้อมูลเป็น 2 ชุด ได้แก่ คำถามครึ่งแรกและคำถามครึ่งหลัง หรือคำถามเลขคี่และคำถามเลขคู่ แล้วหาความสัมพันธ์โดยใช้สูตรของสหสัมพันธ์เพียร์สัน ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ได้จะเป็นค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือครึ่งฉบับ ผู้วิจัยต้องทำการปรับขยายให้เป็นค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเต็มฉบับ

8.2.2 วิธีใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) การวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตร KR-20 ใช้กับแบบสอบถามให้ค่า 2 ค่า (Dichotomous) เช่น ตอบคำถามถูกต้องเท่ากับ 1 คะแนน ตอบคำถามผิดเท่ากับ 0 คะแนน หรือ ตอบคำถามถูกต้องเท่ากับ 1 คะแนน ตอบคำถามผิดเท่ากับ 0 คะแนน ตอบไม่แน่ใจเท่ากับ 0 คะแนน ไม่สามารถใช้กับแบบสอบถามมาตราวัดลิเคิร์ตและมาตราส่วนประมาณค่า แต่ใน Model ของโปรแกรม SPSS ไม่มีวิธีวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตร KR-20

8.2.3 วิธีใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 21 (Kuder Richardson 21 หรือ KR-21) สูตร KR-21 เป็นสูตรที่ดัดแปลงจากสูตร KR-20 เพื่อให้การคำนวณค่าความเที่ยงง่ายขึ้น เนื่องจากใช้ค่าเฉลี่ยของแบบทดสอบทั้งฉบับแทนค่า  $p_q$  ของแต่ละข้อ โดยยึดหลักการว่าข้อคำถามแต่ละข้อมีความยากง่ายเท่ากันจึงกำหนดค่า  $p$  ให้มีค่าคงที่ แต่ความเป็นจริงความยากง่ายไม่เท่ากัน ข้อคำถามแต่ละข้อที่มีความยากง่ายแตกต่างกันมากจะทำให้สัดส่วนการตอบ ถูกแต่ละข้อแตกต่างกันมาก ซึ่งมีผลทำให้ค่าความเที่ยงที่คำนวณโดยใช้สูตร KR-21 มีความคลาดเคลื่อนมากกว่าค่าความเที่ยงที่คำนวณโดยใช้สูตร KR-20 ใน Model ของโปรแกรม SPSS ไม่มีวิธีวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตร KR-21



8.2.4 วิธีใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) การวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ครอนบาคแอลฟา นิยมใช้แพร่หลายเนื่องจากสามารถใช้กับแบบสอบถามทุกมาตรวัด ได้แก่ มาตรวัดลิเคิร์ต มาตรส่วนประมาณค่าและแบบตรวจสอบรายการให้ค่า 2 ค่า (Dichotomous)

$$\alpha = \left( \frac{k}{k-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum_{i=1}^k s_i^2}{s_p^2} \right)$$

$\alpha$  หมายถึงค่าสัมประสิทธิ์ของความเที่ยง

$k$  หมายถึงจำนวนข้อคำถามของแบบสอบถาม

$s_i^2$  หมายถึงความแปรปรวนของ  $i$

$s_p^2$  หมายถึงความแปรปรวนคะแนนรวมหรือความแปรปรวนระหว่าง

ผู้ตอบ

- เกณฑ์การแปลผลสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ครอนบาคแอลฟา ( $\alpha$ ) (DeVellis, 2012)

0.90 – 1.00 มีความสอดคล้องภายในในระดับสูงมาก

0.80 - 0.89 มีความสอดคล้องภายในในระดับสูง

0.70 - 0.79 มีความสอดคล้องภายในระดับปานกลาง

0.60 - 0.69 มีความสอดคล้องภายในระดับต่ำ

< 0.60 มีความสอดคล้องภายในระดับต่ำมาก

### 8.3 ความเที่ยงโดยวิธีทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability)

หมายถึงความคงที่ของค่าที่วัดได้เมื่อนำเครื่องมือเดิมไปวัดในช่วงเวลาที่ต่างกัน (Repeated measure) จากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดิม โดยมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยวิธีทดสอบซ้ำ ดังนี้

8.3.1 ขั้นตอนที่ 1 นำแบบสอบถามฉบับเดียวกันให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดิมตอบ 2 ครั้ง ช่วงเวลาห่างกันอย่างเหมาะสมซึ่งความเหมาะสมของช่วงเวลาวัดแต่ละครั้งขึ้นอยู่กับตัวแปรที่ศึกษา (1-2 สัปดาห์) สำหรับการวัดความรู้ช่วงเวลาวัดแต่ละครั้งไม่ควรเกิน 3 วัน และควรคำนึงถึงช่วงระยะเวลาวัดแต่ละครั้งและกิจกรรมหรือเหตุการณ์ที่มีผลต่อค่าความคงที่ของเครื่องมือ

8.3.2 ขั้นตอนที่ 2 นำข้อมูลซึ่งรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มาวิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยวิธีทดสอบซ้ำ

ข้อมูลมาตราวัดอันดับ (Ordinal scale) เป็นข้อมูลที่สามารถจัดอันดับก่อนหลัง เช่น มาก/ปานกลาง/น้อย ประถม/มัธยม/อุดมศึกษา เป็นต้น วิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) เป็นสถิติที่ชี้ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ชุด ว่าคล้ายตามกันหรือไม่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient; rs) หรือ Spearman's rho ( $\rho$ ) มีค่าระหว่าง -1 ถึง +1 ซึ่งบ่งบอกระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร

ข้อมูลมาตราวัดนามบัญญัติ (Nominal scale) เป็นข้อมูลที่มีการจำแนกลักษณะ/สถานะออกเป็นกลุ่ม เช่น ชอบ/ไม่ชอบ ชาย/หญิง ถูก/ผิด เป็นต้น วิเคราะห์โดยใช้สถิติแคปปา Cohen kappa statistic

$$K = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e}$$

K หมายถึงค่าสัมประสิทธิ์แคปปา

P<sub>o</sub> หมายถึงสัดส่วนความคิดเห็นที่สอดคล้อง

P หมายถึงสัดส่วนความคิดเห็นที่สอดคล้องโดยบังเอิญ

- เกณฑ์แปลผลค่าสัมประสิทธิ์แคปปา (บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ, 2540)

0.81 – 1.00 มีความสอดคล้องระดับดีมาก/ค่อนข้างสมบูรณ์

0.61 - 0.80 มีความสอดคล้องระดับดี

0.41 - 0.60 มีความสอดคล้องระดับปานกลาง

0.21 - 0.40 มีความสอดคล้องระดับพอใช้

≤ 0.20 มีความสอดคล้องระดับแย่มาก

ข้อมูลมาตราวัดอันดับ (Interval scale) เป็นข้อมูลที่มีการกำหนดตัวเลขแทนคุณลักษณะของสิ่งต่าง ๆ โดยมีปริมาณแทนสิ่งนั้น ๆ ซึ่งสามารถเปรียบเทียบเพื่อบอกความแตกต่างกัน ทั้งยังสามารถนำไปคิดคำนวณในเชิงปริมาณได้ แต่ตัวเลขที่นำมาใช้แทนนั้นเป็นตัวเลขที่สมมติให้มีความเป็นศูนย์ที่เท่ากันหรืออาจเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “ศูนย์ไม่แท้” เช่น อุณหภูมิหรือคะแนนสอบ เป็นต้น และข้อมูลมาตราอัตราส่วน (Ratio scale) เป็นข้อมูลที่มีการกำหนดตัวเลขแทนคุณลักษณะของสิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริงทางธรรมชาติหรืออาจเรียกว่า “มีศูนย์แท้” เช่น ส่วนสูง น้ำหนักและเวลา เป็นต้น ทำการวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้ (Landis & Koch, 1977)

1) สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient; r) ซึ่งมีค่าระหว่าง -1 ถึง +1 โดยเครื่องหมาย + หน้าค่า r หมายถึง ทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างค่าจากการวัดครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 ค่า r มีค่าลบ (-) หมายความว่าค่าที่ได้

จากการวัดครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกัน สามารถคำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$r_{xy} = \frac{n \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[n \sum x^2 - (\sum x)^2][n \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

$r_{xy}$	หมายถึงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับ y
$\sum x$	หมายถึงผลรวมของคะแนนชุด x
$\sum y$	หมายถึงผลรวมของคะแนนชุด y
$\sum x^2$	หมายถึงผลรวมของคะแนนชุด x แต่ละตัวยกกำลังสอง
$\sum y^2$	หมายถึงผลรวมของคะแนนชุด y แต่ละตัวยกกำลังสอง
$\sum xy$	หมายถึงผลรวมระหว่างผลคูณชุด x กับ y
n	หมายถึงจำนวนคู่ของข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

- เกณฑ์การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Hinkle, 1998)

0.90 - 1.00	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก
0.70 - 0.89	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
0.50 - 0.69	มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
0.30 - 0.49	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
< 0.30	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

2) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายใน (Intraclass Correlation Coefficient) หรือ ICC มีค่าระหว่าง -1 ถึง +1 เครื่องหมาย  $\pm$  หน้าค่า ICC หมายถึง ทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างค่าที่ได้จากการวัด ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 เช่นเดียวกับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน สามารถคำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$r = \frac{\sigma_{\beta}^2}{\sigma_{\beta}^2 + \sigma^2}$$

r	หมายถึงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายใน
$\sigma_{\beta}^2$	หมายถึงความแปรปรวนในแต่ละกลุ่ม
$\sigma^2$	หมายถึงความแปรปรวนรวม

- เกณฑ์แปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายใน (ICC) (Koo & Li, 2016)

0.91 - 1.00	มีความเที่ยงในระดับดีมาก
0.75 - 0.90	มีความเที่ยงในระดับดี

0.50 – 0.74 มีความเที่ยงในระดับพอใช้

< 0.50 มีความเที่ยงในระดับต่ำ

- ปัจจัยที่มีผลต่อค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม

ความเป็นเอกพันธ์ของคำถาม (Homogeneity of Items) คำถามแต่ละข้อในแบบสอบถามวัดคุณลักษณะเดียวกันและกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามแต่ละข้อในทิศทางเดียวกัน จะทำให้เครื่องมือวิจัยหรือแบบสอบถามมีความสอดคล้องภายในและมีผลทำให้เครื่องมือมีค่าความเที่ยงสูง

จำนวนคำถามในแบบสอบถาม (Number of items) ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามที่มีคำถามจำนวนมาก มีโอกาสสูงกว่าค่าความเที่ยงของแบบสอบถามที่มีคำถามจำนวนน้อย

ความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับกลับคืน (Return completed data) ในกรณีคำถามข้อที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 15 ไม่ตอบหรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) มากกว่าร้อยละ 15 ให้คัดคำถามข้อนั้นออกก่อนวิเคราะห์ค่าความเที่ยง

ความแปรปรวนของข้อมูล (Data Variation) ข้อมูลที่มีการกระจายแบบโค้งปกติค่าความเที่ยงจะสูงกว่าข้อมูลที่มีการกระจายแบบเบ้ โดยข้อมูลที่รวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะต่าง ๆ กัน (Heterogeneous group) มีความแปรปรวนมากกว่าข้อมูลที่รวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะเหมือนกัน (Homogeneous group) ซึ่งโดยทั่วไปค่าความเที่ยงของข้อมูลที่รวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะต่างกัน จึงทำให้สูงกว่าค่าความเที่ยงของข้อมูลที่รวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะเหมือนกัน

วิธีวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability methods) ในข้อมูลชุดเดียวกัน วิเคราะห์ต่างวิธีจะทำให้มีค่าความเที่ยงไม่เท่ากัน

ค่าความคลาดเคลื่อนแบบสุ่ม (Random error score) หมายถึงความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในลักษณะไม่คงที่ (Unsystematic) โดยบางครั้งค่าที่วัดได้จะมากกว่าหรือน้อยกว่าค่าที่เป็นจริงบ้างสลับกันไป หากขนาดตัวอย่างเล็กค่าความคลาดเคลื่อนแบบสุ่มจะเพิ่มขึ้น ค่าความคลาดเคลื่อนแบบสุ่มยิ่งมากขึ้นเท่าใดค่าความเที่ยงจะน้อยลงและมีค่าเข้าใกล้ศูนย์

### ความคลาดเคลื่อนของการสำรวจ

#### 1. ความคลาดเคลื่อนจากกรอบการเลือกตัวอย่าง (Sampling frame bias)

เป็นความคลาดเคลื่อนของการสำรวจที่เกิดจากการใช้กรอบการเลือกที่ด้อยคุณภาพสำหรับเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยรายชื่อหน่วยการเลือกตัวอย่าง (Sampling units) ที่ปรากฏในกรอบการเลือกตัวอย่างไม่สามารถครอบคลุมจำนวนสมาชิกทั้งหมดของประชากรที่ผู้วิจัยต้องการจะศึกษา หรือขาดความถูกต้อง เช่น การนำรายชื่อสมาชิกของกลุ่มประชากรเป้าหมายที่อยู่นอกเหนือขอบเขตของการสรุปผลการวิจัยรวมอยู่ด้วย

#### 2. ความคลาดเคลื่อนในการเลือกตัวอย่าง (Sample selection bias)

เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกี่ยวข้องกับเทคนิคการเลือกตัวอย่าง โดยเกิดจากการใช้วิธีการเลือกตัวอย่างที่ไม่เหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มประชากร การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่พอเพียงสำหรับทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่มีความถูกต้องแม่นยำและมีความน่าเชื่อถือและการลงมือเลือกตัวอย่างที่ไม่เป็นไปตามหลักวิชาการแนวคิดหรือทฤษฎีซึ่ง ได้แก่ ความสะดวกหรือการง่ายต่อการเข้าถึง (Accessibility bias) การดึงดูดความสนใจเป็นพิเศษ (Affinity bias) การเป็นสมาชิกภายในกลุ่มที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Cluster bias) การมีรายชื่ออยู่ในลำดับก่อนหรือหลังในกรอบการเลือกตัวอย่าง (Order bias) การเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล (Self-selection) การหยุดให้ข้อมูลกลางคันของกลุ่มตัวอย่าง (Termination bias) และการมองเห็นเด่นชัดเป็นพิเศษ (Visibility bias) โดยความคลาดเคลื่อนจากการเลือกตัวอย่างจากแหล่งต่าง ๆ เหล่านี้จะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณสมบัติหรือลักษณะการเป็นตัวแทนที่ดีของกลุ่มประชากรอย่างมาก (องอาจ นัยพัฒน์, 2551)

#### 3. ความคลาดเคลื่อนจากการไม่ได้รับ/ได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ (Non-response bias)

ความลำเอียงที่เกิดขึ้นจากกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลบางคนไม่ให้ข้อมูลหรือให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน เช่น การไม่ส่งแบบสอบถามกลับคืนมายังผู้วิจัยหรือการส่งกลับคืนข้อความในแบบสอบถามไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ (Incomplete response) โดยถ้าขนาดตัวอย่างดังกล่าวมีจำนวนมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามกลับคืนมาอย่างครบถ้วนสมบูรณ์แล้ว จะส่งผลกระทบต่อคุณสมบัติของการเป็นกลุ่มตัวอย่างในด้านความเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรที่ศึกษาเป็นผลทำให้ความตรงภายนอกของการศึกษาวิจัยมีระดับต่ำ

โดยทั่วไปอัตราการตอบกลับ (Response rate) ที่เหมาะสมสำหรับการนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลควรต้องได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาอย่างน้อยร้อยละ 50 จึงจะมีความเหมาะสม

ทั้งนี้ อัตราการตอบกลับของการสำรวจทางอินเทอร์เน็ตจะมีความใกล้เคียงกับการสำรวจทางไปรษณีย์ ซึ่งถ้าอัตราการตอบกลับมีอย่างน้อยเท่ากับร้อยละ 50 60 และ 70 จะถือว่าเป็นอัตราที่ยอมรับได้ในระดับปานกลาง ดี และดีมากตามลำดับ (Babbie, 2017)

#### 4. ความคลาดเคลื่อนจากการวัด (Measurement)

ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดค่าตัวแปรที่ต้องการสำรวจ พบว่า คำตอบของข้อคำถามหรือข้อความรายการหนึ่ง ๆ ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลมีความไม่ถูกต้องแม่นยำ หรือไม่สามารถนำไปเปรียบเทียบกับคำตอบของข้อคำถามข้อเดียวกันที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลคนอื่น ๆ โดยปกติความคลาดเคลื่อนจากการวัดของแบบสอบถามจะมีสาเหตุมาจากวิธีการสำรวจ (Survey method) แบบสอบถาม (Questionnaire) การตอบของกลุ่มตัวอย่าง (Sample) ผู้สัมภาษณ์ (Interviewer) และตัวผู้วิจัย (Researcher)

##### 4.1 ความคลาดเคลื่อนจากวิธีการสำรวจ

เป็นความคลาดเคลื่อนของการวัดที่เกิดจากการใช้เครื่องมือหรือวิธีการรวบรวมข้อมูลหลักฐานจากตัวอย่างแตกต่างกัน โดยวิธีการรวบรวมข้อมูลหลักฐานด้วยแบบสอบถาม ได้แก่

4.1.1 วิธีที่ 1 การสอบถามโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ (Telephone interview) เป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่นักวิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้สอบถามกลุ่มตัวอย่างโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ข้อคำถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีโครงสร้างละเอียดเนื้อหาสาระเช่นเดียวกับคำถามที่อยู่ในแบบสอบถาม

##### 1) ข้อดีของการรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

อัตราการให้ข้อมูลกลับคืนของกลุ่มตัวอย่างมีระดับที่สูง  
ผู้วิจัยสามารถควบคุมลำดับของข้อคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ให้เป็นไปตามกรอบที่กำหนดไว้ได้

ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลได้ง่ายและรวดเร็ว  
โดยไม่มีข้อจำกัดในด้านการค้นหาที่อยู่อาศัยของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยสามารถอธิบายเนื้อหาสาระสำคัญของข้อคำถามที่มีลักษณะซับซ้อนและยากต่อการเข้าใจให้กับผู้ให้ข้อมูลได้ในระดับหนึ่ง

##### 2) ข้อเสียของการรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

ใช้ระยะเวลาและงบประมาณในการเก็บรวบรวมข้อมูลสูง  
สามารถดำเนินการได้เฉพาะหน่วยตัวอย่างที่โทรศัพท์ใช้เท่านั้น

มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดความลำเอียงในการตอบที่เกิดจากการรักษาภาพลักษณ์ของตนเอง

ไม่สามารถสังเกตอาการปฏิกิริยา บุคลิกลักษณะ บริบททางกายภาพหรือบรรยากาศรอบตัวของตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลในขณะที่ให้คำสัมภาษณ์

4.1.2 วิธีที่ 2 การสอบถามโดยการสัมภาษณ์แบบพบปะส่วนตัว (Face-to-face interview) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้สัมภาษณ์ดำเนินการสัมภาษณ์แต่ละหน่วยตัวอย่างเป็นการส่วนตัว โดยมีการบันทึกถ้อยคำให้สัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียงหรือจำบันทึกถ้อยคำสัมภาษณ์ของตัวอย่างลงในกระดาษ

1) ข้อดีของการรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบพบปะส่วนตัว อัตราการให้ข้อมูลกลับคืนของกลุ่มตัวอย่างมีระดับสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการได้รับข้อมูลกลับคืนจากวิธีการเก็บข้อมูลแบบอื่น ๆ

สามารถนำวิธีการนี้ไปใช้ในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างทุกเพศ ทุกวัย ทุกอาชีพและทุกระดับการศึกษา

สามารถควบคุมลำดับของข้อความขณะดำเนินการสัมภาษณ์ เพื่อหลีกเลี่ยงความลำเอียงในการตอบคำถามที่อาจเกิดขึ้นจากการเรียงลำดับคำถามในการสัมภาษณ์

สามารถสอบถามกลุ่มตัวอย่างด้วยคำถามที่มีลักษณะซับซ้อนและยากต่อการเข้าใจ

2) ข้อเสียของการรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบพบปะส่วนตัว

อาจเกิดปัญหาในการเดินทางเพื่อค้นหาทำเลที่ตั้งหรือสถานที่ทำงานของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล

ใช้เวลาและงบประมาณในการดำเนินการสูง

ในกรณีที่ต้องใช้บุคคลอื่นช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยต้องดำเนินการคัดเลือกและจัดการฝึกอบรมในด้านเทคนิคการสัมภาษณ์แก่บุคคลนั้น

มีโอกาสเกิดความลำเอียงในการตอบที่เกิดจากการรักษาภาพลักษณ์ของตน และการตอบตามความคาดหวังของสังคม

4.1.3 วิธีที่ 3 การส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ (Mailed questionnaire) เป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยทำการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์แบบปกติ (Ordinary mail) ไปให้กลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งทำการเลือกจากกลุ่มประชากรเป้าหมาย เมื่อผู้ให้ข้อมูลทำการตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วให้ส่งแบบสอบถามกลับคืนมายังผู้วิจัยโดยผ่านทางไปรษณีย์

1) ข้อดีของการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์

ไม่มีข้อจำกัดด้านการเดินทางและค้นหาที่อยู่อาศัยของตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล

งบประมาณที่ถูกใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานต่อกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมีอัตราค่อนข้างต่ำ

ผู้ให้ข้อมูลสามารถตอบคำถามได้จำนวนมากข้อและใช้เวลาในการตอบน้อยกว่า

ได้รับผลกระทบของความคลาดเคลื่อนจากการตอบตามความคาดหวังหรือความต้องการของสังคม (Social desirability) น้อย

ผู้ให้ข้อมูลมีอิสระในการเลือกวัน เวลาและสถานที่ในการตอบคำถามและมีความรู้สึกกดดันจากการถูกรบกวนความเป็นส่วนตัวน้อย

2) ข้อจำกัดขอ'การส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์

อัตราการไม่ส่งข้อมูลพื้นฐานกลับคืนและส่งข้อมูลพื้นฐานกลับคืนไม่ครบถ้วนมีระดับที่สูง

ใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานนาน

ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมเงื่อนไขใด ๆ ในการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยไม่สามารถสังเกตอาการปฏิกิริยา บุคลิกลักษณะ บริบททางกายภาพหรือบรรยากาศรอบตัวของตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลในขณะที่ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นจากการตอบภายใต้อิทธิพลของการเรียงข้อความ

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลต้องสามารถอ่านออกเขียนได้และมีวุฒิภาวะเพียงพอในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและส่งแบบสอบถามคืนแก่ผู้วิจัย



4.1.4 วิธีที่ 4 การสำรวจทางอินเทอร์เน็ต (Internet survey) เป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สามารถทำได้โดยการสร้างข้อความที่ต้องการสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรเป้าหมาย แล้วจึงนำไปผนวกรวมเข้ากับไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (Electrical mail หรือ E-mail) หรือนำไปเสนอไว้ ณ เว็บไซต์ (Web site) บนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต เช่น Google form โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลจะทำการตอบข้อความแต่ละรายการโดยการป้อนหรือใส่รหัสคำตอบลงในช่องรับข้อมูลที่ผู้วิจัยเป็นผู้กำหนดผ่านทางอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์

#### 1) ข้อดีของการสำรวจทางอินเทอร์เน็ต

งบประมาณที่ถูกใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลหลักฐานต่อกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน มีอัตราค่อนข้างต่ำ  
มีแนวโน้มที่จะได้รับข้อมูลหลักฐานกลับคืนมายังผู้วิจัยภายในระยะเวลาที่รวดเร็ว  
ผู้ให้ข้อมูลมีอิสระในการเลือกเวลาในการตอบคำถามและมีความรู้สึกกดดันจากการถูกรบกวนความเป็นส่วนตัวในขณะที่ตอบน้อย

#### 2) ข้อจำกัดของการสำรวจทางอินเทอร์เน็ต

ใช้ได้เฉพาะกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลที่สามารถเข้าถึงเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (Internet system)  
ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนจำเป็นต้องมีที่อยู่ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ที่แน่นอนและชัดเจน  
ต้องมีระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่รองรับการสำรวจ โดยเฉพาะการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้วิจัยและตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลหลักฐานจะต้องมีคุณภาพให้บริการที่รวดเร็วและไว้วางใจได้

อัตราการตอบกลับคืนมายังผู้วิจัยจะขึ้นอยู่กับลักษณะของตัวอย่างแต่ละคน ว่ามีโอกาสของการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตและตรวจสอบจดหมายที่ส่งมาทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์บ่อยครั้งหรือไม่ รวมทั้งความน่าสนใจของประเด็นปัญหาที่ทำการสำรวจ

ผู้วิจัยไม่สามารถสังเกตอาการปฏิกิริยา บุคลิกลักษณะ บริบททางกายภาพหรือบรรยากาศรอบตัวของตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลในขณะที่ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นจากการตอบภายใต้อิทธิพลของการเรียงข้อความ

#### 4.2 ความคลาดเคลื่อนจากตัวแบบสอบถาม

การไม่ระบุเกณฑ์ที่ชัดเจน เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้วิจัยไม่ได้ระบุเกณฑ์ไว้ในข้อคำถามหรือแบบสอบถามได้อย่างชัดเจน ทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลขาดหลักในการอ้างอิงประกอบการตอบข้อคำถามไปในทิศทางที่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของแบบสอบถาม

ข้อคำถามที่สร้างไม่สามารถใช้ได้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลทุกคน เป็นความคลาดเคลื่อนจากการนำคำถามบางข้อที่มีลักษณะจำเพาะเจาะจงมากเกินไปทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลบางคนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ตามประสบการณ์ ความรู้หรือสถานการณ์ของตนเองได้

การใช้ข้อคำถามที่มีการแสดงตัวอย่างไว้ภายใน เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้วิจัยใช้วิธีการยกตัวอย่างใส่เอาไว้ในข้อคำถามเพื่อให้ตัวอย่างเลือกตอบได้ง่ายขึ้น ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะมีอิทธิพลในการชักนำความรู้สึกภายในของกลุ่มตัวอย่างให้ทำการตอบโดยคำนึงถึงสิ่งที่ปรากฏอยู่ในตัวอย่างเท่านั้น ในความจริงแล้วอาจยังมีบริบทอื่น ๆ อยู่นอกเหนือจากตัวอย่างที่ปรากฏในข้อคำถามหรือแบบสอบถามนั้น

การใช้ข้อคำถามที่ให้ผู้ตอบระลึกเหตุการณ์ย้อนหลังมากเกินไป เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากผู้วิจัยใช้วิธีการตั้งคำถามให้คำตอบเป็นระลึกเหตุการณ์ในอดีตเป็นระยะเวลาและมีรายละเอียดมากเกินไป เป็นผลทำให้เกิดความผิดพลาดในการให้ข้อมูล

การใช้ข้อคำถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างสรุปผลเกินกว่ากรอบอ้างอิง เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการตั้งคำถามซึ่งมีขอบเขตของคำตอบกว้างเกินไป ทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถตอบคำถามได้อย่างเหมาะสม ครบถ้วนหรือสอดคล้องกับกรอบอ้างอิงที่มีอยู่ในแบบสอบถาม

การใช้ข้อคำถามที่มีเนื้อหาสาระเจาะจงมากเกินไป เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นเนื่องจากใช้คำถามที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจงมากเกินไปเป็นผลทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถตอบคำถามได้อย่างเฉพาะเจาะจงตามที่ผู้วิจัยต้องการได้

การใช้ข้อคำถามที่มีถ้อยคำเน้นหนักมากเกินไป เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการใช้ถ้อยคำมุ่งเน้นในข้อคำถามเพื่อให้ได้รับคำตอบจากกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลเป็นอย่างดีหนึ่งมากกว่าการเกิดความเข้าใจเนื้อหาของสาระของข้อคำถามนั้น

การใช้ข้อคำถามซ้อนข้อคำถาม เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการใช้คำถามจำนวน 2 ข้อรวมไว้ด้วยกันหรือเรียกได้ว่า คำถามซ้อน ซึ่งการตอบข้อคำถามซ้อนมีโอกาสที่จะทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลได้ง่าย

การใช้คำถามซึ่งนำการตอบ เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการใช้ข้อความซึ่งมีลักษณะชักนำให้กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลตอบคำถามไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่งตามที่ผู้วิจัยต้องการ

การใช้ถ้อยคำหรือวลีที่มีอิทธิพลต่อการตอบอยู่ในข้อความ เป็นความคลาดเคลื่อนที่มีความคล้ายคลึงกับการใช้ข้อความซึ่งนำการตอบ โดยเกิดจากผู้วิจัยใช้ข้อความที่มีลักษณะนำเอาถ้อยคำหรือวลีบางประการที่มีอิทธิพลต่อการตอบของกลุ่มตัวอย่างส่งผลให้คำตอบของคำถามเป็นไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง

#### 4.3 ความคลาดเคลื่อนในการตอบของกลุ่มตัวอย่าง

การตอบข้อความตามความต้องการหรือตามความคาดหวังของสังคม เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นเนื่องจากความต้องการ ค่านิยมหรือบรรทัดฐานของสังคมเข้ามามีอิทธิพลต่อการตอบของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลที่เลือกมาศึกษา

การตอบด้วยการเอาใจ เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการที่ตัวอย่างที่ได้รับเลือกเข้ามาศึกษาให้ความร่วมมือกับผู้วิจัยเป็นอย่างดีด้วยการตอบคำถามไปในลักษณะที่สร้างจะความพึงพอใจให้แก่ผู้วิจัย

การตอบเพียงใช่/ไม่ใช่ทั้งหมด เป็นความคลาดเคลื่อนจากการที่กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลตอบคำถามเพียงใช่ (เห็นด้วย) หรือไม่ใช่ (ไม่เห็นด้วย) ทั้งหมดโดยปราศจากการใช้ความคิดหรือพิจารณาอย่างละเอียดถี่ถ้วนในข้อความนั้น ๆ

การตอบเพื่อรักษาภาพลักษณ์ที่ดีของตน เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการที่ตัวอย่างที่เลือกมาสำรวจตอบคำถามไม่ตรงกับความเป็นจริงเพื่อรักษาภาพลักษณ์ของตนให้ดูดีในสายตาบุคคลอื่น ๆ

การเลือกตอบเพื่อหลีกเลี่ยงภัยคุกคามความรู้สึกของตน เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการที่กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลที่เลือกมาศึกษาให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริงเมื่อถูกสอบถามในประเด็นที่ตนเองเห็นว่าจะเป็นภัยอันตรายถึงตนได้ในอนาคตจึงเลือกที่จะให้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง

การตอบตามความรู้สึกเป็นปรปักษ์ของผู้ให้ข้อมูล เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการที่ตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกต่อต้านหรือเป็นปรปักษ์อย่างรุนแรงกับหัวข้อ สาระสำคัญหรือประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการสำรวจ ส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลตอบข้อความทุกรายการของแบบสอบถามไปในทางลบทั้งหมด

การตอบโดยขาดกรอบอ้างอิงที่ชัดเจน เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการขาดความชัดเจนในกรอบอ้างอิงของข้อความหรือแบบสอบถาม ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนหรือความสับสนในการตอบแบบสอบถาม

การตอบภายใต้อิทธิพลของการเรียงข้อความ เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการที่กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลใช้ผลของการตอบข้อความที่อยู่ในตอนต้นของแบบสอบถามเป็นแนวทางในการตอบคำถามอื่น ๆ ที่อยู่ในตอนท้ายของแบบสอบถาม

การตอบให้ข้อมูลตรงส่วนกลางหรือปลายสุดของมาตราวัดความรู้สึก เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากแนวโน้มการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ที่มักนิยมเรียกแสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึกที่อยู่เป็นกลาง เช่น ไม่แน่ใจหรือบางครั้ง เป็นต้น รวมถึงการแสดงความคิดเห็นที่มีทิศทางไปสู่ทั้งสองข้าง เช่น เห็นด้วยอย่างยิ่งและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เป็นต้น

#### 4.4 ความคลาดเคลื่อนจากตัวผู้สัมภาษณ์ (องอาจ นัยพัฒน์, 2551)

ผู้สัมภาษณ์อาจทำการชักนำการตอบคำถามอย่างใดอย่างหนึ่งของตัวอย่างโดยไม่รู้ตัว ผู้สัมภาษณ์อาจเกิดความลำเอียงต่อถ้อยคำให้สัมภาษณ์ของตัวอย่างที่มีภาพลักษณ์ที่ดี

ผู้สัมภาษณ์มีทัศนคติในทางสนับสนุนหรือคัดค้านประเด็นที่ต้องการสำรวจ

#### 4.5 ความคลาดเคลื่อนจากตัวผู้วิจัย (สุชา บันท์เอม, 2539)

ผู้วิจัยขาดทักษะการใช้เครื่องมือปัญหาเกี่ยวกับทักษะการใช้เครื่องมือ ผู้วิจัยมีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีใช้เครื่องมือวิจัยและแนวทางปฏิบัติในการรวบรวมข้อมูลไม่ตรงกันของคณะผู้วิจัยในกรณีรวบรวมข้อมูลโดยคณะผู้วิจัย ทำให้ข้อมูลที่รวบรวมได้อาจมีโอกาสคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง

ผู้วิจัยจงใจบิดเบือนข้อมูลที่รวบรวมได้ เพื่อให้สมมติฐานที่ทดสอบมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้ค่าที่วัดได้มีความคลาดเคลื่อนจากค่าที่เป็นจริง

### วิธีการลดความคลาดเคลื่อนของการสำรวจ

Alreck และ Settle ในปี ค.ศ. 1995 (องอาจ นัยพัฒน์, 2551) ได้แนะนำวิธีการหรือกลยุทธ์ในการหลีกเลี่ยงการเกิดความคลาดเคลื่อนของการสำรวจไว้ดังนี้

#### 1. การลดความคลาดเคลื่อนจากกรอบการเลือกตัวอย่าง

ผู้วิจัยควรระบุตัวอย่างที่ต้องการจะศึกษาวิจัยอย่างชัดเจน

กรอบการคัดเลือกตัวอย่างควรมีความเป็นปัจจุบันและควรมีขอบเขตกว้างขวาง สามารถครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในกลุ่มประชากรที่ต้องการทำการสำรวจ

กรอบการเลือกตัวอย่างที่ใช้ควรมีขอบเขตแน่นอนและชัดเจน

กรอบการเลือกตัวอย่างไม่ควรมีการรวมตัวอย่างที่อยู่นอกเหนือขอบเขตของกลุ่มประชากรเป้าหมายที่ต้องการศึกษา

การบันทึกรายการสิ่งที่คุณวิจัยต้องการสำรวจในกรอบการเลือกตัวอย่าง จะต้องได้รับการนิยามหรือกำหนดรูปแบบในลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่คุณวิจัยต้องการเลือกมาทำการสำรวจ

ต้องมีการระบุขอบเขตความเป็นสมาชิกภาพของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือชั้นใดชั้นหนึ่งอย่างชัดเจน เมื่อมีการใช้กรอบการเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการแบบแบ่งกลุ่มหรือแบบแบ่งเป็นชั้นภูมิ

หากกรอบการเลือกตัวอย่างที่ใช้ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างเฉพาะที่คุณวิจัยสามารถเข้าถึงได้ (Accessible population) และมีจำนวนไม่มาก เมื่อทำการเปรียบเทียบกับจำนวนสมาชิกทั้งหมดในกลุ่มประชากรเป้าหมาย (Target population) คุณวิจัยจะต้องขยายขอบเขตของกรอบการเลือกตัวอย่างให้มีขนาดกว้างขึ้น เพื่อเพิ่มอำนาจในการสรุปผลการวิจัยและอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรเป้าหมายได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

## 2. การลดความคลาดเคลื่อนในการเลือกตัวอย่าง

สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มประชากรที่ต้องการสำรวจทั้งที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจนและไม่ชัดเจน ควรได้รับเลือกมาทำการศึกษาด้วยโอกาสที่เท่าเทียมกันและเป็นอิสระจากกัน

ลำดับที่ก่อนและหลังของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทำการศึกษาคงจะต้องไม่มีผลกระทบที่ทำให้ตัวอย่างบางหน่วยมีโอกาสได้รับเลือกมาทำการสำรวจมากกว่าตัวอย่างบางหน่วย

ผู้วิจัยจะต้องค้นหาและใช้วิธีการที่จะทำให้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายหรือเข้าถึงได้ยาก สามารถมีโอกาสถูกเลือกมาทำการสำรวจได้เท่ากันหรือใกล้เคียงกัน

ผู้วิจัยจะต้องพยายามเลือกกลุ่มของกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเป็นอิสระจากกันและมีความไม่เป็นเอกพันธ์ (Heterogeneity) หากผู้วิจัยต้องการเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการแบบแบ่งกลุ่ม

ผู้วิจัยจะต้องใช้เทคนิคการควบคุมและเสริมสร้างโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะดึงดูดและไม่ดึงดูดความสนใจของตนเองหรือผู้ช่วยผู้วิจัย (Research assistant) สามารถมีโอกาสถูกเลือกมาสำรวจได้เท่ากันหรือใกล้เคียงกัน

ผู้วิจัยไม่ควรเน้นถ้อยคำทั้งทางวาจาหรือตัวอักษรใด ๆ โดยตรงจนทำให้ตัวอย่างแต่ละหน่วยที่ถูกเลือกมาทำการสำรวจเกิดการรับรู้ว่าจะสามารถสมัครใจหรือปฏิเสธในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยได้อย่างอิสระและง่ายดายจนเกินไป

ผู้วิจัยควรมีการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดเลือกมาสำรวจทราบว่า การให้ข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นหรือมีประโยชน์อย่างไรทั้งต่อตัวผู้ให้ข้อมูลและ/หรือต่อสังคมโดยส่วนรวม ทั้งนี้ควรเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิเสธการให้ข้อมูลทราบว่า จะมีการสูญเสียสิทธิหรือไม่ได้รับประโยชน์อย่างไรบ้าง

ผู้วิจัยจะต้องมีการวางแผนและใช้วิธีการที่มีชั้นเชิงในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลไม่ให้ความร่วมมือหรือหยุดให้ข้อมูลกลางคัน

### 3. การเพิ่มอัตราการให้ข้อมูลกลับคืนอย่างครบถ้วนสมบูรณ์

ผู้วิจัยควรแสดงให้เห็นถึงคุณค่าของการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย ซึ่งอาจเป็นคุณค่าที่มีผลทางจิตใจต่อตัวอย่างนั้นโดยตรงหรือเห็นคุณค่าที่มีผลต่อสังคมส่วนรวม โดยอาจใช้เทคนิคบางประการ เช่น การให้ของตอบแทนทางวัตถุ (Material incentives) หรือการให้เงินรางวัล (Financial incentives) เป็นต้น

ผู้วิจัยควรติดต่อสื่อสารกับกลุ่มตัวอย่างด้วยวาจาหรือเขียนตัวอักษรโดยใช้ถ้อยคำที่บ่งบอก ในลักษณะของการเห็นคุณค่าของการเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดเลือกในการศึกษาได้รู้ว่าตนเองมีสถานภาพไม่ด้อยไปกว่าตัวผู้วิจัย และต้องระมัดระวังการใช้ถ้อยคำที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนจากการสื่อความหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นที่เป็นเรื่องละเอียดอ่อนต่ออารมณ์ความรู้สึกของบุคคล

ผู้วิจัยต้องเคารพสิทธิในการให้หรือไม่ให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและควรที่จะหลีกเลี่ยงการรบกวนความเป็นส่วนตัวของตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลให้มากที่สุดเท่าที่จะกระทำได้ โดยการจำกัดระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่ให้ยาวนานจนเกินไป ซึ่งได้จากการวางแผนและการจัดการในกระบวนการให้ข้อมูลของตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลจะเป็นวิธีการที่ช่วยลดระยะเวลาในการรบกวนความเป็นส่วนตัวให้น้อยลงได้ โดยมีข้อปฏิบัติที่ควรพิจารณา ดังนี้

- หลีกเลี่ยงการกล่าวด้วยวาจาหรือเขียนด้วยข้อความโดยใช้ถ้อยคำที่มีความคลุมเครือหรือมีความยากต่อการเข้าใจ

- แบบสอบถามที่ใช้ในการสำรวจควรมีสั้น ขนาดและรูปแบบดึงดูดความสนใจในการตอบแบบสอบถาม โดยมีขนาดตัวอักษรและความเข้มของน้ำหมึกที่พิมพ์เหมาะสมกับการอ่านได้อย่างสบายตาตามวัยของตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล มีการอ้างอิงหรือระบุคำชี้แจงในการตอบคำถามที่ชัดเจนเข้าใจได้และมีจำนวนข้อคำถามเหมาะสมกับเวลาและครอบคลุมประเด็นที่ต้องการสำรวจ

- ในกรณีที่ใช้วิธีการสำรวจโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ผู้วิจัยจะต้องส่งซองเปล่าพร้อมติดแสตมป์และเขียนที่อยู่ของผู้วิจัยแนบไปด้วยเสมอ

ผู้วิจัยต้องแจ้งกำหนดการในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบล่วงหน้าโดยการระบุวันและเวลาที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ควรเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีส่วนในการเลือกวันเวลาในการให้ข้อมูลได้ตามความสมัครใจ

ผู้วิจัยต้องสร้างความรู้สึกไว้วางใจให้แก่กลุ่มตัวอย่างว่าจะไม่ก่อให้เกิดผลเสียหายใด ๆ จากการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย โดยสามารถกระทำด้วยวิธีการ ดังนี้

- แนะนำตัวผู้วิจัยอย่างชัดเจนว่าเป็นใคร กำลังศึกษาอยู่ที่ใด มีจุดมุ่งหมายในการนำข้อมูลไปใช้เพื่ออะไรและมีวิธีการรักษาความลับ (Confidentiality) ของข้อมูลที่ได้รับอย่างไร โดยกระทำอย่างเป็นทางการด้วยพิมพ์บันทึกไว้ในจดหมายนำส่ง (Cover letter หรือ Transmittal letter) แบบสอบถามไปถึงกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลในแต่ละหน่วยที่ต้องการทำการสำรวจ

- ผู้วิจัยจะต้องแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้รับกลับคืนมายังผู้วิจัยจะถูกนำไปใช้ในการทำวิจัยเพียงครั้งเดียวเท่านั้น โดยเมื่อสิ้นสุดการวิจัยแล้วข้อมูลที่อยู่ในรูปแบบเทปบันทึกเสียงหรือฟิล์มภาพถ่ายจะถูกทำลายหรือส่งกลับคืนให้กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลทันที พร้อมทั้งแจ้งผลของการศึกษาวิจัยให้รับทราบ

- ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลเป็นข้าราชการหรือพนักงานขององค์กรใด ๆ ผู้วิจัยจะต้องให้หลักประกันเพื่อสร้างความมั่นใจว่าการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยว่าผ่านความเห็นชอบจากผู้บังคับบัญชาหรือนายจ้างเรียบร้อยแล้ว โดยสามารถกระทำได้ด้วยการแนบแบบสำเนาหนังสืออนุมัติจากผู้บังคับบัญชาส่งให้ตัวผู้ให้ข้อมูลรับทราบด้วย

ผู้วิจัยควรใช้เทคนิควิธีที่ดีในการติดตามข้อมูลกลับคืนจากกลุ่มตัวอย่าง โดยสามารถกระทำได้ ดังนี้

- ภายหลังจากเลยกำหนดระยะเวลาการให้ข้อมูลกลับคืนมายังผู้วิจัยตามที่ระบุไว้ในจดหมายนำส่ง ผู้วิจัยควรส่งไปรษณียบัตรไปถึงผู้ให้ข้อมูลโดยการเขียนข้อความสั้น ๆ ที่มีความสุภาพ เพื่อเตือนความจำให้ตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลทราบเกี่ยวกับการให้ข้อมูลกลับคืนมายังผู้วิจัย นอกจากนี้ควรแจ้งให้ทราบด้วยว่าข้อมูลที่ได้จากตัวอย่างมีความสำคัญต่อการศึกษาวิจัยอย่างยิ่ง หากแบบสอบถามมีการสูญหายผู้วิจัยจะต้องแจ้งตัวอย่างให้ทราบว่าผู้วิจัยยินดีส่งแบบสอบถามให้ใหม่

- ผู้วิจัยควรมีการติดตามครั้งที่ 2 ภายหลังจากไม่ได้รับข้อมูลกลับคืนภายในระยะเวลาประมาณ 20 วัน หลังจากวันส่งแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยควรส่งจดหมายติดตามข้อมูลกลับคืนอย่างเป็นทางการ (Follow up letter) พร้อมทั้งส่งแบบสอบถามชุดใหม่รวมถึงซองเปล่าที่มีชื่อ - นามสกุลและที่อยู่ผู้วิจัยพร้อมแสตมป์เรียบร้อยแล้วส่งไปให้ตัวอย่างใหม่ ซึ่งข้อความในจดหมายติดตามควรมีใจความสำคัญเพียงแจ้งให้ทราบว่าผู้วิจัยยังไม่ได้รับข้อมูลกลับคืนจากตัวอย่าง ซึ่งข้อมูลของตัวอย่างในส่วนนั้นมีความสำคัญอย่างมากต่อการศึกษารวมทั้งกล่าวขอบคุณในความอนุเคราะห์ของตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล

- ผู้วิจัยควรมีการติดตามครั้งที่ 3 หากพบว่าสัดส่วนของข้อมูลที่ไม่ได้รับกลับคืนยังคงมีจำนวนมากในการติดตามในครั้งที่ 3 นี้ ในกรณีที่ผู้วิจัยทราบข้อมูลเบอร์โทรศัพท์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลสามารถใช้วิธีการโทรศัพท์พูดคุยสอบถามกับตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลด้วยความสุภาพและให้เกียรติ เพื่อติดตามข้อมูลในส่วนที่ยังไม่ได้รับกลับคืน ถ้าแบบสอบถามสูญหายผู้วิจัยควรทำการส่งแบบสอบถามไปให้ตัวอย่างใหม่ทันทีโดยผ่านเครื่องโทรสารหรือทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

หากพบว่ายังคงมีตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลบางคนยังไม่ส่งข้อมูลกลับคืนหรือข้อมูลที่ได้รับกลับคืนไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ให้ถือว่าการขาดหายของข้อมูลในส่วนดังกล่าวเป็นข้อจำกัดที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยผู้วิจัยสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยวิธีการต่อไปนี้

- ทำการตรวจสอบให้ชัดเจนว่าตัวอย่างผู้ไม่ให้ข้อมูลกลับคืนมีตัวตนอยู่จริงหรือไม่ ในกรณีที่ตัวอย่างผู้ไม่ให้ข้อมูลกลับคืนไม่มีตัวตนอยู่จริง ควรทำการตัดออกจากระบบการวิเคราะห์ข้อมูล

- ผู้วิจัยควรแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการขาดหายของข้อมูลไว้ในรายงานการวิจัยอย่างชัดเจนว่ามีจำนวนร้อยละเท่าไรและมีลักษณะแบบแผนของการขาดหายเป็นแบบสุ่ม



หรือแบบเจาะจง เพื่อช่วยให้ผู้อ่านรายงานวิจัยทราบข้อจำกัดเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับกลับคืนมา วิเคราะห์ว่ามีความร้ายแรงมากน้อยเพียงใด

- เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรหรือลักษณะสำคัญของ ประการของตัวอย่าง เช่น เพศ อายุและอาชีพ เป็นต้น โดยเป็นตัวแปรที่สัมพันธ์กับปรากฏการณ์ที่ ผู้วิจัยต้องการสำรวจ เพื่อทดสอบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลกลับคืนเป็นตัวแทนของประชากร หรือไม่

- ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรหลักใน งานวิจัย ซึ่งได้จากการวัดค่าจากกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลกลับคืนกับผู้ไม่ให้ข้อมูลกลับคืนว่า แตกต่างกันหรือไม่อย่างไร ถ้าหากผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลกลับคืนแก่ผู้วิจัยสามารถเป็นตัวแทนของประชากรใน เรื่องที่ทำวิจัยและผลการวิจัยสามารถสรุปอ้างอิงไปยังประชากรที่ต้องการสำรวจได้

- ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรหลักใน งานวิจัย ซึ่งได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลกลับคืนมาก่อน (Early respondents) และกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลกลับคืนมาช้า (Late respondents) ถ้าหากผลการเปรียบเทียบพบว่าค่าเฉลี่ยแตกต่าง กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยสามารถอ้างอิงผลการวิจัยไปยังประชากรที่ต้องการสำรวจ ได้ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้ที่ยั่งยืนต่อไป

#### 4. การลดความคลาดเคลื่อนจากการวัด

##### 4.1 การลดความคลาดเคลื่อนจากตัวแบบสอบถาม

ควรมีการระบุเกณฑ์ไว้ในคำถามอย่างชัดเจน เพื่อใช้เป็นกรอบหรือฐานอ้างอิงในการ ตอบคำถาม รวมทั้งใช้ประกอบการตัดสินใจในการแสดงความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล

คำถามแต่ละข้อที่อยู่ในแบบสอบถามจะต้องเป็นที่เข้าใจหรือสามารถให้ข้อมูลได้โดยที่ ตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลที่ถูกเลือกมาทำการศึกษาทุกคน

ผู้วิจัยจะต้องทำการแก้ไขหรือยกเลิกการยกตัวอย่างที่ใช้ในข้อความ เมื่อพิจารณาแล้ว เห็นว่าก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการให้ข้อมูลของตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยจะต้องทำการปรับแก้ถ้อยคำบางคำในคำถาม เมื่อพิจารณาแล้วเห็นว่ามีการให้ ตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลระลึกเหตุการณ์ย้อนหลังไปในอดีตเป็นระยะเวลาอันนานและมีรายละเอียด เฉพาะเจาะจงมากเกินไป

ผู้วิจัยจะต้องพิจารณาถ้อยคำหรือวลีในแต่ละข้อคำถามว่ามีความเหมาะสมเฉพาะเจาะจงพอเพียงหรือไม่

เมื่อพบว่ามีข้อคำถามหนึ่งใดที่อยู่ในแบบสอบถามเป็นคำถามซ้อน ผู้วิจัยจะต้องสร้างข้อคำถามขึ้นใหม่โดยแยกเป็นข้อคำถามย่อย ๆ ที่มีความเป็นอิสระต่อกัน

ผู้วิจัยจะต้องตัดถ้อยคำหรือวลีในข้อคำถามที่มีความหมายซึ่งนำการตอบคำถามออก

#### 4.2 การลดความคลาดเคลื่อนในการตอบของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะต้องมีความพยายามในการปรับแก้ถ้อยคำหรือวลีในข้อคำถามให้มีความหมายที่ “นุ่มนวล” หรือ “เบาลง” เพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้นักกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามโดยคำนึงถึงความต้องการค่านิยมหรือบรรทัดฐานของสังคมมากเกินไป

ผู้วิจัยควรชี้แจงแก่กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลให้ชัดเจนว่าการให้ข้อมูลด้วยความรู้สึกที่แท้จริงตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างเป็นสิ่งที่มีความสำคัญแก่การวิจัย

ผู้วิจัยควรมีการรวมข้อคำถามที่มีแนวโน้มเชิงบวกและเชิงลบเข้าด้วยกัน พร้อมทั้งกำหนดทางเลือกในการตอบแก่กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล เพื่อป้องกันความลำเอียงในการตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” เพียงอย่างเดียว

ผู้วิจัยจะต้องพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ถ้อยคำหรือวลีใด ๆ ในข้อคำถาม ซึ่งกระตุ้นให้นักกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจหรือรักษาภาพลักษณ์ของตนเอง

หากพบว่าคำถามข้อใดอาจมีความหมายก่อให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ผู้วิจัยจะต้องปรับแก้ถ้อยคำของข้อคำถามนั้นเพื่อลดระดับความรุนแรงในการใช้คำถามที่มีลักษณะดังกล่าว

ผู้วิจัยต้องหลีกเลี่ยงการใช้ถ้อยคำหรือวลีในข้อคำถามที่มีความหมายยั่วหรือกระตุ้นความรู้สึกเป็นปรีดิ์หรือต่อต้านของกลุ่มตัวอย่างในประเด็นที่ทำการสำรวจ เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนหรืออคติในการให้ข้อมูล

หากพบว่าการเรียงลำดับข้อคำถามในแบบสอบถามมีแนวโน้มที่อาจก่อให้เกิดความลำเอียงในการตอบ ผู้วิจัยจะต้องปรับโครงสร้างของแบบสอบถามขึ้นใหม่ เช่น เรียงลำดับข้อคำถามที่มีแนวโน้มเชิงบวกหรือเชิงลบด้วยวิธีการสุ่ม จากนั้นนำข้อคำถามที่มีความสำคัญน้อยไว้ตอนต้นของแบบสอบถาม

ภายหลังจากควบคุมความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นจากเหตุใดเหตุหนึ่ง ผู้วิจัยจะต้องพิจารณาการแก้ไขงานวิจัยที่ได้ดำเนินการไปนั้นได้ส่งผลกระทบต่อปัญหาความคลาดเคลื่อนในการตอบประเภทอื่น ๆ หรือไม่

#### 4.3 การลดความคลาดเคลื่อนจากตัวผู้วิจัย

เตรียมความพร้อมการใช้เครื่องมือวิจัยและแนวทางปฏิบัติในการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยควรเตรียมตนเองให้มีความพร้อม ทั้งในด้านองค์ความรู้ ทักษะการใช้เครื่องมือ และการแปลความหมายของค่าที่วัดได้ ในกรณีที่รวบรวมข้อมูลจากทีมวิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะต้องมีการประชุมชี้แจงเกี่ยวกับวิธีใช้เครื่องมือวิจัยและแนวทางการปฏิบัติในการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยต้องมีจรรยาบรรณของนักวิจัยที่ปราศจากความลำเอียงทางวิชาการ มีความซื่อสัตย์สุจริตต่อตนเองและรายงานผลการวิจัยตามข้อเท็จจริงที่ค้นพบโดยไม่บิดเบือนข้อมูลหรือผลการวิจัยที่ค้นพบ (บุญใจ ศรีสถิตยน์นรากร, 2555)

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Jette และคณะ ในปี ค.ศ. 2003 (Jette et al., 2003) ที่ได้ทำการสำรวจความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติของนักกายภาพบำบัดประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 488 คน พบว่า นักกายภาพบำบัดที่มีอายุน้อยและอายุการทำงานที่ไม่มากจะมีระดับความรู้ ทักษะคิดที่ดีและมีระดับความมั่นใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อตัดสินใจทางคลินิกมากกว่านักกายภาพบำบัดที่มีอายุมากกว่าแต่หนึ่งในสี่ของอาสาสมัครยังไม่ค่อยนำการปฏิบัติหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ทางคลินิกมากนักเนื่องมาจากการจำกัดด้านเวลา (67%)

Bernhardsson และคณะ ในปี ค.ศ. 2014 (Bernhardsson et al., 2014) จากการสำรวจความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติของนักกายภาพบำบัดประเทศสวีเดนที่ทำงานบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิจำนวน 271 คน ผลสำรวจพบว่านักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ (83 – 90%) มีระดับความรู้และทักษะคิดที่ดีต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์แต่ในด้านการปฏิบัติพบว่า มีนักกายภาพบำบัดบางส่วน (12 – 41%) ที่มีการนำองค์ความรู้ที่มีมาใช้ทางคลินิก โดยมีอุปสรรคที่สำคัญคือ การจำกัดด้านเวลา (68%) นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ว่านักกายภาพบำบัดที่อายุน้อยกว่าหรือมีอายุการทำงานที่ไม่มาก มีทักษะคิดที่ดีต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และนักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษามีการนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการตัดสินใจทางคลินิกมากกว่านักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษาระดับวิทยาศาสตร์บัณฑิตทั้งในด้านการสืบค้นข้อมูลและการอ่านบทความวิจัย

Fujimoto และคณะ ในปี ค.ศ. 2017 (Fujimoto, Kon, Takasugi, & Nakayama, 2017) ได้ทำการสำรวจความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวปฏิบัติทางคลินิกของนักกายภาพบำบัดประเทศญี่ปุ่นจำนวน 384 คน ผลการสำรวจพบว่า

นักกายภาพบำบัดประเทศญี่ปุ่นส่วนใหญ่ (77.1 - 83.3%) มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวปฏิบัติทางคลินิก แต่มีนักกายภาพบำบัดส่วนน้อยที่เคยได้รับการอบรมหลักการการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (11%) และมีการนำองค์ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีมาใช้ทางคลินิก (29.2%)

Alshehri และคณะ ในปี ค.ศ. 2017 (Alshehri, Alalawi, Alhasan, & Stokes, 2017) ทำการศึกษาพฤติกรรม ทัศนคติ การรับรู้ ระดับความรู้และอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดประเทศซาอุดีอาระเบียจำนวน 376 คน พบว่านักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ (81 - 95%) มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ นอกจากนี้ยังพบว่านักกายภาพบำบัดมีปัญหาด้านความเข้าใจและความรู้ในการนำหลักการของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ทางคลินิก เนื่องจากนักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ (70.2%) ไม่เคยการฝึกอบรมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบว่ามีความสัมพันธ์ที่สำคัญระหว่างทัศนคติและระดับการศึกษาของนักกายภาพบำบัด อีกทั้งยังพบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และความรู้ของนักกายภาพบำบัดกับระดับการศึกษา การทำงาน ตำแหน่งงานและการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ก่อนหน้านี้ นอกจากนี้ยังพบอุปสรรคที่สำคัญต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ มีการสอนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ไม่เพียงพอในระดับอุดมศึกษาก่อนหน้า (43.1%) และการขาดความรู้และทักษะด้านการวิจัย (36.4%)

Yahui และคณะ ในปี ค.ศ. 2017 (Yahui & Swaminathan, 2017) ทำการศึกษาความรู้ ทัศนคติและอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัด ในประเทศมาเลเซีย จำนวน 102 คน พบว่านักกายภาพบำบัดส่วนมาก (81%) เคยผ่านการอบรมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และมีการอ่านบทความวิจัย 2 - 5 บทความต่อเดือน (57%) แต่ยังพบอุปสรรคในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ตัดสินใจทางคลินิก ได้แก่ การจำกัดด้านเวลา การจำกัดการเข้าถึงเครื่องมือค้นหา (Search engine) และขาดความสามารถในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้จริงทางคลินิก

Dao และคณะ ในปี ค.ศ. 2018 (Dao et al., 2018) ได้ทำการสำรวจความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดประเทศเวียดนามจำนวน 421 คน พบว่านักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ (80 - 90%) มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ แต่ขาดความรู้และทักษะในการนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เพื่อตัดสินใจทางคลินิก โดยนักกายภาพบำบัดที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีมีระดับความรู้และ

ทักษะของกระบวนการการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ค่อนข้างน้อยโดยเฉพาะในขั้นตอนการนำไปใช้ (Apply) และการประเมินผล (Evaluation) ทั้งนี้เป็นผลมาจากบริบททางการศึกษาของหลักสูตรกายภาพบำบัดที่มีในประเทศเวียดนาม โดยในปัจจุบันประเทศเวียดนามมีมหาวิทยาลัยเพียง 4 แห่งที่เปิดสอนหลักสูตรกายภาพบำบัดระดับปริญญาตรี (ระยะเวลาการศึกษาตลอดหลักสูตร 3 - 4 ปี) และยังมีอีก 15 สถานศึกษาที่เป็นระดับอาชีวศึกษาและวิทยาลัยทางการแพทย์ที่เปิดสอนหลักสูตรกายภาพบำบัดระดับประกาศนียบัตรบัณฑิต (ระยะเวลาการศึกษาตลอดหลักสูตร 2 ปี) และระดับปริญญาตรี (ระยะเวลาการศึกษาตลอดหลักสูตร 3 ปี) อีกทั้งยังภายในประเทศยังไม่มีการเรียนการสอนระดับบัณฑิตศึกษา จากบริบททางการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการเรียนการสอนของหลักสูตรกายภาพบำบัดประเทศเวียดนามในปัจจุบันมีไม่เพียงพอในการสร้างเสริมความรู้และทักษะในการการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัด เป็นผลให้ไม่มีการนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เพื่อตัดสินใจทางคลินิก นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ ปัจจัยด้านภาษา (84%) การจำกัดด้านเวลา (67.06%) และการจำกัดการเข้าถึงข้อมูล (73%)

Bajracharya และคณะ ในปี ค.ศ. 2019 (Bajracharya, Tharu, & Bokaliyal, 2019) ทำการศึกษาความรู้ ทักษะและอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดประเทศเนปาลจำนวน 164 คน ผลการศึกษาพบว่านักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ (95.2%) มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และมีความต้องการที่จะเพิ่มการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ทางคลินิก ในส่วนของความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่านักกายภาพบำบัดมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 19.18 คะแนน (65.8%) นอกจากนี้ยังพบว่าอุปสรรคที่สำคัญต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ การจำกัดด้านเวลา (67.06%) ขาดทักษะด้านการวิจัย (62.8%) และไม่สามารถนำผลการวิจัยไปใช้กับผู้ป่วยบริการได้ (61.6%)

Vongsirinavarat และคณะ ในปี ค.ศ. 2020 (Vongsirinavarat et al., 2020) ที่ทำการสำรวจทัศนคติ ความรู้และอุปสรรคต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดประเทศไทยจำนวน 719 คน (ระดับปริญญาตรี 515 คน, ระดับบัณฑิตศึกษา 204 คน) ผลการศึกษาพบว่านักกายภาพบำบัดประเทศไทย (79.3 – 92.9%) มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ในส่วนของความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่านักกายภาพบำบัด (75 – 91%) มีความมั่นใจในส่วนการสืบค้นบทความวิจัย การประเมิน และการประยุกต์ใช้งานวิจัยในการทำงาน แต่อย่างไรก็ตามในนักกายภาพบำบัดยังมี

ระดับการปฏิบัติที่ต่ำ ทั้งในด้านความถี่ของการสับคั้น (39.5 – 43.1%) การอ่านบทความวิจัย (38 – 45%) และการใช้บทความงานวิจัยเพื่อการตัดสินใจทางคลินิก (40.2 – 46.7%) โดยพบอุปสรรคต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญ ได้แก่ การจำกัดด้านเวลา (46.2) การขาดทักษะด้านสถิติและการวิพากษ์บทความวิจัย (34.8 - 42.4%) และการขาดแคลนแหล่งข้อมูล (34.2) นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ว่านักกายภาพบำบัดที่มีอายุน้อยกว่าหรือมีระดับการศึกษาที่สูงกว่ามีแนวโน้มมีทัศนคติและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีกว่า

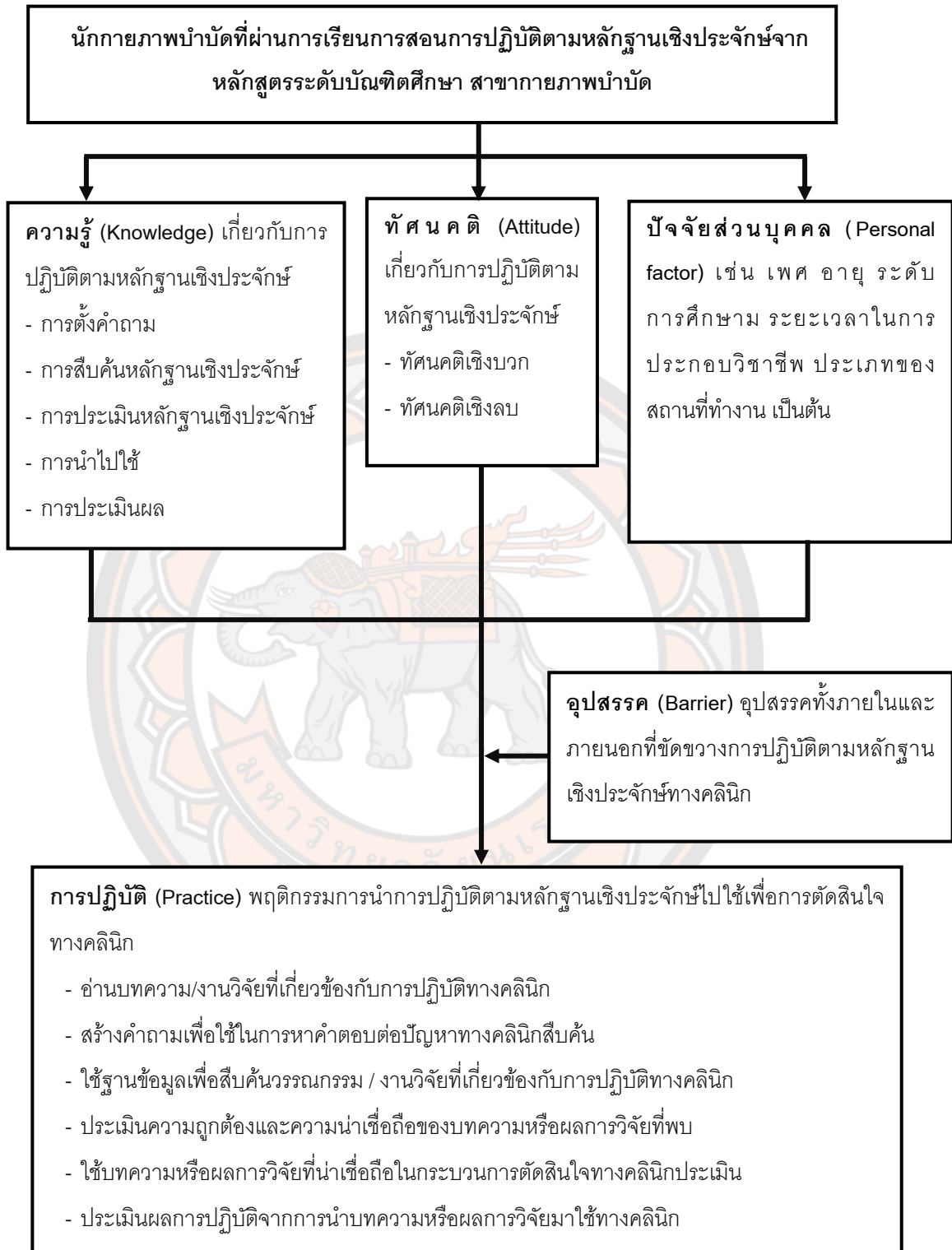
จากการศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านมา (Bernhardsson et al., 2014; Dao et al., 2018; DeVellis, 2012; Hinkle, 1998; Jacobson et al., 1998; Jewell, 2018; Landis & Koch, 1977) ทำให้ได้ข้อสรุปว่านักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่มีทัศนคติและความสนใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับที่ดี แต่มีหลากหลายในส่วนของระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งอาจแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละประเทศที่ทำการศึกษ งานวิจัยยังได้ข้อสรุปที่สอดคล้องกันว่า การจำกัดด้านเวลา การขาดความรู้และทักษะด้านการวิจัยและการจำกัดการเข้าถึงข้อมูลเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เพื่อการตัดสินใจของนักกายภาพบำบัดในคลินิก โดยในการศึกษาที่กล่าวมาไม่ได้มีการอ้างอิงถึงทฤษฎีที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติดังเช่นทฤษฎีความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ (KAP) นอกจากนี้งานวิจัยยังได้วิเคราะห์เกี่ยวกับตัวแปรที่ความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยพบว่านักกายภาพบำบัดที่มีอายุน้อยกว่า มีอายุการทำงานที่สั้นกว่าหรือมีระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะมีระดับของความรู้ ทัศนคติที่ดีและการนำองค์ความรู้ไปปฏิบัติที่มากกว่า

### กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการตัดสินใจในคลินิกของนักกายภาพบำบัด ยังไม่มีการศึกษาใดที่ทำการศึกษาถึงผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขาการกายภาพบำบัด ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีว่า ด้วยความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ (KAP Theory) โดยประยุกต์ใช้รูปแบบความสัมพันธ์ของ ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติแบบที่ 4 คือ ความรู้มีผลต่อทัศนคติและการปฏิบัติ ทั้งทางตรงและทางอ้อม

และในการศึกษานี้ได้เพิ่มความสัมพันธ์ที่เหตุและผลซึ่งกันและกันระหว่างความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติ นอกจากนี้ยังได้เพิ่มอุปสรรคและปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการตัดสินใจในคลินิกของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย โดยมีตัวแปรในการศึกษา





**ภาพ 7 กรอบแนวคิดการวิจัย**



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินงานวิจัย

##### รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) โดยดำเนินการวิจัยเป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ดำเนินการการศึกษาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความรู้ ทักษะ พฤติกรรมและอุปสรรคทั้งภายในและภายนอกต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทยจาก 7 สถาบัน ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ระหว่างปีการศึกษา 2548 ถึง 2562 โดยการสอบถามผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์

##### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาระดับปริญญาโทและปริญญาเอก สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทยจาก 7 สถาบัน ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จำนวน 393 คน (ตามภาคผนวก ก) และกำลังประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดในสถานพยาบาลหรือสถานประกอบการด้านสุขภาพทุกระดับของทั้งภาครัฐและเอกชน

##### 1. เกณฑ์การคัดเลือก

นักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนและการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และมีเนื้อหาที่มีความเกี่ยวข้องกับการประเมินค่ารายงานผลการศึกษา จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา

ระดับปริญญาโทและปริญญาเอก สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทยจาก 7 สถาบัน ข้างต้น  
ระหว่างปีการศึกษา 2548 ถึง 2562

นักกายภาพบำบัดที่กำลังประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดในสถานพยาบาลหรือสถาน  
ประกอบการด้านสุขภาพทุกระดับของทั้งภาครัฐและเอกชนภายหลังสำเร็จการศึกษา  
ระดับบัณฑิตศึกษาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี

มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดที่มีอายุใช้งานได้ในปัจจุบัน

## 2. เกณฑ์การคัดออก

ผู้ตอบแบบสอบถามที่สำเร็จการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดจาก  
สถาบันต่างประเทศ

ผู้ตอบแบบสอบถามที่สำเร็จการศึกษาจากระดับหลักสูตรประกาศนียบัตรบัณฑิต  
สาขาวิชากายภาพบำบัด เนื่องจากในหลักสูตรไม่มีรายวิชาการปฏิบัติตาม EBP ชัดเจนเหมือนใน  
หลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาอื่น ๆ และเน้นการฝึกปฏิบัติงานทางคลินิกเป็นหลัก

ผู้ตอบแบบสอบถามที่สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา  
กายภาพบำบัด คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล เนื่องจากในหลักสูตรไม่มีรายวิชาการ  
ปฏิบัติตาม EBP เหมือนในหลักสูตรระดับปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัดอื่น ๆ และ  
เป็นหลักสูตรนานาชาติ

ผู้ตอบแบบสอบถามส่งแบบสอบถามกลับคืนแก่ผู้วิจัยเกินระยะเวลาที่กำหนด  
ในวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2564

ผู้ตอบแบบสอบถามที่ประกอบวิชาชีพอื่นซึ่งไม่ใช่วิชาชีพกายภาพบำบัด

แบบสอบถามที่ตอบซ้ำจะถูกคัดออก

## 3. เกณฑ์การยุติ

อาสาสมัครขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย

อาสาสมัครตอบคำถามไม่ครบถ้วนหรือปฏิเสธที่จะให้ข้อมูล

## การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

### 1. การวิจัยเชิงปริมาณ

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างคิดคำนวณโดยใช้สูตรของ Cochran ในปี ค.ศ. 1963 (Cochran, 1963) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ( $p < 0.5$ ) และความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 ดังสูตรการคำนวณนี้

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{(n_o - 1)}{N}}$$

$n$  หมายถึงจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา (Sample size)

$n_o$  หมายถึงจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากสูตร master formula (385 คน)

$N$  หมายถึงจำนวนประชากร (393 คน)

$$n = \frac{385}{1 + \frac{(385 - 1)}{393}}$$

$$n = 195$$

กลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยครั้งนี้มีจำนวนอย่างน้อยเท่ากับ 195 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยครั้งนี้จึงเท่ากับ 212 คน

การสุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นการสุ่มที่คำนึงถึงความน่าจะเป็นในการสุ่ม (Sampling) โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วน (Proportional sampling) ตามสัดส่วนของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาระดับปริญญาโทและปริญญาเอก สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทยในแต่ละสถาบันอุดมศึกษา

ตาราง 5 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละสถาบันอุดมศึกษา

สถาบันอุดมศึกษา	จำนวนนักกายภาพบำบัดระดับปริญญาโทและปริญญาเอก	ร้อยละต่อจำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
1. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	50	13	28
2. มหาวิทยาลัยนเรศวร	13	3	6
3. มหาวิทยาลัยมหิดล	196	50	106
4. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	1	0.2	1
5. มหาวิทยาลัยขอนแก่น	103	26	55
6. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	19	4.8	10
7. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	11	3	6
<b>รวม</b>	<b>393</b>	<b>100</b>	<b>212</b>

ในกรณีที่ไม่สามารถกระตุ้นอัตราการตอบกลับได้ครบตามจำนวนสัดส่วนที่ตั้งไว้ ภายในระยะเวลาการเก็บแบบสอบถาม (31 มีนาคม พ.ศ. 2564) ผู้วิจัยจะยอมรับอัตราการตอบกลับต่ำสุดที่ 30% ของจำนวนประชากรนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนและการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาระดับปริญญาโทหรือปริญญาเอกสาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย ซึ่งคิดเป็นจำนวน 118 คน และนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ (นิสาชล รัตนมณี & ประสพชัย พสุนนท์, 2562)

## 2. การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key information) ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposeful sampling) เริ่มต้นอย่างน้อย 7 คน โดยคัดเลือกนักกายภาพบำบัดจากแต่ละมหาวิทยาลัยอย่างน้อยสถาบันละ 1 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1. มีประสบการณ์ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดอย่างน้อย 2 ปี 2. ยินยอมเข้าร่วมการสัมภาษณ์ 3. เข้าร่วมการวิจัยเชิงปริมาณและการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามพบความสัมพันธ์ของข้อมูลไม่ตรงตามสมมุติฐานของการวิจัย เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติภายใต้กรอบของการศึกษาวิจัยและสามารถนำข้อมูลที่ได้อธิบายหรือสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณ และกลุ่มตัวอย่างที่ได้เพิ่มมาจากการบอกต่อเป็นทอด ๆ (Snowball sample) จนกว่าจะได้ข้อมูลอิ่มตัว (Data saturation)

### ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาระดับปริญญาโทและปริญญาเอก สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย

ทัศนคติต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัด

พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัด

อุปสรรคทั้งภายในและภายนอกต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิกของนักกายภาพบำบัด

ปัจจัยส่วนบุคคลทั้งภายในและภายนอกต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิกของนักกายภาพบำบัด

### เครื่องมือและการพัฒนาเครื่องมือ

#### 1. การนิยามแนวคิดของตัวแปร (Define the concept of variable)

แนวคิดที่ใช้อธิบายความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาระดับปริญญาโทสาขากายภาพบำบัดในประเทศไทยในงานวิจัยนี้ ใช้แนวคิดจาก ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ โดยมีการเพิ่มองค์ประกอบด้านอุปสรรคทั้งภายในและภายนอกของตัวนักกายภาพบำบัดต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

#### 2. การออกแบบมาตรวัด (Design the scale)

ใช้มาตรวัดนามบัญญัติ (Nominal scale) ในการศึกษาระดับความรู้และอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาระดับปริญญาโทหรือปริญญาเอก สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย

ใช้มาตรวัดลิเคิร์ต (Likert scale) ในการศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาระดับปริญญาโทหรือปริญญาเอก สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย

### 3. การร่างคำถามและเรียงลำดับคำถาม (Drafting and sequence the items)

#### 3.1 การวิจัยเชิงปริมาณ

ใช้แบบสอบถามออนไลน์รูปแบบ Google Form ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยพัฒนาขึ้นจากการอ้างอิงการศึกษาก่อนหน้าของ Jette ในปี ค.ศ. 2003 (Jette et al., 2003) ที่ได้ทำการสำรวจความรู้ ทศนคติและการปฏิบัติของนักกายภาพบำบัดประเทศสหรัฐอเมริกา และการศึกษาของ Alrowayeh ในปี ค.ศ. 2019 (Alrowayeh, Buabbas, Alshatti, AlSaleh, & Abulhasan, 2019) ที่ทำการสำรวจความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ ทักษะและอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดประเทศคูเวต โดยมีการเพิ่มรายละเอียดในส่วนของการประเมินความรู้และพฤติกรรมกรปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัด ซึ่งอ้างอิงจากพื้นฐานความรู้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Hoffmann et al., 2013; Sackett et al., 1992; Sackett et al., 2000)

แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (16 ข้อ)

คำถามปลายเปิดประกอบด้วยข้อมูลด้านประชากร เช่น เพศ อายุ จำนวนปีในการประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดหลังสำเร็จการศึกษา จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน ลักษณะการปฏิบัติงานทางกายภาพบำบัดและปริมาณเฉลี่ยของงานที่ปฏิบัติ เป็นต้น

## ส่วนที่ 2 ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

### ส่วนที่ 2.1 ความรู้ต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (10 ข้อ)

คำถามปลายเปิดประกอบด้วยคำถามด้านความรู้ต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

คำถามที่ใช้เป็นข้อสอบปรนัยแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก โดยมีคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว

ตอบถูก ได้คะแนน 1 คะแนน

ตอบผิด ได้คะแนน 0 คะแนน

โดยคะแนนจะอยู่ระหว่าง 0 ถึง 10 หลังจากนั้นนำค่าคะแนนที่ได้มาประเมินตามเกณฑ์คะแนนคิดเทียบเป็นร้อยละตามวิธีของ Joseph ในปี ค.ศ. 2011 (Joseph, 2011) ดังตาราง 6

ตาราง 6 เกณฑ์แปลผลคะแนนระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ระดับคะแนน	คำอธิบาย
$\geq 80\%$ ( $\geq 8$ คะแนน)	ดีมาก, มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับดีมาก
60 - 79% (6-7 คะแนน)	ดี, มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับดี
50 - 59% (5 คะแนน)	ปานกลาง, มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับปานกลาง
$\leq 49\%$ ( $\leq 4$ คะแนน)	น้อย, มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับน้อย

ส่วนที่ 2.2 ทศนคติต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (8 ข้อ) คำถามปลายเปิดประกอบด้วยคำถามด้านทศนคติต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจทางคลินิก คำตอบของแบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบว่าเห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้คะแนน	5	คะแนน
ตอบว่าเห็นด้วย	ได้คะแนน	4	คะแนน
ตอบว่าไม่แน่ใจ	ได้คะแนน	3	คะแนน
ตอบว่าไม่เห็นด้วย	ได้คะแนน	2	คะแนน
ตอบว่าไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้คะแนน	1	คะแนน

โดยคะแนนจะอยู่ระหว่าง 8 ถึง 40 หลังจากนั้นนำค่าคะแนนที่ได้มาประเมินตามเกณฑ์คะแนนคิดเทียบเป็นร้อยละตามวิธีของ Joseph ในปี ค.ศ. 2011 (Joseph, 2011) ดังตาราง 7

ตาราง 7 เกณฑ์แปลผลคะแนนระดับทศนคติต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ระดับคะแนน	คำอธิบาย
$\geq 80\%$ ( $\geq 32$ คะแนน)	ดีมาก, มีทศนคติต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับดีมาก
60 - 79% (24 - 31 คะแนน)	ดี, มีทศนคติต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับดี
50 - 59% (20 - 23 คะแนน)	ปานกลาง, มีทศนคติต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับปานกลาง
$\leq 49\%$ ( $\leq 19$ คะแนน)	น้อย, มีทศนคติต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับน้อย



ส่วนที่ 2.3 พฤติกรรมการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (6 ข้อ)  
คำถามปลายเปิดประกอบด้วยคำถามพฤติกรรมการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการ  
ตัดสินใจทางคลินิก คำตอบของแบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตอบว่าบ่อยครั้ง	ได้คะแนน	5	คะแนน
ตอบว่าบ่อย	ได้คะแนน	4	คะแนน
ตอบว่าบางครั้ง	ได้คะแนน	3	คะแนน
ตอบว่าไม่บ่อย	ได้คะแนน	2	คะแนน
ตอบว่าไม่เคย	ได้คะแนน	1	คะแนน

โดยคะแนนจะอยู่ระหว่าง 6 ถึง 30 หลังจากนั้นนำค่าคะแนนที่ได้มาประเมิน  
ตามเกณฑ์คะแนนคิดเทียบเป็นร้อยละตามวิธีของ Joseph ในปี ค.ศ. 2011 (Joseph, 2011)  
ดังตาราง 8

ตาราง 8 เกณฑ์แปลผลคะแนนระดับพฤติกรรมการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ระดับคะแนน	คำอธิบาย
$\geq 80\%$ ( $\geq 24$ คะแนน)	บ่อยมาก, พฤติกรรมการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับบ่อยมาก
60 - 79% (18 - 23 คะแนน)	บ่อย, พฤติกรรมการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับบ่อย
50 - 59% (15 - 17 คะแนน)	บางครั้ง, พฤติกรรมการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับบางครั้ง
$\leq 49\%$ ( $\leq 14$ คะแนน)	ไม่บ่อย, พฤติกรรมการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับไม่บ่อย

### ส่วนที่ 3 อุปสรรคต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (10 ข้อ)

คำถามปลายเปิดประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอุปสรรคในการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจทางคลินิก คำตอบของแบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ตัวเลือกตอบใช่ หมายถึง เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์  
ตอบไม่ใช่ หมายถึง เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

#### 3.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

3.2.1 ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญ โดยฝึกซ้อมการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่จะดำเนินการเก็บข้อมูลจริงภายใต้การดูแลจากผู้ทรงคุณวุฒิทางการวิจัยเชิงคุณภาพ ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยควรรวบรวมข้อมูลและประเด็นต่าง ๆ ในการสัมภาษณ์เตรียมไว้ เพื่อให้สามารถสัมภาษณ์ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน

3.2.2 แนวคำถามของแบบสัมภาษณ์ถูกพัฒนาขึ้นจากคำถามและวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และจากการอ้างอิงการศึกษาก่อนหน้าในปี ค.ศ. 2019 โดย Alrowayeh และคณะ (Alrowayeh et al., 2019) ที่ทำการสำรวจความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ ทักษะและอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดประเทศคูเวต โดยการสัมภาษณ์จะใช้คำถามที่มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ทศนคติและการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ส่วนที่ 2 อุปสรรคและแนวทางการแก้ไขเกี่ยวกับการนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้เพื่อการตัดสินใจทางคลินิก

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับบัณฑิตศึกษา

แนวของคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ดังแสดงในตาราง 9

## ตาราง 9 แสดงคำถามสำหรับใช้ในการสัมภาษณ์

หัวข้อ (Theme)	คำถามหลัก (Main question)	คำถามตาม (Follow question)	คำถามล้วงลึก (Probe question)
1. ทศนคติและการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์	- คุณคิดว่าความหมายของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์คืออะไร	- คุณคิดว่าการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวข้องกับงานกายภาพบำบัดอย่างไร	- คุณคิดอย่างไรกับบทบาทของนักกายภาพบำบัดในปัจจุบันกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์
	- คุณคิดว่าบทบาทของนักกายภาพบำบัดในการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ควรเป็นอย่างไร	- คุณคิดว่าศักยภาพของนักกายภาพบำบัดที่มีการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ควรเป็นอย่างไร	- คุณมีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างไร
		- การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในงานที่คุณทำ เป็นอย่างไร	- ภายหลังจากการเรียนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา คุณมี
			การนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้เพื่อการตัดสินใจทางคลินิกอย่างไร
			- คุณรู้สึกอย่างไรกับขอบเขตของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทำในปัจจุบัน

หัวข้อ (Theme)	คำถามหลัก (Main question)	คำถามตาม (Follow question)	คำถามล้วงลึก (Probe question)
2. อุปสรรคและแนวทางการแก้ไขเกี่ยวกับการนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้เพื่อการตัดสินใจทางคลินิก	- ภายหลังจากเรียนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาคุณคิดว่ามีปัจจัยปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกใดที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้เพื่อการตัดสินใจทางคลินิก	- เหตุใดปัจจัยดังกล่าวจึงเป็นอุปสรรคต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้เพื่อการตัดสินใจทางคลินิก	- คุณคิดว่าแนวทางหรือวิธีการใดที่สามารถจัดการ/แก้ไขอุปสรรคทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกดังกล่าว  - คุณมีแนวทางอย่างไรในการเข้าถึงและของบประมาณในการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการทำงาน  - คุณคิดว่าแนวโน้มในอนาคตของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับนักกายภาพบำบัดจะเป็นอย่างไร

หัวข้อ (Theme)	คำถามหลัก (Main question)	คำถามตาม (Follow question)	คำถามล้วงลึก (Probe question)
3. แนวทางการปรับปรุงการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักสูตรเชิงประจักษ์ในระดับบัณฑิตศึกษา	- คุณคิดว่าการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักสูตรเชิงประจักษ์ในระดับบัณฑิตศึกษา	- คุณคิดว่าการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักสูตรเชิงประจักษ์ในระดับบัณฑิตศึกษาในปัจจุบันมีความเหมาะสมหรือควรปรับปรุงหรือไม่อย่างไร	- แนวทางในการปรับปรุงการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักสูตรเชิงประจักษ์ในระดับบัณฑิตศึกษาควรเป็นอย่างไร
	- คุณได้รับความรู้ด้านการปฏิบัติตามหลักสูตรเชิงประจักษ์การเรียนการสอนในระดับบัณฑิตศึกษาอย่างไร		

#### 4. การเสาะหาผู้เชี่ยวชาญ (Seek the content expert)

ทำการเชิญผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัยมหิดล 2 ท่าน มหาวิทยาลัยเกษตร 2 ท่านและมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 1 ท่าน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ได้แก่ 1) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการและองค์ประกอบของการปฏิบัติตามหลักสูตรเชิงประจักษ์ทางกายภาพบำบัด 2) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎีความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ 3) มีความเชี่ยวชาญในการสร้างแบบสอบถามและกระบวนการศึกษาวิจัย และ 4) มีประสบการณ์ในการพิจารณาความตรงตามเนื้อหา

#### 5. การพิจารณาความตรงตามเนื้อหา (Content validity judgment)

ขั้นตอนที่ 1 นำแบบสอบถามพร้อมด้วยโครงร่างวิจัยฉบับย่อให้ผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยเรียนเชิญทั้ง 5 ท่าน เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัด ซึ่งกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็น 3 ระดับ คือ

- +1 หมายถึงคำถามสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัด
- 0 หมายถึงไม่แน่ใจว่าคำถามสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัด
- 1 หมายถึงคำถามไม่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัด

ขั้นตอนที่ 2 รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาแจกแจงตามระดับความคิดเห็น  
 ขั้นตอนที่ 3 คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Indexes of Item-Objective

Congruence; IOC) จากสูตร

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

IOC หมายถึงค่าดัชนีความสอดคล้อง

$\Sigma R$  หมายถึงคะแนนรวม

N หมายถึงจำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญให้ดูโดยพิจารณาปรับปรุงคำถามที่มีค่า IOC < 0.50 ให้มีความสมบูรณ์และชัดเจน

- เกณฑ์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC)

≥ 0.50 ข้อคำถามข้อนั้นสามารถวัดตัวแปรได้ตรงตามจุดประสงค์

< 0.50 ข้อคำถามข้อนั้นไม่สามารถวัดตัวแปรได้ตรงตามจุดประสงค์

ข้อคำถามต้องมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไปจึงจะนำข้อคำถามนั้นไปใช้ในการเก็บข้อมูล (Burns & Grove, 2001; บุญใจ ศรีสถิตยน์นรากร, 2555)

#### 6. การนำแบบสอบถามไปทดลองใช้เบื้องต้น (Preliminary item try-out)

ดำเนินการทดลองใช้แบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์กับกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน โดยคิดเป็นสัดส่วนนักศึกษา 15 คนและนักกายภาพบำบัด 15 คน ทำการทดสอบ 2 ครั้ง โดยห่างกันอย่างน้อย 1 สัปดาห์ (วรภูริ มุลลิน, 2555)

##### 6.1 เกณฑ์การคัดเลือก

นักศึกษากายภาพบำบัดระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 4 ที่ผ่านการเรียนการสอนในหัวข้อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และผ่านการฝึกปฏิบัติงานทางคลินิกกายภาพบำบัดหรือการฝึกปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง

นักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีและผ่านการอบรมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

##### 6.2 เกณฑ์การคัดออก

ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นนักศึกษากายภาพบำบัดระดับปริญญาตรีชั้นปีอื่น ๆ  
 ผู้ตอบแบบสอบถามที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีจากสาขาอื่น  
 ผู้ตอบแบบสอบถามที่สำเร็จการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัด  
 ผู้ตอบแบบสอบถามส่งแบบสอบถามกลับคืนแก่ผู้วิจัยเกินระยะเวลาที่กำหนด (3 วัน  
 นับจากวันที่ได้รับแบบสอบถาม)

#### 7. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability)

ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทดลองดังกล่าว จำนวน 30 คน ทำการตอบแบบสอบถาม  
 อิเล็กทรอนิกส์ ที่เหมือนกัน 2 ครั้ง โดยช่วงเวลาที่เหมาะสมในการวัดความรู้แต่ละครั้งไม่ควรห่าง  
 เกิน 3 วัน แต่ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาในตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ ทักษะการคิด พฤติกรรมและ  
 อุปสรรค จึงกำหนดช่วงเวลาช่วงระยะเวลาในการทดสอบห่างกันอย่างน้อย 1 สัปดาห์  
 (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2555; พิชญ์สินี ชมภูคำ, ม.ป.ป.)

7.1 การทดสอบความเที่ยงโดยวิธีวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายใน (Internal  
 consistency reliability) ทำการคำนวณค่าความเที่ยงด้วยสูตรสัมประสิทธิ์ครอนบาค-แอลฟา  
 (Cronbach's alpha coefficient)

$$\alpha = \left( \frac{k}{k-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum_{i=1}^k s_i^2}{s_p^2} \right)$$

$\alpha$	หมายถึงค่าสัมประสิทธิ์ของความเที่ยง
$k$	หมายถึงจำนวนข้อคำถามของแบบสอบถาม
$s_i^2$	หมายถึงความแปรปรวนของ $i$
$s_p^2$	หมายถึงความแปรปรวนคะแนนรวม/ความแปรปรวนระหว่างผู้ตอบ

- เกณฑ์การแปลผลสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา ( $\alpha$ )

0.90 – 1.00	มีความสอดคล้องภายในระดับสูงมาก
0.80 - 0.89	มีความสอดคล้องภายในระดับสูง
0.70 - 0.79	มีความสอดคล้องภายในระดับปานกลาง
0.60 - 0.69	มีความสอดคล้องภายในระดับต่ำ
< 0.60	มีความสอดคล้องภายในระดับต่ำมาก

ข้อคำถามต้องมีค่า  $\alpha$  ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไปจึงจะนำข้อคำถามนั้นไปใช้ในการเก็บข้อมูล  
 (DeVellis, 2012; บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2555)

7.2 การทดสอบความเที่ยงโดยวิธีทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) ทำการคำนวณค่าการทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีการ 2 วิธีตามชนิดของข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม คือ

7.2.1 การคำนวณหาค่าความเที่ยงแบบสอบถามในส่วนของความรู้และอุปสรรคใช้วิธี สัมประสิทธิ์แคปปา (Cohen's kappa coefficient )

$$K = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e}$$

K หมายถึงค่าสัมประสิทธิ์แคปปา

P<sub>o</sub> หมายถึงสัดส่วนความคิดเห็นที่สอดคล้อง

P<sub>e</sub> หมายถึงสัดส่วนความคิดเห็นที่สอดคล้องโดยบังเอิญ

- เกณฑ์แปลผลค่าสัมประสิทธิ์แคปปา

0.81 – 1.00 มีความสอดคล้องระดับดีมาก/ค่อนข้างสมบูรณ์

0.61 - 0.80 มีความสอดคล้องระดับดี

0.41 - 0.60 มีความสอดคล้องระดับปานกลาง

0.21 - 0.40 มีความสอดคล้องระดับพอใช้

≤ 0.20 มีความสอดคล้องระดับแย่มาก

ข้อคำถามต้องมีค่าสัมประสิทธิ์แคปปาตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไปจึงจะนำข้อคำถามนั้นไปใช้ในการเก็บข้อมูล (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2555; บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2540)

7.2.3 การคำนวณหาค่าความเที่ยงแบบสอบถามในส่วนของทัศนคติและการปฏิบัติใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation )

$$r_{xy} = \frac{n \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[n \sum x^2 - (\sum x)^2][n \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

r<sub>xy</sub> หมายถึงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับ y

∑x หมายถึงผลรวมของคะแนนชุด x

∑y หมายถึงผลรวมของคะแนนชุด y

∑x<sup>2</sup> หมายถึงผลรวมของคะแนนชุด x แต่ละตัวยกกำลังสอง

∑y<sup>2</sup> หมายถึงผลรวมของคะแนนชุด y แต่ละตัวยกกำลังสอง

∑xy หมายถึงผลรวมระหว่างผลคูณชุด x กับ y

n หมายถึงจำนวนคู่ของข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง



- เกณฑ์การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Hinkle, 1998)

0.90 - 1.00 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก

0.70 - 0.89 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

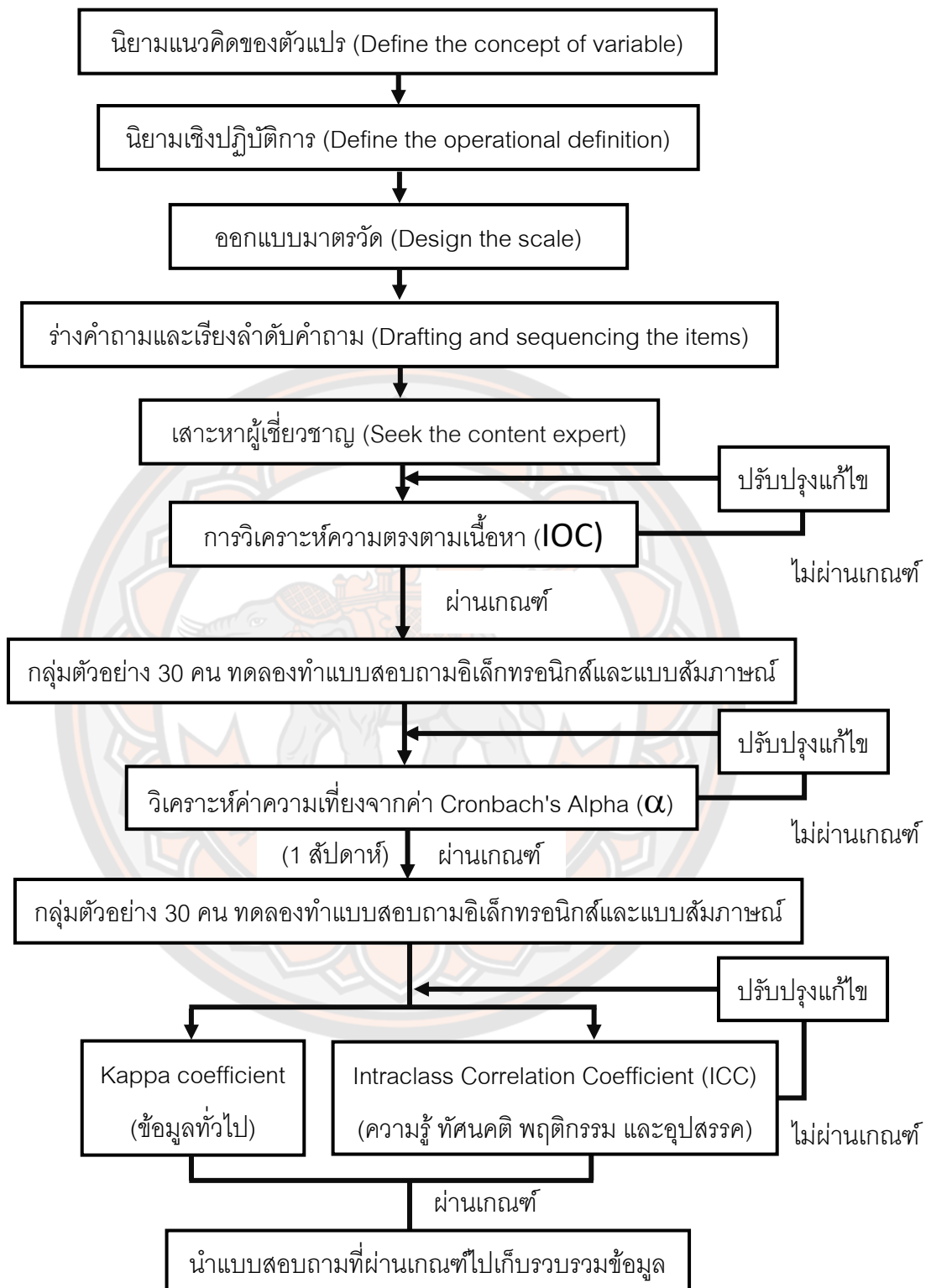
0.50 - 0.69 มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

0.30 - 0.49 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

< 0.30 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

ข้อคำถามต้องมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไปจึงจะนำข้อคำถามนั้นไปใช้ในการเก็บข้อมูล (Koo & Li, 2016; บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2555)





ภาพ 8 ขั้นตอนการพัฒนาแบบสอบถาม

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในรูปแบบเชิงอธิบายเป็นลำดับ (Sequential explanatory) โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณก่อนในระยะเวลาที่หนึ่ง แล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์เชิงคุณภาพในระยะเวลาที่สอง

### 1. การวิจัยเชิงปริมาณ

ภายหลังที่โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือและติดต่อไปยัง 7 สถาบัน ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒและมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เพื่อขอรายชื่อและข้อมูลการติดต่อของนิสิตที่สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาระดับปริญญาโทและปริญญาเอก สาขากายภาพบำบัด ระหว่างปีการศึกษา พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2562

1.1 ผู้วิจัยแจ้งนักกายภาพบำบัดผู้ประสานงาน หัวหน้ากลุ่มงานกายภาพบำบัดหรือผู้บังคับบัญชาในแต่ละโรงพยาบาล สถาบันอุดมศึกษาและนักกายภาพบำบัดในกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยและเพื่อดำเนินการตอบแบบสอบถามผ่านช่องทางการติดต่อหลักทางอินเทอร์เน็ต เช่น เฟสบุ๊ก ไลน์และอีเมล เป็นต้น และ/หรือช่องทางพื้นฐาน เช่น ไปรษณีย์หรือทางโทรศัพท์ เป็นต้น

1.2 ผู้ดำเนินการวิจัยจัดส่งแบบสอบถามออนไลน์เป็นรูปแบบ Google Form ให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยทางช่องทางอินเทอร์เน็ตข้างต้น โดยนักกายภาพบำบัดที่สนใจจะต้องอ่านวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของโครงการวิจัย คุณสมบัติของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม รวมถึงการปกปิดข้อมูลของผู้เข้าร่วมงานวิจัย จากนั้นทำการกดเครื่องหมายเครื่องหมายถูกลงในช่องว่าง  และกดยืนยันการเข้าร่วมโครงการในแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์แทนการลงนามแสดงความยินยอมว่ารับทราบข้อมูลและยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย และกดปุ่ม “ถัดไป” เพื่อเริ่มทำการตอบแบบสอบถาม

1.3 แบบสอบถามประกอบด้วยสามส่วน ได้แก่ ส่วนข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (16 ข้อ) ส่วนความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (24 ข้อ) ส่วนอุปสรรคต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (11 ข้อ) และ ส่วนความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (5 ข้อ) โดยผู้เข้าร่วมงานวิจัยจะต้องทำการตอบแบบสอบถามในส่วนก่อนหน้าให้ครบทุกข้อก่อนจึงจะสามารถกดปุ่ม “ถัดไป” เพื่อทำแบบสอบถามในส่วนต่อไปได้ โดยไม่สามารถย้อนกลับไปทำการตอบใหม่ในส่วนก่อนหน้าได้ เมื่อทำการตอบ

แบบสอบถามเสร็จแล้วให้ทำการกดปุ่ม “Submit” เพื่อเป็นการสิ้นสุดการทำแบบสอบถามและส่งข้อมูลให้แก่ผู้วิจัย ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 30 – 45 นาที

1.4 เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาในการกรอกแบบสอบถาม (31 มีนาคม พ.ศ. 2564) ผู้วิจัย กำหนดอัตราการตอบกลับอย่างน้อย 50% หรือ 196 คน ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (393 คน) โดยคณะผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องจากคำตอบที่ได้รับจาก Google form และนำข้อมูลที่มีความสมบูรณ์มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ในกรณีที่มีผู้เข้าร่วมวิจัยส่งแบบสอบถามกลับมาภายหลังสิ้นสุดระยะเวลาเก็บข้อมูล (31 มีนาคม พ.ศ. 2564) ทางผู้วิจัยจะไม่นำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และในกรณีที่ผู้ตอบแบบสอบถามทำการตอบแบบสอบถามซ้ำ โดยข้อมูลในส่วนที่ 1 มีข้อมูลคำตอบเหมือนกันทั้ง 16 ข้อคำถาม ผู้วิจัยจะคัดคำตอบจากแบบสอบถามชุดนั้นออกให้เหลือเพียงคำตอบฉบับเดียว

## 2. การวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามออนไลน์ 2 สัปดาห์ โดยในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณพร้อมทั้งระบุประเด็นสำคัญเพื่อใช้ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล โดยกำหนดระยะเวลาในการทำวิจัยเชิงคุณภาพเป็นระยะเวลา 6 เดือน ในช่วงเดือนเมษายน ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่

### 2.1 วิธีที่ 1 การสัมภาษณ์

2.1.1 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญตามเกณฑ์ที่คัดเลือก และดำเนินการติดต่อโดยใช้ข้อมูลเบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่และอีเมลที่ได้จากแบบสอบถามออนไลน์ เพื่อขอความร่วมมือเข้าร่วมให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์และนัดหมายวันและเวลาดำเนินการสัมภาษณ์ตามที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญสะดวก โดยมีการแจ้งอาสาสมัครว่าจะมีการบันทึกวีดีโอทั้งภาพและเสียงตลอดการสนทนา เพื่อขอความยินยอม พร้อมส่งข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครในโครงการวิจัยและหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยให้แก่ผู้ให้ข้อมูล

2.1.2 ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทำการลงนามยินยอมให้ข้อมูล (Sign consent form) โดยการลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์และส่งหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยกลับคืนแก่ผู้วิจัย การสัมภาษณ์ใช้วิธีสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการสัมภาษณ์ผ่านทางโปรแกรมวีดีโอคอลทางอินเทอร์เน็ต กูเกิลมีท (Google meet) เป็นช่องทางหลัก โดยใช้ชื่อห้อง

สัมภาษณ์ interview\_ebp\_thesis บันทึกข้อมูลโดยการจดและบันทึกคลิปวิดีโอการสัมภาษณ์  
ขั้นตอนการสัมภาษณ์มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์และความเชื่อใจ (Rapport) เป็นการสร้างบรรยากาศที่เป็นธรรมชาติ ไม่เป็นทางการ ผ่อนคลายและไม่เคร่งเครียด สร้างความคุ้นเคยโดยการกล่าวแบบเป็นกันเอง พูดคุยเรื่องทั่วไปก่อน (Small talk) ใช้ภาษากาย และน้ำเสียงสบาย ๆ ไม่จริงจังหรือเคร่งเครียด

ขั้นตอนที่ 2 การชี้แจง โดยผู้สัมภาษณ์แนะนำตัวเองพร้อมอธิบาย วัตถุประสงค์ของการวิจัยและสิทธิของผู้ให้ข้อมูล เช่น สิทธิในการยุติการสนทนา การให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจยินยอม เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 แจ้งผู้ให้ข้อมูลรับทราบก่อนเริ่มบันทึกวิดีโอการสัมภาษณ์ และดำเนินการสนทนาตามประเด็นวิจัย เน้นประเด็นการสัมภาษณ์ในเรื่องความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เพื่อตัดสินใจทางคลินิก โดยสร้างบรรยากาศการสนทนาที่ ผ่อนคลายและไม่เคร่งเครียด โดยเริ่มจากการสนทนาด้วยคำถามกว้าง ๆ แล้วค่อย ๆ ใช้ที่ เฉพาะเจาะจงมากขึ้น และเป็นคำถามปลายเปิดที่กระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องราว เช่น เพราะอะไร ทำอย่างไร แล้วยังไงต่อครับ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยใช้การฟังอย่างตั้งใจแบบ Active listening ในเรื่องราวที่ผู้ให้ข้อมูลกำลัง เล่าออกมา พร้อมแสดงความเข้าใจเพื่อกระตุ้นให้ผู้เล่าเปิดเผย เรื่องราว และตั้งใจฟังให้ได้ความจริงจากมุมมองหรือประสบการณ์จากผู้ให้ข้อมูล

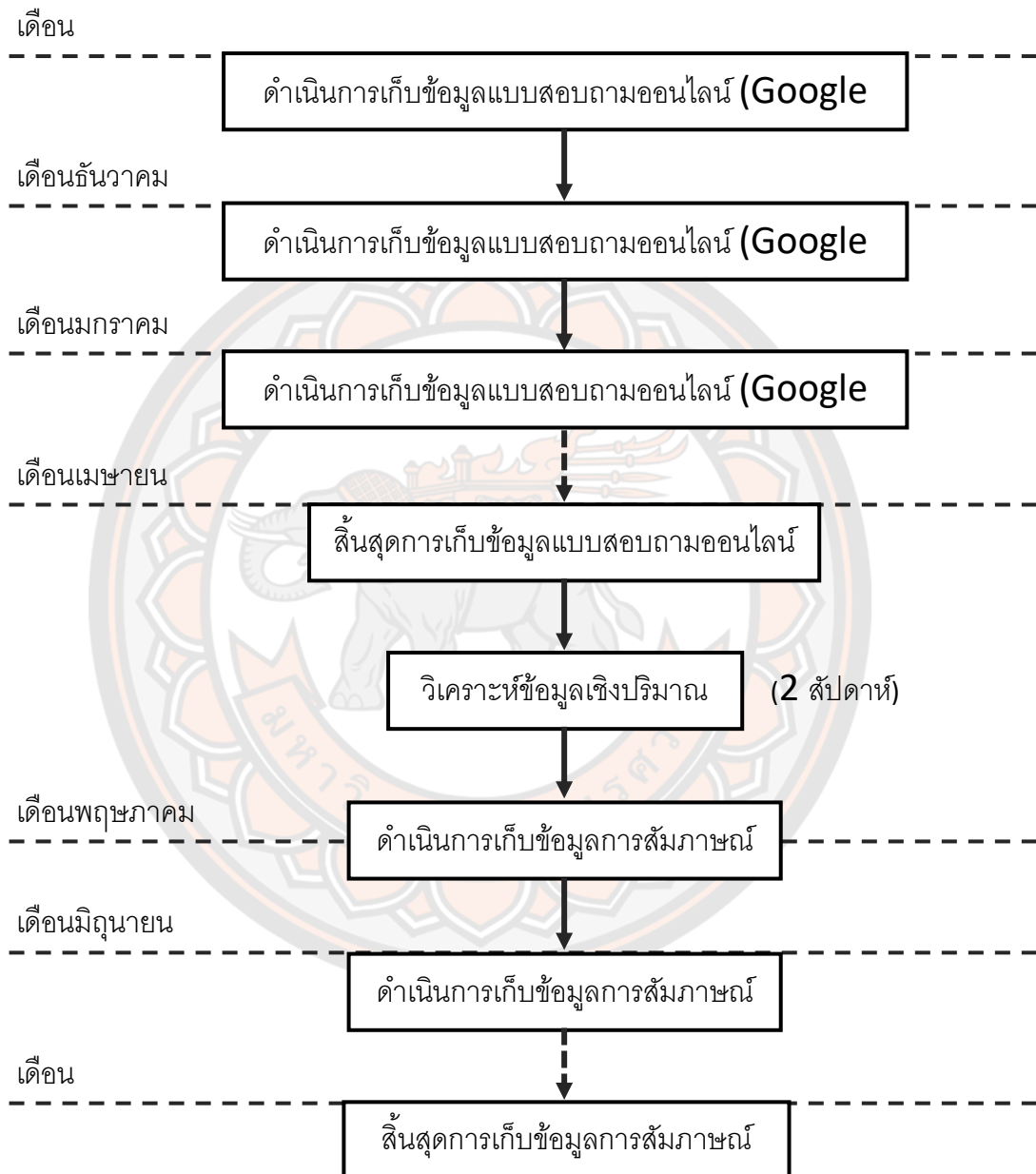
ขั้นตอนที่ 5 ระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะทำการบันทึกทั้งน้ำเสียง และคำพูด หากเกิดคำถามผุดขึ้นมาจากการได้รับทราบข้อมูล ผู้วิจัยจะรอให้ผู้ให้ข้อมูลพูด จบเสียก่อนจึงจะตั้งคำถามต่อไป โดยไม่มีการถามคำถามแทรกกลางคัน

ขั้นตอนที่ 6 การสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญแต่ละคนใช้เวลา สัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมงก่อนยุติการสนทนา การสัมภาษณ์แต่ละครั้งผู้วิจัยจะเน้น ถึงระบบการรักษาความลับที่เชื่อใจได้ และขออนุญาตเพื่อติดต่อกลับมาใหม่ ในกรณีต้องการ ข้อมูลเพิ่มเติมเมื่อเกิดประเด็นผุดขึ้นมาใหม่จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายอื่นในภายหลัง

## 2.2 วิธีที่ 2 การวิจัยเอกสาร (Documentary research)

นำเอกสารที่เป็นเอกสารชั้นต้น (Primary document) ที่เป็นเอกสารโครงสร้าง หลักสูตรการเรียนการสอนระดับบัณฑิตศึกษา สาขาพยาบาลบำบัด จาก 7 สถาบัน ซึ่งเป็นเอกสาร

สาธารณะ (Public document) ย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2562 มาทำการวิเคราะห์เนื้อหาของหลักสูตรที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์



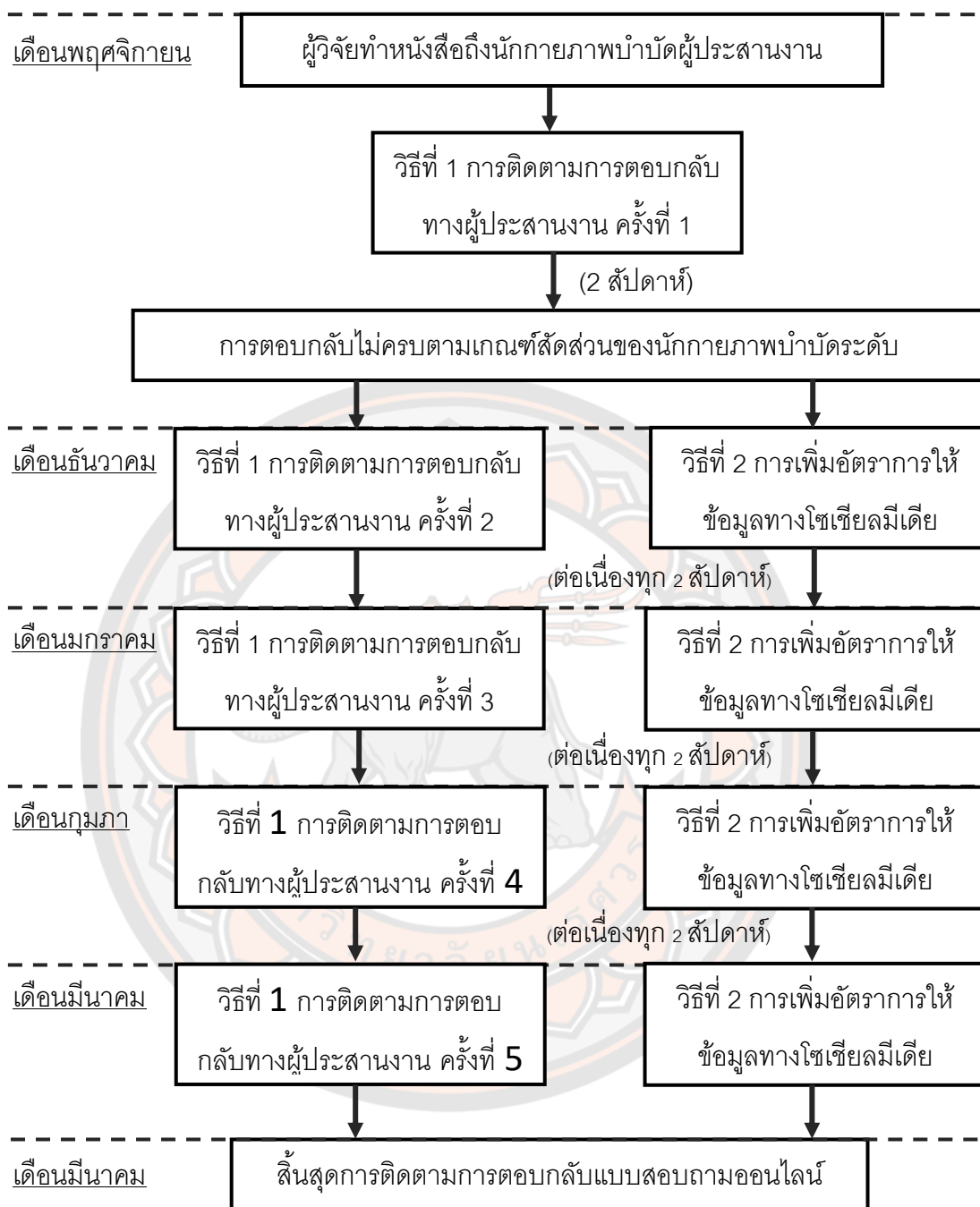
ภาพ 9 การเก็บรวบรวมข้อมูล

### วิธีการติดตามการตอบกลับแบบสอบถาม

ภายหลังจากวันที่ส่งหนังสือขอความร่วมมือและแบบสอบถามไปแล้ว 2 สัปดาห์ (เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563) ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบการตอบแบบสอบถามของนักกายภาพบำบัดจากสถาบันต่าง ๆ ว่าครบตามเกณฑ์สัดส่วนของนักกายภาพบำบัดระดับบัณฑิตศึกษาหรือไม่ หากการตอบกลับของนักกายภาพบำบัดเท่ากับหรือมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดจะถือว่าสิ้นสุดการติดตามการตอบกลับแบบสอบถาม แต่ในกรณีที่พบว่าการตอบกลับไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะดำเนินการติดตามการตอบกลับแบบสอบถามโดยแบ่งเป็น 4 วิธี ดังต่อไปนี้

วิธีที่ 1 การติดตามการตอบกลับทางผู้ประสานงาน ทำการติดต่อนักกายภาพบำบัดผู้ประสานงานผ่านช่องทางการติดต่อหลักทางอินเทอร์เน็ต และช่องทางพื้นฐานดังกล่าวข้างต้น เพื่อขอความอนุเคราะห์ให้กระตุ้นหรือส่งแบบสอบถามแก่นักกายภาพบำบัดในพื้นที่ ผู้วิจัยติดต่อนักกายภาพบำบัดผู้ประสานงานจำนวน 3 ครั้ง โดยการติดตามครั้งที่ 1 จะดำเนินการตั้งแต่วันที่ส่งหนังสือขอความร่วมมือและแบบสอบถาม ส่วนการติดตามครั้งที่ 2 และ 3 จะดำเนินการเมื่อผ่านไป 1 และ 2 เดือนตามลำดับ นับจากการติดตามครั้งที่ 1

วิธีที่ 2 การเพิ่มอัตราการให้ข้อมูลทางโซเชียลมีเดีย (Social media) โดยโพสต์ประกาศหรือแชร์ข้อความเชิญชวน และขอความอนุเคราะห์เข้าร่วมงานวิจัยและรหัส QR Code หรือลิงค์เว็บไซต์สำหรับทำแบบสอบถามผ่านทางเฟสบุ๊ก ไลน์และเว็บไซต์ ทุก ๆ 2 สัปดาห์ตั้งแต่วันที่ส่งแบบสอบถาม (เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563) ไปยังนักกายภาพบำบัดผู้ประสานงาน หัวหน้ากลุ่มงานกายภาพบำบัดหรือผู้บังคับบัญชาในแต่ละโรงพยาบาล สถาบันอุดมศึกษาและนักกายภาพบำบัดในกลุ่มตัวอย่าง จนสิ้นสุดระยะเวลาในการกรอกแบบสอบถาม เพื่อเพิ่มโอกาสในการพบเจอและการตอบกลับแบบสอบถาม



ภาพ 10 การติดตามการตอบกลับแบบสอบถาม

หมายเหตุ: วิธีที่ 1 คือการติดตามการตอบกลับทางผู้ประสานงาน

วิธีที่ 2 การเพิ่มอัตราการให้ข้อมูลทางโซเชียลมีเดีย



## วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

### 1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

#### ส่วนที่ 1

วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่ามากที่สุด (Max) และ ค่าน้อยที่สุด (Min)

#### ส่วนที่ 2

ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ โดยชั้นแรกแปลผลคะแนนในแต่ละข้อของแบบสอบถามตามระดับคะแนนที่ได้กำหนดไว้ และชั้นตอนถัดมาดำเนินการรวมคะแนนในแต่ละส่วนของแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามากที่สุด ค่าน้อยที่สุดและค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขา กายภาพบำบัดในประเทศไทย ด้วยสถิติ Spearman's rank correlation และกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 95% ( $p < 0.5$ ) โดยใช้โปรแกรมคำนวณทางสถิติสำเร็จรูปในการวิเคราะห์

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและระดับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขา กายภาพบำบัดในประเทศไทย โดยใช้สถิติ Chi-Square test และกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 95% ( $p < 0.5$ )

#### ส่วนที่ 3

อุปสรรคภายในและภายนอกต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขา กายภาพบำบัดในประเทศไทย ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

### 2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 1 นำข้อมูลจากการสังเกตน้ำเสียงหรือท่าทางของผู้ให้ข้อมูลขณะที่ทำการสัมภาษณ์ และข้อความจากการสัมภาษณ์ มาเตรียมเพื่อที่จะทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการถอดเทปบันทึกเสียงจากการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Transcribe verbatim) ใส่งในโปรแกรมไมโครซอฟต์ เวิร์ด (Microsoft word)

ขั้นตอนที่ 2 อ่านข้อความจากการสัมภาษณ์ เพื่อตรวจสอบเนื้อหาการสัมภาษณ์ว่าสอดคล้องกับประเด็นที่ตั้งไว้หรือไม่ และมีรายละเอียดเพียงพอหรือไม่

ขั้นตอนที่ 3 อ่านข้อมูลดิบแบบพิจารณา (Closed reading) เพื่อระบุประเด็นหลัก (Theme) แล้วกำหนดเป็นรหัสและนิยามของประเด็นหลัก (Open coding) และกำหนดนิยามของรหัสที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตัวอย่างและนิยามของรหัส ซึ่งการกำหนดรหัสควรทำร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านงานวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เข้าใจความหมายไปในแนวทางเดียวกัน ดังแสดงในตาราง 10 และ 11

ตาราง 10 แสดงการกำหนดประเด็นหลัก

ประเด็นหลัก (Theme)	รหัส (Code)	นิยาม (Definition)

ตาราง 11 แสดงการกำหนดนิยามรหัส

ชื่อรหัสภาษาไทย	ชื่อรหัสภาษาอังกฤษ	ตัวอย่าง	นิยามรหัส

ขั้นตอนที่ 4 ทำการกำหนดรหัส (Code) และนิยามของรหัสนั้น ๆ โดยคำที่ใช้เป็นรหัสและนิยามของรหัสต้องมีความหมายครอบคลุมอยู่ในประเด็นหลัก

ขั้นตอนที่ 5 ผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 1 คน ทำการอ่านข้อความที่เป็นข้อมูลดิบแบบพิจารณาที่อยู่ในโปรแกรมไมโครซอฟต์ เวิร์ดอีกครั้ง เพื่อให้ได้ผลการติดป้ายรหัส (Code labeling) ที่เหมือนกันหรือเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และเพื่อตรวจสอบว่าข้อความนั้นสอดคล้องกับรหัสของประเด็นหลักข้อใดมากที่สุดแล้วจึงติดป้ายรหัสประจำประเด็นหลักนั้นไว้ หลังจากนั้นนำผลการติดป้ายมาเปรียบเทียบเทียบกันระหว่างผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 1 คน เพื่อลดการเกิดอคติ ซึ่งข้อความที่ติดป้ายต้องมีความชัดเจน โดยอาจมีความหมายคล้ายตามหรือขัดแย้งกันแต่ต้องอยู่ในประเด็นเดียวกัน ดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12 แสดงการจัดหมวดหมู่ตามรหัส

บทสนทนา	Code-file	ประเด็นหลัก	Comment

ขั้นตอนที่ 6 นำข้อมูลที่ผ่านการอ่านแยกรหัสแล้ว มาจัดแสดงข้อมูล (Data display) โดยนำข้อความที่ติดป้ายรหัสแล้วมาจัดระเบียบให้อยู่ในกลุ่มเดียวกันโดยใช้โปรแกรมไมโครซอฟท์เอ็กเซล (Microsoft excel) ในการจัดแสดงข้อมูลตามประเด็นหลัก แบ่งเป็นสองส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 การจัดแสดงข้อมูลเพื่อพรรณนากลุ่มข้อมูล นำข้อความที่ติดป้ายรหัสมาจัดเป็นกลุ่มเดียวกัน เพื่อให้มองเห็นความเหมือน ความแตกต่างและความสัมพันธ์ที่อยู่ในประเด็นหลักเดียวกัน ทำการอ่านทบทวนเพื่อแยกความหลากหลายของประเด็นหลักส่วนที่ต่างกันให้ตั้งเป็นประเด็นย่อยแยกกัน และส่วนที่เหมือนกันให้ใส่ในประเด็นย่อยเดียวกัน

ส่วนที่ 2 การจัดแสดงข้อมูลเพื่อวิเคราะห์และสร้างคำอธิบายเชิงเหตุผล นำข้อความที่ถูกจัดกลุ่มมาสร้างข้อความเชิงวิเคราะห์ (Analytic text) ซึ่งต้องใช้หลักวิเคราะห์ด้วยมุมมองของคนใน (Emic analytic text) ที่เข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยมุมมองของคนใน ทำการอ่านแต่ละประเด็นย่อยเพื่อให้เกิด "ข้อค้นพบ" จากแต่ละกลุ่มข้อมูล ดังตาราง 13

**ตาราง 13 แสดงการจัดเรียงข้อมูล**

Code-file	Content	Code theme	Analytic text

ขั้นตอนที่ 7 นำข้อความเชิงวิเคราะห์ทั้งหมดมาจัดแสดงใหม่เป็นกลุ่มเรียก "ข้อสรุปย่อย" แล้วนำข้อสรุปย่อยแต่ละข้อที่ได้มาเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างกันที่ใหญ่ขึ้น เพื่อสร้างคำอธิบายและกลายเป็นข้อสันนิษฐาน (Assumption) แล้วนำหัวข้อสันนิษฐานเหล่านี้มาเชื่อมโยงความสัมพันธ์กันจนกลายเป็นบทสรุปใหญ่ หรือแปลความ (Interpreted) ของปรากฏการณ์ที่ศึกษา

ขั้นตอนที่ 8 การสอบทานความจริงและความแม่นยำ (Verification) ของบทสรุปสามารถดำเนินการได้ด้วยวิธีการ ดังต่อไปนี้

วิธีที่ 1 การตรวจสอบแหล่งข้อมูล (Data triangulation) โดยข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นั้นมาจากผู้ให้ข้อมูลที่ผ่านการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทยจากแต่ละสถาบัน ทำให้ข้อมูลที่รวบรวมมาได้มาจากแหล่งใดแหล่งหนึ่ง ซึ่งมีบริบทแวดล้อมที่หลากหลายทำให้สามารถสอบถามข้อมูลได้

วิธีที่ 2 การตรวจสอบตัวนักวิจัย โดยการฝึกการสัมภาษณ์จากผู้เชี่ยวชาญก่อน  
ลงเก็บข้อมูลจริง

วิธีที่ 3 การตรวจสอบกระบวนการวิเคราะห์ โดยดูขั้นตอนการวิเคราะห์ว่า  
เป็นไปตามมาตรฐาน โปร่งใส สามารถตรวจสอบย้อนกลับได้ทุกขั้นตอนหรือไม่ และทำการ  
ตรวจสอบสามเส้าโดยใช้ผู้วิเคราะห์ข้อมูลหลายคน (Multiple analyst triangulation)



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจระดับความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรมและอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาระดับปริญญาโทหรือปริญญาเอก สาขา กายภาพบำบัดในประเทศไทย จำนวน 393 คน ที่สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขา กายภาพบำบัดในประเทศไทยจาก 7 สถาบัน ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒและมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ระหว่างปีการศึกษา 2548 ถึง 2562 โดยมีผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้ การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านกายภาพบำบัด 5 ท่าน แบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) รายข้อเท่ากับ 0.6 ถึง 1 และ ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้แก่ การทดสอบความเชื่อมั่นความคงที่ของแบบสอบถามส่วน ความรู้มีค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แคปปา (Cohen's kappa coefficient) จำนวน 30 คน เท่ากับ 0.82 (นักศึกษากายภาพบำบัดชั้นปีที่ 4 เท่ากับ 0.76, นักกายภาพบำบัดที่จบระดับปริญญาตรี เท่ากับ 1.00) และส่วนทักษะคิดและส่วนพฤติกรรมการปฏิบัติตาม EBP มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จำนวน 30 คน เท่ากับ 0.98 (นักศึกษากายภาพบำบัดชั้นปีที่ 4 เท่ากับ 0.98, นักกายภาพบำบัดที่จบระดับปริญญาตรี เท่ากับ 0.98) และ 0.97 (นักศึกษากายภาพบำบัดชั้นปีที่ 4 เท่ากับ 0.98, นักกายภาพบำบัดที่จบระดับปริญญาตรี เท่ากับ 0.96) ตามลำดับ และการทดสอบความเชื่อมั่นความสอดคล้องภายในของ ส่วนความรู้ ส่วนทักษะคิด และส่วนพฤติกรรมการปฏิบัติตาม EBP มีค่าความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) ระหว่างครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 จำนวน 30 คนเท่ากับ 0.95 (นักศึกษากายภาพบำบัดชั้นปีที่ 4 เท่ากับ 0.95, นักกายภาพบำบัดที่จบระดับปริญญาตรี เท่ากับ 0.95), 0.98 (นักศึกษากายภาพบำบัดชั้นปีที่ 4 เท่ากับ 1.00, นักกายภาพบำบัดที่จบระดับปริญญาตรี เท่ากับ 0.97) และ 0.97 (นักศึกษากายภาพบำบัดชั้นปีที่ 4 เท่ากับ 0.91, นักกายภาพบำบัดที่จบระดับปริญญาตรี เท่ากับ 0.97) ตามลำดับ การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลขสำคัญ

โครงการ : P10137/63 เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2563 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ตั้งแต่วันที่ 10 ตุลาคม 2563 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564

### การวิจัยเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามออนไลน์เป็นรูปแบบ Google Form และได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 82 ชุด คิดเป็นร้อยละ 38.68 ของแบบสอบถามทั้งหมดจากกลุ่มตัวอย่าง 212 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 100.00 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และเสนอผลการวิเคราะห์ โดยใช้ตารางและรูปภาพประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 7 ตอน ตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับความรู้ต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ระดับทัศนคติต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์อุปสรรคต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ตอนที่ 6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัด

ตอนที่ 7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรกับระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

โดยมีสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

$n$  หมายถึง จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา (Sample size)

$\bar{x}$  หมายถึง ค่าเฉลี่ยเลขคณิตของข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง

$S.D.$  หมายถึง ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง

$p$  หมายถึง ค่าความน่าจะเป็น

\* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม  
ตาราง 14 ข้อมูลคุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถาม

คุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถาม (n=82)	จำนวนคน (ร้อยละ)
<b>1. เพศ</b>	
หญิง	62 (75.61)
ชาย	20 (24.39)
<b>2. อายุ</b>	
21 – 30 ปี	39 (47.56)
31 – 40 ปี	40 (48.78)
41 – 50 ปี	3 (3.66)
51 – 60 ปี	-
มากกว่า 60	-
<b>3. ระดับการศึกษาสูงสุด</b>	
ปริญญาโท	64 (78.05)
ปริญญาเอก	18 (21.95)
<b>4. สถาบันอุดมศึกษา</b>	
มหาวิทยาลัยมหิดล	51 (62.19)
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	9 (10.98)
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	2 (2.44)
มหาวิทยาลัยนเรศวร	14 (17.07)
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	2 (2.44)
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	2 (2.44)
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	2 (2.44)
<b>5. เคยเรียน EBP ในระดับบัณฑิตศึกษา</b>	
เคย	82 (100)
ไม่เคย	-
<b>6. ความเพียงพอของหลักสูตร EBP</b>	
เพียงพอ	62 (75.61)
ไม่เพียงพอ	20 (24.39)

คุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถาม (n=82)	จำนวนคน (ร้อยละ)
<b>7. รูปแบบการเรียนรู้ EBP ในระดับบัณฑิตศึกษา</b>	
การสัมมนา	18 (21.95)
การบรรยาย	16 (19.51)
การระดมสมอง	1 (1.22)
การทำวิทยานิพนธ์	31 (37.81)
การใช้วิจัยเป็นฐาน	11 (13.41)
การใช้ปัญหาเป็นฐาน	2 (2.44)
การศึกษาค้นคว้าโดยอิสระ	1 (1.22)
การนำเสนอผลการสืบค้น	2 (2.44)
การใช้กรณีศึกษา	-
การสะท้อนความคิด	-
การสรุปประเด็นสำคัญ	-
<b>8. ระยะเวลาในการประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด</b>	
น้อยกว่า 5 ปี	49 (59.76)
5 – 10 ปี	28 (34.15)
11 – 15 ปี	5 (6.09)
มากกว่า 15 ปี	-
<b>9. ประเภทของสถานที่ทำงาน</b>	
สถานพยาบาลภาครัฐ	32 (39.02)
สถานพยาบาลภาคเอกชน	11 (13.41)
มหาวิทยาลัย	29 (35.37)
บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน	10 (12.20)
คลินิกส่วนตัว	-
<b>10. ชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์</b>	
น้อยกว่า 20 ชั่วโมง/สัปดาห์	16 (19.51)
20 – 30 ชั่วโมง/สัปดาห์	19 (23.17)
31 – 40 ชั่วโมง/สัปดาห์	29 (35.37)
มากกว่า 40 ชั่วโมง/สัปดาห์	18 (21.95)
<b>11. จำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวัน</b>	
น้อยกว่า 5 คน/วัน	36 (43.91)
5 – 10 คน/วัน	32 (39.01)
10 – 15 คน/วัน	7 (8.54)
มากกว่า 15 คน/วัน	7 (8.54)



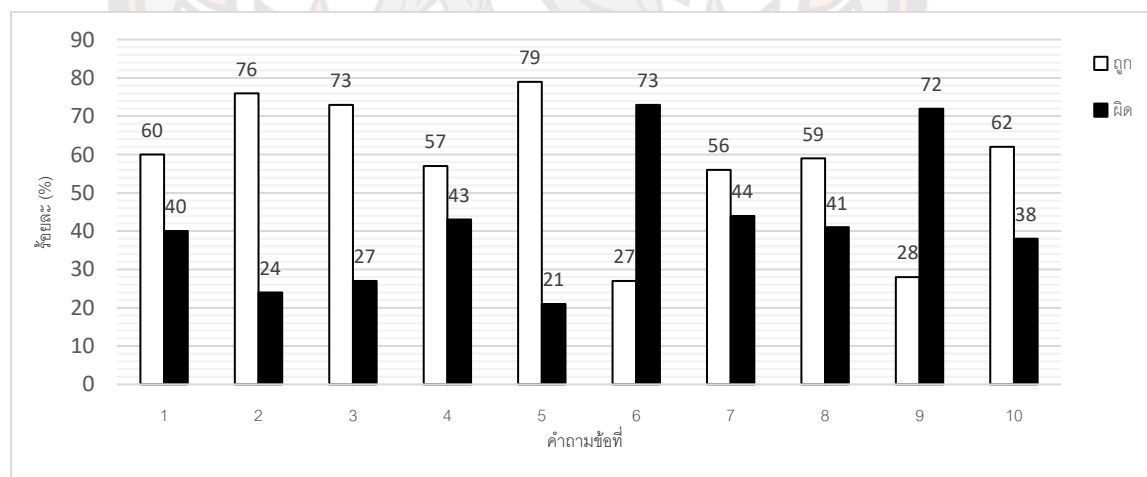
คุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถาม (n=82)	จำนวนคน (ร้อยละ)
<b>12. จำนวนนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงาน</b>	
น้อยกว่า 5 คน	36 (43.91)
5 – 10 คน	24 (29.27)
10 – 15 คน	11 (13.41)
มากกว่า 15 คน	11 (13.41)
<b>13. ลักษณะการทำงาน</b>	
การรักษาผู้ป่วย	42 (51.22)
การทำงานวิจัย	12 (14.63)
การสอน	28 (34.15)
<b>14. ลักษณะงานทางกายภาพบำบัด</b>	
Musculoskeletal PT	42 (51.22)
Neurological PT	15 (18.29)
Pediatric PT	6 (7.32)
Cardiovascular and Respiratory PT	4 (4.88)
Geriatric PT	3 (3.66)
Community PT	7 (8.54)
Sport PT	5 (6.09)
<b>15. อาจารย์พิเศษทางคลินิก</b>	
ใช่	30 (36.59)
ไม่ใช่	52 (63.41)

จากตาราง 14 แสดงให้เห็นว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 62 คน (คิดเป็นร้อยละ 75.61) มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 31 – 40 ปี (คิดเป็นร้อยละ 48.78) รองลงมาคือ ช่วงอายุ 21 – 30 ปี (คิดเป็นร้อยละ 47.56) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท (คิดเป็นร้อยละ 78.05) ในด้านสถาบันการศึกษาส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาจาก มหาวิทยาลัยมหิดล (คิดเป็นร้อยละ 62.19) แบบสอบถามทั้งหมดเคยผ่านการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาศาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย (คิดเป็นร้อยละ 100) และคิดว่าเนื้อหาการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาศาขากายภาพบำบัดในประเทศไทยมีความเพียงพอ (คิดเป็นร้อยละ 75.61) รูปแบบการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาศาขากายภาพบำบัดในประเทศไทยส่วนใหญ่คือการทำวิทยานิพนธ์ (คิดเป็นร้อยละ 37.41) ในส่วนของระยะเวลาในการประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดส่วนใหญ่มีระยะเวลาอยู่

ในช่วงน้อยกว่า 5 ปี (คิดเป็นร้อยละ 59.76) และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลภาครัฐ (คิดเป็นร้อยละ 39.02) รองลงมาคือมหาวิทยาลัย (คิดเป็นร้อยละ 35.37) โดยมีชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์อยู่ในช่วง 31 – 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (คิดเป็นร้อยละ 35.37) มีจำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวันน้อยกว่า 5 คนต่อวัน (คิดเป็นร้อยละ 43.91) และมีจำนวนนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 คน (คิดเป็นร้อยละ 43.91) อีกทั้งผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีลักษณะการทำงานคือการรักษาผู้ป่วย (คิดเป็นร้อยละ 51.22) โดยมีลักษณะงานคือ Musculoskeletal PT (คิดเป็นร้อยละ 51.22) และส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นอาจารย์พิเศษทางคลินิก (คิดเป็นร้อยละ 63.41) รองลงมาคือเป็นอาจารย์พิเศษทางคลินิก (คิดเป็นร้อยละ 36.59) ตามลำดับ

## ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับความรู้ต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 82 คน มีระดับความรู้อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 47.56, 39 คน) รองลงมาคือระดับน้อย (ร้อยละ 25.61, 21 คน) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 20.73, 17 คน) และระดับดีมาก (ร้อยละ 6.10, 5 คน) ตามลำดับ โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ย =  $5.62 \pm 1.45$  (median 6, max 8, min 3) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยมีคำถามข้อที่ 6 และ ข้อที่ 9 ที่มีร้อยละผู้ที่ตอบผิดมากกว่าผู้ที่ตอบถูก ส่วนข้ออื่น ๆ นั้นผู้ตอบแบบสอบถามมีร้อยละผู้ตอบถูกมากกว่าผู้ที่ตอบผิด (ภาพ 11)



ภาพ 11 สัดส่วนผู้ตอบคำถามส่วนความรู้ต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

หมายเหตุ: ข้อที่ 1-3 สอบถามเกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ข้อที่ 4-5 สอบถามเกี่ยวกับฐานข้อมูลและการสืบค้นงานวิจัย

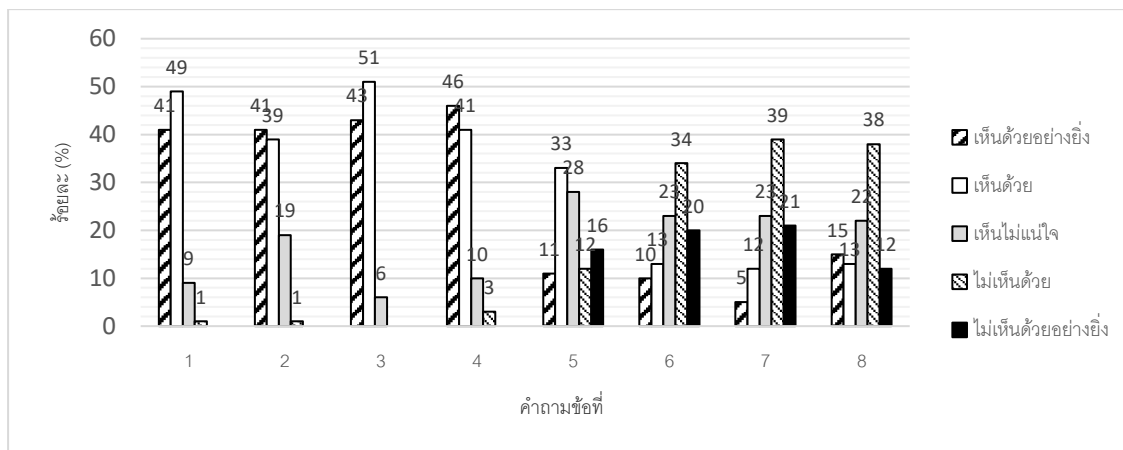
ข้อที่ 6-7 สอบถามเกี่ยวกับการประเมินความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ข้อที่ 8-9 สอบถามเกี่ยวกับการแปลผลงานวิจัย

ข้อ 10 สอบถามขั้นตอนประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

### ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ระดับทัศนคติต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับทัศนคติอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 54.88, 45 คน) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 32.93, 27 คน) และทัศนคติระดับดี (ร้อยละ 12.19, 10 คน) โดยที่ไม่มีนักกายภาพบำบัดได้คะแนนในระดับน้อย และมีคะแนนทัศนคติเฉลี่ย =  $30.71 \pm 4.54$  (median 32, max 40, min 19) จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน (ภาพ 12)



ภาพ 12 สัดส่วนผู้ตอบคำถามส่วนทัศนคติต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

หมายเหตุ: ข้อที่ 1 ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดีและเหมาะสมที่สุด

ข้อที่ 2 ช่วยลดระยะเวลาในการให้บริการผู้ป่วย

ข้อที่ 3 ช่วยเพิ่มคุณภาพการบริการผู้ป่วยได้ดีขึ้น

ข้อที่ 4 ควรใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการรักษาผู้ป่วยมากขึ้น

ข้อที่ 5 เพิ่มความซับซ้อนของงานกายภาพบำบัดมากขึ้น

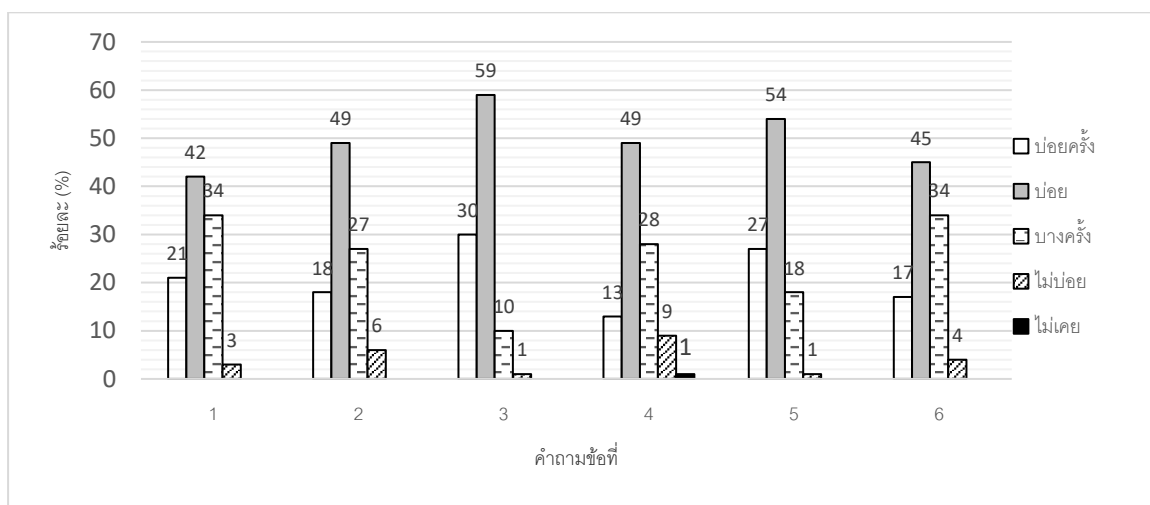
ข้อที่ 6 ไม่ได้จำเป็นต่อการรักษาผู้ป่วยทุกอาการ

ข้อที่ 7 ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น

ข้อที่ 8 ขั้นตอนการประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้มีมากเกินไป

#### ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 82 คน (n=82) พบว่ามีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับบ่อยมาก (ร้อยละ 53.67, 44 คน) รองลงมาคือระดับบ่อย (ร้อยละ 30.48, 25 คน) นอกจากนี้มีผู้ตอบกลับร้อยละ 15.85 มีระดับพฤติกรรมระดับบางครั้ง (13 คน) และไม่มีนักกายภาพบำบัดได้คะแนนในระดับไม่บ่อย โดยมีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย =  $23.29 \pm 3.19$  (median 24, max 30, min 18) จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (ภาพ 13)



ภาพ 13 สัดส่วนผู้ตอบคำถามส่วนพฤติกรรมการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

หมายเหตุ: ข้อที่ 1 อ่าน / ทบทวนงานวิจัย / บทความที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางคลินิก

ข้อที่ 2 สร้างคำถาม / ข้อสงสัยเพื่อใช้ในการหาคำตอบต่อปัญหาทางคลินิก

ข้อที่ 3 ใช้ PubMed หรือฐานข้อมูลอื่น ๆ เพื่อสืบค้นวรรณกรรม / งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

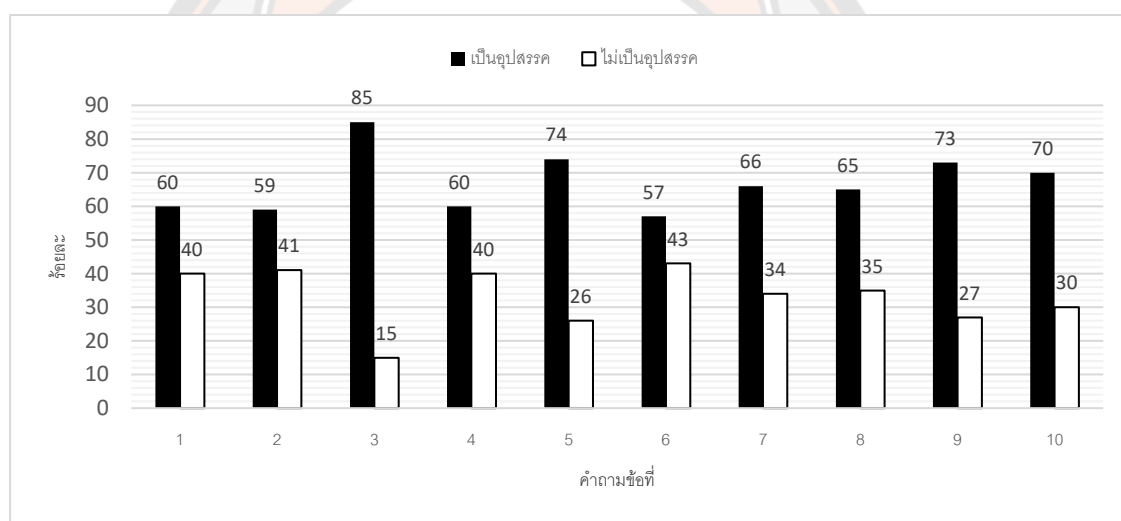
ข้อที่ 4 ทำการประเมินความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของบทความหรือผลการวิจัยที่พบ

ข้อที่ 5 ใช้บทความหรือผลการวิจัยที่น่าเชื่อถือในกระบวนการตัดสินใจทางคลินิก

ข้อที่ 6 ทำการประเมินผลการปฏิบัติจากการนำบทความหรือผลการวิจัยมาใช้ทางคลินิก

### ตอนที่ 5 การวิเคราะห์อุปสรรคต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการไม่มีเวลาในการค้นคว้าหรือนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เป็นอุปสรรคมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85.36 รองลงมาคือความรู้ในการประเมินคุณภาพหลักฐานประจักษ์ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 74.39 มีค่าใช้จ่ายในการนำหลักฐานมาใช้ คิดเป็นร้อยละ 73.17 ขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับหัวข้อที่สนใจ คิดเป็นร้อยละ 69.52 ขาดการสนับสนุนจากที่ทำงาน/องค์กร คิดเป็นร้อยละ 65.85 มีความแตกต่างของข้อสรุประหว่างหลักฐานในหัวข้อเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 64.63 ขาดความสนใจในการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ คิดเป็นร้อยละ 60.98 อุปสรรคด้านภาษา คิดเป็นร้อยละ 59.75 ขาดความรู้ในการประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้จริง คิดเป็นร้อยละ 58.54 และผู้ใช้บริการไม่ให้ความร่วมมือ คิดเป็นร้อยละ 57.31 ตามลำดับ (ภาพ 14)



ภาพ 14 สัดส่วนผู้ตอบคำถามส่วนอุปสรรคต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

- หมายเหตุ: ข้อที่ 1 ขาดความสนใจในการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์  
 ข้อที่ 2 ขาดความรู้ในการประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้จริง  
 ข้อที่ 3 การไม่มีเวลาในการค้นคว้าหรือนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้  
 ข้อที่ 4 อุปสรรคด้านภาษา  
 ข้อที่ 5 ความรู้ในการประเมินคุณภาพหลักฐานประจักษ์ไม่เพียงพอ  
 ข้อที่ 6 ผู้ใช้บริการไม่ให้ความร่วมมือ  
 ข้อที่ 7 ขาดการสนับสนุนจากที่ทำงาน/องค์กร  
 ข้อที่ 8 มีความแตกต่างของข้อสรุประหว่างหลักฐานในหัวข้อเดียวกัน  
 ข้อที่ 9 มีค่าใช้จ่ายในการนำหลักฐานมาใช้  
 ข้อที่ 10 ขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับหัวข้อที่สนใจ

### ตอนที่ 6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัด

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดโดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient; rs) พบว่าระดับความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวก (Positive correlation) กับระดับทัศนคติในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $rs = 0.724, p < 0.01$ ) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $rs = 0.454, p < 0.01$ ) และพบว่าระดับทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $rs = 0.749, p < 0.01$ ) (ตาราง 15)

ตาราง 15 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรมตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (KAP) ด้วย Spearman's rank correlation

	ระดับความรู้	ระดับทัศนคติ	ระดับพฤติกรรม
ระดับความรู้	-	-	-
ระดับทัศนคติ	0.724*	-	-
ระดับพฤติกรรม	0.454*	0.749*	-

หมายเหตุ: \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< 0.01$

### ตอนที่ 7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถามกับระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถามกับระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัด (ตาราง 16) โดยพบความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถามกับระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าระดับการศึกษา [ $\chi^2 (1 \text{ df}, N = 82) = 3.83, p = 0.049$ ] และลักษณะการทำงานของผู้ตอบแบบสอบถาม [ $\chi^2 (1 \text{ df}, N = 82) = 7.24, p = 0.027$ ] มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทจะมีระดับความรู้สูงกว่าผู้ที่ศึกษาระดับปริญญาเอก และผู้ที่มีลักษณะการทำงาน

ส่วนใหญ่เป็นการสอนจะมีระดับความรู้สูงสุด รองลงมาคือผู้ที่มีลักษณะการทำงานเป็นการรักษา และการทำวิจัย (ตาราง 17)

ตาราง 16 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถามกับร้อยละของระดับความรู้ ระดับทัศนคติ ระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

คุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถาม	ระดับความรู้	ระดับทัศนคติ	ระดับพฤติกรรม
	p-value	p-value	p-value
1. เพศ	0.562	0.443	0.736
2. อายุ	0.736	0.162	0.533
3. ระดับการศึกษาสูงสุด	<b>0.049*</b>	0.062	0.571
4. สถาบันอุดมศึกษา	0.141	0.392	0.058
5. เคยเรียน EBP ในระดับบัณฑิตศึกษา	0.555	0.795	0.496
6. ความเพียงพอของหลักสูตร EBP	0.320	0.617	0.573
7. รูปแบบการเรียน EBP ในระดับบัณฑิตศึกษา	0.174	0.188	0.056
8. ระยะเวลาในการประกอบวิชาชีพ	0.812	0.875	0.331
9. ประเภทของสถานที่ทำงาน	0.054	0.223	0.268
10. ชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์	0.915	0.894	0.574
11. จำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวัน	0.107	<b>0.038*</b>	<b>0.044*</b>
12. จำนวนนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงาน	0.462	0.820	0.128
13. ลักษณะการทำงาน	<b>0.027*</b>	<b>0.008*</b>	0.867
14. ลักษณะงานทางกายภาพบำบัด	0.813	0.078	0.165
15. อาจารย์พิเศษทางคลินิก	0.317	0.296	0.256

หมายเหตุ: \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, สถิติที่ใช้ Chi-Square test

คุณลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถามกับระดับทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า จำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวัน [ $\chi^2$  (2 df, N = 82) = 6.53, p = 0.038] และลักษณะการทำงานของผู้ตอบแบบสอบถาม [ $\chi^2$  (2 df, N = 82) = 9.73, p = 0.008] มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักกายภาพบำบัดที่ดูแลผู้ป่วยต่อวันจำนวนน้อย จะมีระดับทัศนคติดีกกว่านักกายภาพบำบัดที่มีจำนวนผู้ป่วยมาก นอกจากนี้ผู้ที่มีลักษณะการทำงานหลักเป็นการสอนจะมีระดับทัศนคติดีกว่าผู้ที่มีลักษณะการทำงานเป็นการรักษา และการทำวิจัย (ตาราง 17)

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถามกับระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าจำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวันมีความสัมพันธ์กับระดับ

พฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [ $\chi^2$  (2 df, number sample N = 82) = 6.27, p = 0.044] โดยนักกายภาพบำบัดที่มีจำนวนผู้ป่วยต่อวันน้อยจะมีระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์น้อยกว่านักกายภาพบำบัดที่มีจำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวันมาก (ตาราง 17)

**ตาราง 17 ความสัมพันธ์ระหว่างร้อยละของระดับความรู้ ระดับทัศนคติ ระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์กับคุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถาม**

### ระดับความรู้ (Knowledge)

คุณลักษณะ	ร้อยละระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (จำนวนคน)		$\chi^2$	p-value	
	ระดับความรู้ดี-ดีมาก	ระดับความรู้ปานกลาง-น้อย			
	ระดับการศึกษา	ปริญญาโท			46.3 (38)
	ปริญญาเอก	7.3 (6)	14.6 (12)		
ลักษณะการทำงาน	การรักษา	18.3 (15)	22.0 (18)	7.24	0.027*
	การทำวิจัย	4.9 (4)	11.0 (9)		
	การสอน	30.5 (25)	13.4 (11)		

หมายเหตุ: \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, สถิติที่ใช้ Chi-Square

ระดับความรู้ดี-ดีมาก หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับดี-ดีมาก

ระดับความรู้ปานกลาง-น้อย หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับปานกลาง-น้อย

### ระดับทัศนคติ (Attitude)

คุณลักษณะ	ร้อยละระดับทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (จำนวนคน)		$\chi^2$	p-value	
	ระดับทัศนคติดี-ดีมาก	ระดับทัศนคติปานกลาง-น้อย			
	1.จำนวนผู้ป่วย โดยเฉลี่ยต่อวัน	<5 คนต่อวัน			49.9 (36)
5-10 คนต่อวัน		17.1 (14)	2.4 (2)		
>10 คนต่อวัน		6.1 (5)	8.5 (7)		
2.ลักษณะการทำงาน	การรักษา	28.0 (23)	12.2 (10)	9.73	0.008*
	การทำวิจัย	4.9 (4)	11.0 (9)		
	การสอน	34.1 (28)	9.8 (8)		

หมายเหตุ: \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, สถิติที่ใช้ Chi-Square

ระดับทัศนคติดี-ดีมาก หมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับดี-ดีมาก

ระดับทัศนคติปานกลาง-น้อย หมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับปานกลาง-น้อย



## ระดับพฤติกรรม (Practice)

คุณลักษณะ		ร้อยละระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติ		$\chi^2$	P-value
		ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (จำนวนคน)			
		ระดับพฤติกรรมบ่อย-บ่อยมาก	ระดับพฤติกรรมบางครั้ง-ไม่บ่อย		
จำนวนผู้ป่วย โดยเฉลี่ยต่อวัน	<5 คนต่อวัน	56.1 (46)	9.8 (8)	6.27	0.044*
	5-10 คนต่อวัน	12.2 (10)	7.3 (6)		
	>10 คนต่อวัน	8.5 (7)	6.1 (5)		

หมายเหตุ: \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 , สถิติที่ใช้ Chi-Square

ระดับพฤติกรรมบ่อย-บ่อยมาก หมายถึง มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับบ่อย-บ่อยมาก

ระดับพฤติกรรมบางครั้ง-ไม่บ่อย หมายถึง มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับบางครั้ง-ไม่บ่อย

## การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured interviews) ดำเนินการสัมภาษณ์นักกายภาพบำบัด 7 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1. มีประสบการณ์ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดอย่างน้อย 3 ปี 2. ยินยอมเข้าร่วมการสัมภาษณ์ 3. เข้าร่วมการวิจัยเชิงปริมาณและพบความสัมพันธ์ของข้อมูลไม่ตรงตามสมมติฐานของการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์แบบ In-depth interview ผ่านทางโปรแกรมวีดีโอคอลทางอินเทอร์เน็ต กูเกิ้ลมีท (Google meet) เป็นช่องทางหลัก โดยใช้ชื่อห้องสัมภาษณ์ Interview\_ebp\_thesis บันทึกข้อมูลโดยการจดและบันทึกคลิปวีดีโอการสัมภาษณ์ระหว่างวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง 12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และเสนอผลการวิเคราะห์โดยใช้ตารางและคำอ้างอิงประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 6 ตอนการสัมภาษณ์ ตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

ตอนที่ 2 ทักษะคตินักกายภาพบำบัดต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ตอนที่ 3 พฤติกรรมของนักกายภาพบำบัดต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ตอนที่ 4 ปัจจัยและอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ตอนที่ 5 แนวทางแก้ไขอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ตอนที่ 6 การเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในหลักสูตรระดับ

บัณฑิตศึกษา

ตอนที่ 7 ทักษะคตินักกายภาพบำบัดต่อการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐาน

เชิงประจักษ์ในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

ผู้รับการสัมภาษณ์ทั้งหมดเป็นเพศหญิงจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31 – 40 ปี (คิดเป็นร้อยละ 71.42) รองลงมาคือช่วงอายุ 21 – 30 ปี (คิดเป็นร้อยละ 14.29) และช่วงอายุ 41 – 50 ปี (คิดเป็นร้อยละ 14.29) ตามลำดับ ผู้รับการสัมภาษณ์ทั้งหมดสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท (คิดเป็นร้อยละ 100.00) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาจากมหาวิทยาลัยมหิดล (คิดเป็นร้อยละ 28.57) มหาวิทยาลัยนเรศวร (คิดเป็นร้อยละ 28.57) มหาวิทยาลัยขอนแก่น (คิดเป็นร้อยละ 14.29) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (คิดเป็นร้อยละ 14.29) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (คิดเป็นร้อยละ 14.28) ทั้งหมดเคยผ่านการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาสาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย (คิดเป็นร้อยละ 100) และคิดว่าเนื้อหากการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาสาขากายภาพบำบัดในประเทศไทยมีความเพียงพอ (คิดเป็นร้อยละ 57.14) รูปแบบการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาสาขากายภาพบำบัดในประเทศไทยส่วนใหญ่คือการทำวิทยานิพนธ์ (คิดเป็นร้อยละ 42.86) โดยมีการใช้วิจัยเป็นฐานเป็นรูปแบบการเรียนที่มีการใช้น้อยที่สุด (คิดเป็นร้อยละ 14.29) ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดอยู่ในช่วงน้อยกว่า 5 ปี (คิดเป็นร้อยละ 71.43) รองลงมาคือช่วง 5 – 10 ปี (คิดเป็นร้อยละ 28.57) ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลภาครัฐ (คิดเป็นร้อยละ 42.86) และมีส่วนน้อยที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลภาคเอกชน (คิดเป็นร้อยละ 14.29) มีชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์อยู่ในช่วง 31 – 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (คิดเป็นร้อยละ 42.86) และ มากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (คิดเป็นร้อยละ 42.86) มีจำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวันน้อยกว่า 5 คนต่อวัน (คิดเป็นร้อยละ 57.14) มีจำนวนนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 คน (คิดเป็นร้อยละ 57.13) ส่วนใหญ่มีลักษณะการทำงานคือการรักษาผู้ป่วย (คิดเป็นร้อยละ 42.86) และมากกว่าครึ่งมีลักษณะงานทางกายภาพบำบัดคือ Musculoskeletal PT (คิดเป็นร้อยละ 57.14) โดยส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นอาจารย์พิเศษทางคลินิก (คิดเป็นร้อยละ 71.43)

ดังตาราง 18

ตาราง 18 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์

คุณลักษณะผู้ให้สัมภาษณ์ (n=7)	จำนวนคน (ร้อยละ)
<b>1. เพศ</b>	
หญิง	7 (100.00)
ชาย	-
<b>2. อายุ</b>	
21 – 30 ปี	1 (14.29)
31 – 40 ปี	5 (71.42)
41 – 50 ปี	1 (14.29)
51 – 60 ปี	-
มากกว่า 60	-
<b>3. ระดับการศึกษาสูงสุด</b>	
ปริญญาโท	7 (100.00)
ปริญญาเอก	-
<b>4. สถาบันอุดมศึกษา</b>	
มหาวิทยาลัยมหิดล	2 (28.57)
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	1 (14.29)
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	1 (14.29)
มหาวิทยาลัยนเรศวร	2 (28.57)
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	1 (14.28)
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	-
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	-
<b>5. เคยเรียน EBP ในระดับบัณฑิตศึกษา</b>	
เคย	7 (100.00)
ไม่เคย	-
<b>6. ความเพียงพอของหลักสูตร EBP</b>	
เพียงพอ	4 (57.14)
ไม่เพียงพอ	3 (42.86)

คุณลักษณะผู้ให้สัมภาษณ์ (n=7)	จำนวนคน (ร้อยละ)
<b>7. รูปแบบการเรียนรู้ EBP ในระดับบัณฑิตศึกษา</b>	
การสัมมนา	2 (28.57)
การบรรยาย	1 (14.28)
การระดมสมอง	-
การทำวิทยานิพนธ์	3 (42.86)
การใช้วิจัยเป็นฐาน	1 (14.29)
การใช้ปัญหาเป็นฐาน	-
การศึกษาค้นคว้าโดยอิสระ	-
การนำเสนอผลการสืบค้น	-
การใช้กรณีศึกษา	-
การสะท้อนความคิด	-
การสรุปประเด็นสำคัญ	-
<b>8. ระยะเวลาในการประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด</b>	
น้อยกว่า 5 ปี	5 (71.43)
5 – 10 ปี	2 (28.57)
11 – 15 ปี	-
มากกว่า 15 ปี	-
<b>9. ประเภทของสถานที่ทำงาน</b>	
สถานพยาบาลภาครัฐ	3 (42.86)
สถานพยาบาลภาคเอกชน	1 (14.28)
มหาวิทยาลัย	3 (42.86)
บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน	-
คลินิกส่วนตัว	-
<b>10. ชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์</b>	
น้อยกว่า 20 ชั่วโมง/สัปดาห์	1 (14.28)
20 – 30 ชั่วโมง/สัปดาห์	-
31 – 40 ชั่วโมง/สัปดาห์	3 (42.86)
มากกว่า 40 ชั่วโมง/สัปดาห์	3 (42.86)
<b>11. จำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวัน</b>	
น้อยกว่า 5 คน/วัน	4 (57.14)
5 – 10 คน/วัน	2 (28.57)
10 – 15 คน/วัน	-
มากกว่า 15 คน/วัน	1 (14.29)

คุณลักษณะผู้ให้สัมภาษณ์ (n=7)	จำนวนคน (ร้อยละ)
<b>12. จำนวนนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงาน</b>	
น้อยกว่า 5 คน	4 (57.14)
5 – 10 คน	1 (14.29)
10 – 15 คน	2 (28.57)
มากกว่า 15 คน	-
<b>13. ลักษณะการทำงาน</b>	
การรักษาผู้ป่วย	3 (42.86)
การทำงานวิจัย	2 (28.57)
การสอน	2 (28.57)
<b>14. ลักษณะงานทางกายภาพบำบัด</b>	
Musculoskeletal PT	4 (57.13)
Neurological PT	-
Pediatric PT	1 (14.29)
Cardiovascular and Respiratory PT	1 (14.29)
Geriatric PT	1 (14.29)
Community PT	-
Sport PT	-
<b>15. อาจารย์พิเศษทางคลินิก</b>	
ใช่	2 (28.57)
ไม่ใช่	5 (71.43)

## ตอนที่ 2 ทศนคติของนักกายภาพบำบัดต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

### 1. ความหมายของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

นักกายภาพบำบัดมีทัศนคติที่หลากหลายต่อความหมายของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งส่วนใหญ่ (7 คน, 100%) จะมีความคิดเห็นไปในทางเดียวกันว่าการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์คือกระบวนการสืบค้นหรือมาตรฐานที่มุ่งเน้นให้มีการอ่านบทความหรืองานวิจัยที่น่าเชื่อถือแล้วนำมาสนับสนุนการปฏิบัติเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการทางกายภาพบำบัด ดังคำกล่าว

..ปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ นี่น่าจะ เอ่อ (นึก) แบบประมาณว่า มีหลักฐานที่มาซัพพอร์ตในสิ่งที่เราทำไว้ที่แบบ..อย่างเช่นงานวิจัยอะไรอย่างนี้ที่แบบมาซัพพอร์ตว่า

สิ่งที่เราทำอะ มันมีคนมายืนยันมัยว่าสิ่งที่เราทำอะมันถูกต้อง โดยที่เราไม่ได้เป็นการคิดไปเองว่า เออเนี่ยทำถูกแล้วคนไข้ดี ไข้ ก็คิดว่า อันเนี่ยคือดีแล้วอะไอย่างเนี่ย แต่จริง ๆ มันอาจจะมีหลักฐานมาซัพพอร์ตสิ่งที่เราทำอยู่ โดยที่เราไม่รู้ตัว.. (นักกายภาพบำบัด M ประสบการณ์การทำงาน 2 ปี)

..เอ่อน่าจะเป็นการนำองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าอย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งที่เราเราทำกันง่ายที่สุดก็น่าจะเป็นงานวิจัยเอามาใช้ต่อยอด สนับสนุนในการทำคนไข้..การ Apply ในทุกอย่างในชีวิตรวมถึงการใช้ชีวิตด้วยนะคะ แล้วก็พอมันทำแล้วผลเป็นยังไงก็เอากลับไปทำต่ออย่างเงี้ยคะวนเป็น Loop อืม.. (นักกายภาพบำบัด S ประสบการณ์การทำงาน 6 ปี)

.. สำหรับตัวพี่ก็คือว่า เราเอาไว้เป็นแบบเหมือน standard อะคะ หมายถึงว่าเวลาสมมุติว่าเราจะทำอะไรซักอย่างหนึ่งอะคะ แล้วเราเอาว่า Evidence-based เป็น Standard เพื่อที่เราจะ เพิ่มความมั่นใจแล้วก็เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลคนไข้หรือว่าการปฏิบัติงานให้มันดีขึ้นอะคะ..ยึด Standard ไว้ก่อนคะแล้วเราจะ Approve อะไรเข้าไปอย่างเงี้ยอะคะ แต่ว่าเราต้องมี Standard ในใจว่าตอนนี้เขาถึงไหนแล้ว.. (นักกายภาพบำบัด A ประสบการณ์การทำงาน 4 ปี)

..ก็เหมือนเราปฏิบัติตามไอพวก Evidence-based ที่ได้ที่มีอยู่ในที่เขาทำงานวิจัยมาอะไอย่างเงี้ยอะคะ ก็จะได้แบบว่าเหมือนที่เขาเรียกว่ามีมาตรฐานคะ ในการที่จะเอาไปใช้ในการทำคนไข้เหมือนเอาวิธีการรักษาที่ดีที่สุดให้กับคนไข้อะไอย่างเงี้ยอะคะ แล้วก็ปลอดภัยด้วยคะ.. (นักกายภาพบำบัด P ประสบการณ์การทำงาน 6 ปี)

..คือเอ่อ เป็น Guidelines หรือเป็นมาตรฐานอะคะที่ดีพิมพ์แล้วผ่านหลักฐาน Publication อะคะไม่ว่าจะเป็น Scopus หรือ ISI ค่ะ..หลักฐานแบบ Posters proceedings of presentation ก็ได้คะ แล้วก็ไปจนกระทั่ง Original article review article แล้วก็ Systematic review Meta-analysis ได้หมดเลย.. (นักกายภาพบำบัด T ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)

..ความหมายเรามองว่ามันเป็นการใช้หลักฐานนะค่ะเชิงประจักษ์เพื่อ..เอามาในการรักษาหรือเป็นแนวทางในการใช้กับผู้ป่วยผ่านหลักฐานที่เชื่อถือได้อย่างเจี๊ยค่ะ..ถ้าเป็นคำอธิบายของเราอะ เรามองว่ามันคือการสืบค้นหรือการหาหลักฐานที่มีจริงที่ดีในปัจจุบันนะเพื่อเอามาใช้ในการรักษาหรือว่าใช้กับผู้ป่วยประมาณเนี้ยค่ะ อืม.. (นักกายภาพบำบัด K ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

..เอ่อ พี่มองว่า เอ่อการที่เรา นำผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือมาใช้ในทางคลินิกหรือในทางการรักษาหรือการปฏิบัติจริงค่ะ..ที่มีความน่าเชื่อถือมีคุณภาพ ไซ้ค่ะ แล้วเป็นที่ยอมรับ.. (นักกายภาพบำบัด V ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

## 2. ความสำคัญของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการให้บริการทางกายภาพบำบัด

ทัศนคติต่อความสำคัญของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการให้บริการทางกายภาพบำบัด นักกายภาพบำบัดมีทัศนคติเชิงบวกที่เห็นว่าการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มีความสำคัญในการให้บริการทางกายภาพบำบัด โดยเห็นว่าการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นเหมือนมาตรฐานหรือแนวทางที่จะใช้สนับสนุนรับรองเทคนิคและวิธีการรักษาที่ให้กับผู้รับบริการทางกายภาพบำบัดจะได้รับ ว่าวิธีการรักษานั้นได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีความปลอดภัย มีคุณภาพ และไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่จะเป็นอันตรายต่อตัวผู้รับบริการ ดังคำกล่าว

..ความสำคัญยังงี้ ถ้าให้มองในมุมมองว่างเลยอะค่ะ อย่างถ้ากว้างที่สุดเลยก็จะเป็น Clinician เลือ ก Concept อะค่ะว่าอยากจะทำรักษาผู้ป่วยเคสหนึ่งเราควรจะมองใน Concept ฝั่งใด แล้วก็จะอะไรเป็นปัจจุบันที่สุดค่ะ จากนั้นพอลงลึกเข้าไปอีกก็จะมุ่งเน้นทั้งทางด้าน Characteristic ของผู้ป่วย เอ่อ Characteristic ของ Intervention ความถี่ ความเข้มข้นแล้วก็..จะไปทางด้านพวกการดู Response กับการตอบสนองจากการรักษาที่ให้ไปประมาณนี้ค่ะ.. (นักกายภาพบำบัด T ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)

.. ก็จริง ๆ แล้วมีความสำคัญมากนะค่ะ เพราะว่ามันเหมือนมีผู้ที่ทำวิจัยอยู่แล้วค่ะ แต่ว่าเราอาจจะต้องค่อนข้างเลือกหน่อยว่าอันนี้มันเหมือนมีมาตรฐานในระดับที่เท่าไร และมีความปลอดภัยแค่ไหนเจี๊ยอะค่ะ ก็เลือกงานวิจัยที่ค่อนข้าง safe ที่สุดแล้วก็มาใช้กับคนไข้ซึ่งก็น่าจะมีความสำคัญมาก มากพอสมควรค่ะเพราะว่าถ้าเราสมมุติว่าเราทำ

การรักษาในสิ่งที่เราทำแบบไม่ได้มีหลักฐานเชิงประจักษ์เนี่ยคะคนไข้อาจจะได้รับอันตรายหรือว่าการรักษาเราอาจจะไม่ได้ดีพอสำหรับการรักษาคนนั้นอะไรอย่างเงี้ยคะ.. (นักกายภาพบำบัด P ประสบการณ์การทำงาน 6 ปี)

นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อนักกายภาพบำบัดให้มุมมองบางส่วนเพิ่มเติมว่า การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มีความสำคัญ โดยสามารถเพิ่มความน่าเชื่อถือของวิธีการรักษาแก่ผู้รับบริการที่มีต่อนักกายภาพบำบัด โดยการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์นี้จะไปเพิ่มความมั่นใจของตัวนักกายภาพบำบัดให้มีความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการและวิธีการรักษานั้น ๆ และยังทำให้สามารถตอบสนองสงสัยของผู้รับบริการที่มีต่อวิธีการรักษาที่ตนได้รับได้รวมถึงสามารถใช้สื่อสารกับสหวิชาชีพได้อย่างมั่นใจมากขึ้น ดังคำกล่าว

..ก็หนึ่งมีความน่าเชื่อถือคะ เวลาคุยกับสหวิชาชีพอะคะอย่างเช่นหมออย่างเนี่ยคะ เวลาเราเอาพวก Evidence-based มาคุยเขาก็จะเหมือนเชื่อมั่นในตัวเรามากขึ้นว่า เออเราไม่ได้เหมือนดึงข้อมูลอะไรที่มาจากแบบไม่มีที่ไปที่มาอะไรอย่างเนี่ยคะ บางที เวลาเราทำงานกับสหวิชาชีพเราก็เข้าใจนะว่าเขาก็จะมี Based ของเขาอะไรอย่างเนี่ยคะ แต่เวลาอะไรวิเคราะห์ความรู้ อะไรที่มันมี Gap แล้วเราเอาสิ่งที่ เป็น Evidence-based มาคุยอย่างเนี่ยอะคะ เขาก็จะยอมรับแล้วก็เชื่อถือในตัวเรามากขึ้นนะคะ.. (นักกายภาพบำบัด A ประสบการณ์การทำงาน 4 ปี)

..พี่ว่ามันก็มีความน่าเชื่อถือมากขึ้นหนึ่งเนาะ สองคือทำให้เรามีความมั่นใจมากขึ้น อืมเราก็มั่นใจในที่นี้หมายความว่างาน ๆ นั้นอาจจะได้รับการพิสูจน์การทดลองมาเบื้องต้นแล้วอะ เราอาจจะไม่ใช่คนแรกที่เอามาใช้ มันก็ทำให้เรามั่นใจในการทำงานไปรักษาคนไข้ อะไรอย่างเงี้ยมากขึ้น สามก็คือในแง่ของคนไข้จะรู้สึกว่าคนไข้ชอบ (หัวเราะ).. คำก็จะมักมีคำถามอะไรอย่างเงี้ย ยิ่งถ้าเกิดการรักษาหรือคำแนะนำเราอะ มันสอดคล้องกับการมีงานวิจัยรองรับ คนไข้ก็จะรู้สึกเหมือนมั่นใจมากขึ้น เชื่อมั่นเรามากขึ้น อืมอย่างนี้มากกว่า.. (นักกายภาพบำบัด S ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)



### 3. ทศนคติต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการให้บริการทางกายภาพบำบัด

นักกายภาพบำบัดส่วนหนึ่ง (3 คน, 42.86%) มีทัศนคติที่ดีในการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการให้บริการทางกายภาพบำบัดมีความรู้สึกพึงพอใจต่อผลลัพธ์ โดยมีความคิดเห็นว่าการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาที่ให้แก่ผู้รับบริการ ทำให้เทคนิคและวิธีการนั้น ๆ อยู่บนมาตรฐานที่ถูกต้องและมีความปลอดภัย นอกจากนี้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ยังช่วยลดระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาลง โดยนักกายภาพบำบัดมีความเห็นบางส่วนเห็นว่าสามารถลดระยะเวลาในการรักษามากกว่าห้าสิบเปอร์เซ็นต์ ทำให้สามารถจัดการภาระงานต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

..ผลที่เอามาใช้อะเรามองว่าโดยส่วนตัวเรา ถือว่าพอใจนะคะ แล้วก็ได้แบบ เหมือนว่าได้ให้ความรู้ได้ตกลงร่วมกันกับคนไข้ไปด้วยอะคะ เพราะเขาก็มีความคาดหวัง ในการรักษาอะเนาะอ้อแล้วพอเราไปค้นคว้าว่ามี Evidence-based มาศีกยภาพของเรา มันทำได้นะ ผู้ป่วย Accept แนวทางตรงเนี่ยแล้ว เราก็ค้นคว้า Research ที่โอเคดีที่สุด ในปัจจุบันที่มันจะเจอและจากสามองค์ประกอบที่มันรวมกันนะ ส่วนตัวเราพึงพอใจแล้ว ในงานของเรา มันก็ได้แชร์ความเห็นกันด้วยอะ เออเราอ่านเจออันนี้มาแล้วลองไปทำกับ คนไข้คนบางคน Success บางคนยังไม่ Success แต่มันไม่ Success เพราะอะไร หรือมันจะดีก็ดีเพราะอะไรอย่างเงี้ยอะ มันได้ต่อยอดอะประมาณนั้น อืม.. (นักกายภาพบำบัด K ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

.. อ่า เกี่ยวกับการทำงานเนี่ยอะ เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลคนไข้เนี่ยอะ พี่ว่า ได้ผลดีนะ มันก็ลดระยะเวลาในการรักษาคนไข้คนไข้ก็ได้ผลอะไรอย่างเนี่ยอะคะ ก็คิดว่าใน มากกว่าห้าสิบเปอร์เซ็นต์ลดระยะเวลาอะคะ.. (นักกายภาพบำบัด A ประสบการณ์การทำงาน 4 ปี)

..รู้สึกเหมือนแบบเราทำอยู่ในบนมาตรฐานที่ถูกต้องแล้วก็แบบมีความปลอดภัย ค่อนข้างเยอะอยู่แล้วอะคะ เพราะฉะนั้นแบบการที่เราจะเอาไปใช้ได้ก็น่าจะมีประโยชน์ กับคนไข้มากที่สุดอะ..ก็เหมือนเราได้ ๆ รู้สึกอะไรใหม่ ๆ อะคะ เหมือนบางทีเรามันมีเรื่องของ ความร้อนความเย็นในมัยอะ..เราก็จะมากคุยกันว่าเอ้อ ทำไมเขาถึงเปลี่ยนจากความเย็นเป็นความร้อนอะไรอย่างเงี้ยอะแล้วก็ได้เอาไปทดลองใช้ดู แต่ก็นั่นละอะยังไม่ได้มี

การสรุปผลว่าเออเป็นยังไง..เหมือนมีการอัปเดตความรู้ค่ะ.. (นักกายภาพบำบัด P ประสบการณ์การทำงาน 6 ปี)

แต่นักกายภาพบำบัดส่วนน้อย (2 คน, 28.57%) ที่ยังมีทัศนคติที่ไม่พอใจในกระบวนการและผลลัพธ์ของการการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีความเห็นว่าการบวนการต่าง ๆ ยังมีความไม่แน่นอน ไม่สามารถใช้อ้างอิงหรือประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้รับบริการได้ครอบคลุมทุกกรณี และให้เหตุผลว่าในกลุ่มหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการรักษาหรือดูแลผู้รับบริการในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมด้านพฤติกรรมหรือด้านบริบทแวดล้อมของตัวผู้รับบริการที่อาจมีผลเกี่ยวเนื่องกับอาการที่ผู้รับบริการเป็นอยู่ในขณะนั้น ดังคำกล่าว

..ถ้าประเมินผลก็อาจจะได้นะคะ แต่ว่ายังไม่ค่อยเห็นว่า การประเมินผลทำยังไงอะ ที่มันจะบอกวิธีการประเมินผลได้อย่างชัดเจนนะคะ ส่วนใหญ่มันจะมีข้อจำกัดของการรักษาแต่ละอย่างอยู่แล้ว..แต่ยังไม่เคยเห็นว่า Treatment ไหนที่มันจะพันธง (หัวเราะ) ได้ตรง ๆ พันธงว่ามันประเมินผลแล้วมัน The best อะค่ะ.. (นักกายภาพบำบัด T ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)

..สำหรับพี่ถ้ามาใช้กับการรักษาคนไข้มันไม่รู้สิกว่า..ไม่รู้สิกว่าเราจำเป็นต้องอ่าน Paper เพื่อไปรักษาคนไข้ เพราะสำหรับพี่งานวิจัยมันดูเป็นเหมือนงานเพื่อเอามาอัปเดตความรู้ในเชิงวิชาการในเชิงการเรียนการสอน..มันไม่ได้หมายความว่าในผล Research หนึ่ง Research สามารถ Apply ในทุกคนไข้ได้ มันไม่ได้หมายความว่าผลบอกว่า Treatment นี้ดี ดีในคนไข้ลักษณะแบบนี้ ๆ แล้วเราเอาไป Apply มันจะดีแบบนั้นได้มันอาจจะมีส่วนโหวงโหวง..เพราะว่าบริบทงานวิจัยหนึ่งวิจัย Subject อาจจะไม่ได้กับ Criteria ของคนไข้เราทั้งหมดอะ..ซึ่งในงานวิจัย Evidence-based มันจะไม่ค่อยตอบโจทย์ทั้งหมด โดยเฉพาะด้านพฤติกรรม ด้าน Social ด้านอะไรที่มันอาจจะ Involved ต่ออาการคนไข้ ซึ่งอีกงานวิจัยมันจะไม่ใช้ลักษณะแบบนี้.. (นักกายภาพบำบัด S ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)

### ตอนที่ 3 พฤติกรรมของนักกายภาพบำบัดต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ในส่วนของพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มีนักกายภาพบำบัดที่ให้ความสำคัญแก่พฤติกรรมกระบวนการตั้งคำถามที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเพื่อแก้ไขปัญหาที่ต้องการทราบ มีความเห็นว่าเป็นกระบวนการแรกที่จะเกิดขึ้นหากวิธีการรักษาที่ให้แก่ผู้รับบริการไม่สามารถแก้ไขอาการ/พยาธิสภาพให้ดีขึ้นได้ อีกทั้งยังเป็นกระบวนการที่นักกายภาพบำบัดใช้ง่ายและมีการใช้เป็นประจำมากที่สุด ดังคำกล่าว

..จริง ๆ แล้วคำว่าตั้งคำถามเนี่ยจริง ๆ ก่อนที่เราไป search หาข้อมูลหรืองานวิจัย มาอ่านเพื่อมาใช้ในการรักษาคนไข้จริง ๆ เราก็ตั้งคำถามแล้วแหละเนาะถูกไหม คือมันเป็น Basic เบื้องต้นที่เราจะต้อง Question เอ้ยทำไมไม่หายสักทีอะปัญหานี้มันอยู่ที่ไหน ทำให้เรารักษาเขาเป็นเดือนแล้วทำไมเขาไม่หาย แล้วมันก็คือ Question ว่าตกลงวิธีการของเรามันดีไม่ดี..แต่ถ้าถามว่ามันใช้น้อยไหมมันก็คงเป็นไปตาม Step มันก็ต้องเป็นขั้นตอนนะ แต่ว่าส่วนที่เราให้ความสำคัญนะมันอาจจะไม่เหมือนกันนะ พี่มองว่าเป็นเรื่องการให้ความสำคัญมากกว่า แต่ว่าลำดับขั้นตอนนะมันจะต้องตั้ง Question อยู่แล้ว.. (นักกายภาพบำบัด V ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

..น่าจะตั้งคำถามก่อนนะ (หัวเราะ)..เหมือนสิ่งที่เราอยากรู้จะนำไปสู่การค้นหางานวิจัยอะมันอาจจะต้องเกิดจากสิ่งที่เราตั้งคำถามในสิ่งใดสิ่งหนึ่งก่อนอะสำหรับพี่นะ เช่นเราอยากรู้เรื่องอะไร เราก็จะถามว่าเอ้ทำไมมันถึงเป็นอย่างนี้นะ เราถึงไป Search หาซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้มัยอาที่ว่าอันนี้มันเป็นจุดเริ่มต้นที่เราใช้บ่อยที่สุดที่เราใช้ง่ายที่สุด.. (นักกายภาพบำบัด S ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)

แต่ในอีกด้านหนึ่งมีนักกายภาพบำบัดที่มีพฤติกรรมการใช้ขั้นตอนการตั้งคำถามน้อย โดยอาศัยประสบการณ์ในการให้การดูแลและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นมากกว่าที่จะมีการตั้งคำถามเพื่อสืบค้นข้อมูล ซึ่งจะอาศัยประสบการณ์ในการทำงานมาอธิบายและคาดคะเนผลลัพธ์ของการรักษาแล้วจึงดำเนินการสืบค้น ดังคำกล่าว

..ใช้น้อยที่สุด อืม คำถามมั้งคะ (หัวเราะ) เหมือนเรามีคำตอบอยู่ในใจอยู่แล้วอะคะ เหมือนเราประเมินเบื้องต้นอยู่แล้วว่าเคสนี้ต่อไปเป็นอย่างไรอะคะ แล้วเราก็แค่หาว่าเริ่ม

จากการหาเลยคะ หว่า Paper ไหนที่มันตอบโจทย์เรา (หัวเราะ).. (นักกายภาพบำบัด T ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)

ในอีกแง่หนึ่งมีนักกายภาพบำบัดที่มีพฤติกรรมที่ให้ความสำคัญในด้านการสืบค้นหลักฐานเป็นอันดับแรก เนื่องจากเห็นว่าขั้นตอนการสืบค้นเป็นขบวนการที่จำเป็นจะต้องใช้อย่างมาก ซึ่งการสืบค้นส่วนใหญ่จะเป็นการสืบค้นผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ แล้วนำผลการสืบค้นนั้นมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในหน่วยงาน ทั้งนี้อาจมีบางส่วนที่ให้ความสำคัญในขั้นตอนการสืบค้นเนื่องจากงานวิจัยหรือบทความที่ตรงกับหัวข้อที่สนใจมีจำนวนน้อย จึงทำให้ต้องใช้ความพยายามในการค้นหามาก ดังคำกล่าว

..สืบค้น ขั้นตอนที่สองสืบค้นผลงานหรือสืบค้นงานวิจัยเพราะว่าต้องใช้เยอะมาก เพราะว่าอย่างที่พี่เพิ่งบอกเพราะว่ากายภาพที่เฉพาะทางโรคไตอะมีน้อยหรือแทบจะไม่มีเลย พี่ต้องหาข้อมูลที่ค่อนข้างจะเยอะ แบบว่าส่วนใหญ่ที่พี่หาก็จะเป็นเรื่องการออกกำลังกายเพราะว่าอย่างน้อยเราก็ให้ Home program เขาไปได้อย่างเจ็ย.. (นักกายภาพบำบัด M ประสบการณ์การทำงาน 2 ปี)

..ก็ถ้าเรื่องการสืบค้น ที่โรงพยาบาลส่วนมากจะค้นหาจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์นี้แหละคะ ว่าค้นหาสืบค้นเข้าไปว่ามันมีงานวิจัยอะไรเกี่ยวกับตัวที่เราสงสัยอะไรอย่างเจ็ยคะ แล้วก็ดึงออกมาคะ แล้วก็มาคุยกันครับ..เหมือนกับว่าเราสงสัย เราสืบค้นแล้วเอามาคุยกันถ้ามีเวลาอย่างเจ็ยคะ.. (นักกายภาพบำบัด A ประสบการณ์การทำงาน 4 ปี)

ในส่วนพฤติกรรมของนักกายภาพบำบัดที่มีอายุการทำงาน 10 ปี จะให้ความสำคัญกับขั้นตอนการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเห็นว่าในการที่จะนำข้อมูล เทคนิคหรือวิธีการรักษาที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการรักษาผู้รับบริการ ควรจะมีการวิเคราะห์ความเหมาะสมและความน่าเชื่อถือของข้อมูลนั้นให้ดีกว่าก่อนว่ามีความคล้ายคลึงระหว่างคุณลักษณะของผู้รับบริการกับกลุ่มประชากรในงานวิจัยนั้น ดังคำกล่าว

..จริง ๆ แล้วเวลาเราอ่าน Paper อะ อันดับแรกแล้วก่อนนำไปใช้อะ อันดับแรกเลยอะตอนที่อ่านแล้ววิเคราะห์อะมันสำคัญมาก เพราะว่าถ้าเราอะเอาไปใช้กับเคสใดเคสหนึ่งอะพี่มองว่าเพราะต้องวิเคราะห์ให้ดีกว่าก่อนว่า เอ่อ Evidence-based ตัวนี้มัน

เหมาะสมกับคนไข้ของเราอย่างน้อยแค่ไหน มันมีส่วนไหนที่เราดึงไปใช้ได้บ้าง ตรงนี้น่าจะเป็นจุดที่พื้มองว่าสำคัญมาก คือคงไม่ใช่อยู่ดีอ่านปุ๊บพอได้ผลการทดลองเอาไปใช้เลย เออแต่มันต้องคิดก่อนนะว่าบางที่มันอาจจะไม่มีบาง Point บางจุดที่คนไข้เรากับคุณสมบัติในงานวิจัยมันอาจจะต่างกันได้ แต่พยายามหาข้อคล้ายคลึงมากที่สุดที่จะเอาไปใช้ในการรักษาละ.. (นักกายภาพบำบัด V ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

..เออตัววิเคราะห์ขั้นตอนก่อนที่จะเอาไปใช้กับคนไข้ละ..ก่อนที่จะ Apply กับคนไข้เนาะตัวนั้นนะคะมองว่า คือพอเราอยู่ในคลังของข้อมูลอะบางที่ถ้าเราจับมาถูกหรือจับมาผิดกัน เอาไปใช้มันก็จะมันขึ้นอยู่กับ Appearance ของเราด้วยถูกไหมคะ แล้วก็กับเครื่องมือที่เราใช้หรืออะไรก็ตามอย่างเนี้ยละ เออตรงนั้นอันนี้คือสำคัญรองลงมาแต่บางอย่างงานวิจัยมันแบบ (เดาะลิ้น) มันสรุปไม่ได้ละ..สรุปแล้วคือเราต้องวิเคราะห์ข้อมูล เทคนิคที่เขาให้มามันยากหรือง่ายเกินไปมั๊ยสถิติเขาตรงไปตรงมามั๊ย มันตรงกับกลุ่มประชากรหรือว่าคนไข้ที่เราเจอจริง ๆ มั๊ย เราว่าขั้นตอนนั้นน่าจะสำคัญในการเลือกเอามาใช้ม.. (นักกายภาพบำบัด K ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

ขณะเดียวกันก็มีนักกายภาพบำบัดส่วนน้อย (1 คน, 14.28%) ที่มีพฤติกรรมให้ความสำคัญการประเมินผลการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เนื่องจากเห็นว่างานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ต่าง ๆ ยังมีความไม่แน่นอนร้อยเปอร์เซ็นต์ ถึงแม้ว่าหลักฐานนั้นจะมีความน่าเชื่อถือสูงมากก็ตาม แต่ก็ควรมีการตรวจสอบผลลัพธ์ในการนำหลักฐานนั้นมาใช้ในการให้บริการ ดังคำกล่าว

..หลังจากที่เราให้การรักษาไปละ เราต้องมีการรีเช็คด้วยว่าตกลงไอ้สิ่งที่เราเอา Evidence-based มาใช้ละกับเคสนี้มันได้ผลประมาณไหนอันนี้สำคัญมาก เพราะว่าต่อให้ใช้ไปดีขนาดไหนแต่ถ้าเราไม่รีเช็ค เราก็ไม่สามารถรู้ได้เลยว่าผลมันเป็นยังไง พื้มองว่ารีเช็คสำคัญ..พื้ถึงได้บอกว่าไม่ได้มันใจร้อยเปอร์เซ็นต์ในผลการรักษาไปถึงแม้ว่าค่าความน่าเชื่อถือมันจะสูงมาก แต่ว่าพื้ต้องยอมรับว่าพอมมาใช้ละ เราต้องมารีเช็คคนไข้เราอีกทีว่า คนไข้เราอะตอบสนองเหมือนกับงานวิจัยที่ที่เขาทำหรือเปล่า อันนี้เป็นสิ่งที่สำคัญมากที่มันจะต้องรีเช็คเพราะมันมีความ Valid เนาะงานวิจัยพื้ว่ามันมีองค์ประกอบหลายอย่าง อืม.. (นักกายภาพบำบัด V ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

นักกายภาพบำบัดส่วนน้อย (2 คน, 28.57%) มีพฤติกรรมในการประเมินผลการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์น้อย เนื่องจากลักษณะงานที่ไม่เอื้ออำนวยให้มีการตรวจสอบผลการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึงด้านทัศนคติของตัวนักกายภาพบำบัดและเพื่อนร่วมงาน ไม่ได้มีความสนใจที่จะทำการประเมินผลการปฏิบัติ ดังคำกล่าว

..บางทีก็ไม่ได้เอามาวิเคราะห์หรือคุยกันจนแบบมาสรุปเป็น Concept ะไรอย่างเนี้ยอะคะ แต่ก็คุยกันประมาณหนึ่ง คือมีปัญหาที่จะมาคุยกัน แต่บางทีปัญหาบางอย่างก็ไม่ได้เอามาต่ออะไรอย่างเงี้ยคะ แล้วพอมาคุยปุ๊บถ้ามันเป็นปัญหาอะไรที่มันต้องแก้มันต้องเจออะไรอย่างเงี้ยคะ เราก็เอามาคุยกันแล้วก็สุดท้ายก็คือคุยกันเฉย ๆ อาจจะได้สรุปเป็น Concept ะไร จนแบบวิเคราะห์อะไรกันสุดท้ายอะไรอย่างเงี้ยอะคะ.. (นักกายภาพบำบัด S ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)

..ที่เราใช้น้อยที่สุดก็คืออันสุดท้ายที่เราจะสังเคราะห์มันอะ..เอ่อเหมือนมันจะมีเฉพาะ (เดาะลิ้น) เป็นบางโครงการอะคะ เหมือนถ้าเราสมมุติว่าเราสืบค้นที่จะทำโครงการหนึ่งอะคะมันจะมีการประเมินผลของการใช้เครื่องตัวนี้แบบหลักฐานแน่นอนว่าเราจะเก็บข้อมูลยังไงแล้วก็มีประเมินผลโดยใช้อะไรเป็นตัวชี้วัดคะ แต่ถ้าสมมุติว่าเป็นเรื่องอะไรที่เข้ามาใหม่ ๆ แล้วยังไม่ได้เอามาทำเป็นเหมือนโครงการที่แน่นอนอย่างเงี้ยคะ เราอาจจะไม่มีการประเมินผลที่เห็นชัดเจนคะว่าเราใช้กับคนใช้อย่างงี้แล้วได้ผลยังไงบ้าง อาจจะมีการแค่การพูดคุยเออว่าคนใช้คนนี้เป็นยังไง แต่ว่าไม่ได้เก็บข้อมูลอย่างเงี้ยคะ.. (นักกายภาพบำบัด P ประสบการณ์การทำงาน 6 ปี)

ในอีกด้านหนึ่งมีนักกายภาพบำบัดส่วนน้อย (1 คน, 14.28%) ที่ก่อนหน้าที่จะเรียนในหลักสูตรบัณฑิตศึกษา ไม่ได้มีการนำขั้นตอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการให้บริการทางคลินิก แต่จะพึ่งพาประสบการณ์การทำงานในการให้บริการทางคลินิกมากกว่า ดังคำกล่าว

..หืม ในช่วงที่เรียน คือเอาอย่างนี้ดีกว่า ว่าตั้งแต่เรียน ป.ตรีก่อนเรียน ป.โท ที่ทำงานพี่ก็ใช้เป็นรูทีนแล้วก็ใช้ประสบการณ์..คือแทบจะไม่ได้เข้าไปหา Evidence นอกจากว่ามีน้องรุ่นอะไรอย่างเงี้ยอะคะไปประชุมหรือว่าไปอะไรอย่างเงี้ย อัพเดทข้อมูลเป็นการอบรมไปอะไรอย่างเงี้ยคะ แต่พอมาเรียนปั๊บคือเริ่มเบรกใหม่เลย เหมือนเริ่มเรื่อง

พวกอ่านคนสืบค้นทางการวิจัย Evidence คือเริ่มใหม่หมด.. (นักกายภาพบำบัด A ประสบการณ์การทำงาน 4 ปี)

#### ตอนที่ 4 ปัจจัยและอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

##### 1. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

###### 1.1 เพศของนักกายภาพบำบัด

เมื่อถามถึงปัจจัยที่อาจมีผลในการนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ ประกอบการให้บริการทางคลินิก มีนักกายภาพบำบัดส่วนน้อย (1 คน, 14.28%) ที่คิดว่าเพศของนักกายภาพบำบัดมีผลต่อการนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพศจะมีผลในบางการทดสอบหรือว่าบางการรักษาที่ตัวนักกายภาพบำบัดจำเป็นต้องมีการใกล้ชิดกับตัวผู้รับบริการ ซึ่งอาจทำให้เกิดความไม่เหมาะสมหากเพศของนักกายภาพบำบัดกับผู้รับบริการต่างกัน ดังคำกล่าว

..มันขึ้นอยู่กับว่ามันอยู่ในขั้นตอนไหนถ้าเกิดว่าอยู่ในช่วงระหว่างค้นคว้าและนำมาเตรียมจะใช้กับผู้ป่วยอะคิดว่าไม่มีปัญหา แต่ว่าขณะประเมินหรือว่าขณะ Treatment คิดว่ามีผลอะ..อย่างเพศถ้าเกิดว่าเป็นฝ่ายตรงข้ามระหว่าง Therapist กับ Patient นะคะ แล้ว บางการทดสอบหรือว่าบางการ Treatment ที่มันมีความ Close contact อะไรแบบนี้คะ ก็อาจจะไม่เหมาะสมอะ.. (นักกายภาพบำบัด T ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)

แต่ในอีกแง่หนึ่งนักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ (4 คน, 57.14%) มองเห็นว่าเพศของนักกายภาพบำบัดไม่มีผลในการนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการให้บริการทางคลินิก โดยมองว่าปัจจัยที่จะมีผลต่อการนำไปใช้คือลักษณะโครงสร้างและรูปร่างของตัวนักกายภาพบำบัดที่จะมีผลให้การรักษาบางประเภทไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ดังคำกล่าว

..ที่ว่ามันไม่ได้มีอะไรเกี่ยวข้องกับเพศเลยคือเพศนี่คือไม่ได้มีผล เทบจะไม่มีผลเลย แต่ว่าอาจจะผลในเรื่องของรูปร่างมากกว่าเพราะว่าบางทีรูปร่างเนี่ยมันอาจจะมีปัญหาในเรื่องของการ Treat คนไข้อย่างเงี้ย บางทีคนไข้ตัวใหญ่ อ่า คนไข้ตัวใหญ่กว่าเราใช้

ใหม่แล้ว PT อะตัวเล็กเนี่ยอาจจะมีปัญหาอันนี้ส่งผล แต่ว่าเรื่องเพศอะไม่น่าส่งผลอยู่  
ละ.. (นักกายภาพบำบัด M ประสบการณ์การทำงาน 2 ปี)

..อืมไม่น่ามีผลอะ ไม่น่ามีผลแตกต่างกันอะ เพราะว่าก็น่าจะทุกคนที่จะเอาพวก  
paper อะไรอย่างงี้มาใช้งานอยู่แล้ว ซึ่งโดยส่วนใหญ่ก็ทำทั้งเพศชายและเพศหญิง  
อย่างเงี้ยอะไม่ได้ต่างกัน.. (นักกายภาพบำบัด P ประสบการณ์การทำงาน 6 ปี)

..หืม เรามองว่าไม่นะอะ เพศไม่มีส่วนอะ..ไม่ว่าผู้หญิงหรือผู้ชายก็ไม่ได้มีความ  
ตั้งใจที่เข้มกว่ากันในการจะไปหา Evidence-based เพื่อมาใช้กับคนไข้อะอะ เพราะ  
มันเป็นหลักการรักษาที่ตรงไปตรงมา มันขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลคนนั้นมากกว่าที่จะ  
อยากจะสืบค้นข้อมูลเพื่อจะจัดการปัญหาต่อหน้าหรือจัดการปัญหาระหว่างเรากับคนไข้  
มัย เรามองว่าอย่างนั้นอะ.. (นักกายภาพบำบัด K ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

..มันขึ้นอยู่กับอะไรดีอะอะไรดีอะ..อะสังคมนะที่ทำงาน สมมุติว่ามีคนที่เขาเอา  
นำมาใช้แล้วมันรู้สึกดี แล้วก็กลับมาใช้อย่างเงี้ยอะอะ ในที่ทำงานเขาก็จะเห็น  
ความสำคัญ แต่บางทีเขารู้สึกว่าการที่ทำเป็นรูทีนหรือว่าแบบทำไปอย่างเนี้ยก็ได้อยู่แล้ว  
อย่างนี้ไม่เห็นจะต้องตอบอะไรเลยในการทำงานแบบนั้นมันก็จะอยู่แบบนั้นอะอะ..ไม่น่า  
เกี่ยวกับเพศอะ เพราะว่าในที่ทำงานที่ก็มีทั้งผู้หญิงทั้งผู้ชายอะ.. (นักกายภาพบำบัด A  
ประสบการณ์การทำงาน 4 ปี)

## 1.2 ช่วงอายุของนักกายภาพบำบัด

นักกายภาพบำบัดที่มีประสบการณ์ทำงานทางคลินิกจะมีความคิดเห็นว่  
ช่วงอายุของนักกายภาพบำบัดจะมีผลเกี่ยวข้องกับการนำขั้นตอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิง  
ประจักษ์มาใช้ในการให้บริการทางคลินิก โดยในนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานทางคลินิกที่มี  
อายุน้อยกว่าหรือสำเร็จการศึกษาได้ไม่นานจะมีการยึดองค์ความรู้ที่ได้ศึกษามาเป็นหลักในการ  
ทำงาน ทำให้เกิดการใช้กระบวนการการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งต่างกับ  
นักกายภาพบำบัดที่มีช่วงอายุมากกว่าที่จะอาศัยประสบการณ์ การทำงานทางคลินิกมาช่วย  
ในการตัดสินใจ โดยจะมีการใช้ขั้นตอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เมื่อเกิดความต้องการ  
ที่จะสืบค้นพยาธิสภาพที่มีความซับซ้อน หรือกรณีที่อาการของผู้รับบริการไม่ดีขึ้นไปตาม  
การคาดการณ์



..พีคิดว่ามีผลนะเพราะว่าอย่างเด็กจบใหม่อะเขาก็จะแบบเอาความรู้ที่เรียนจาก ป.ตรีมาใช้ซะส่วนใหญ่ใช้มัยแต่พอเริ่มทำงานไปซักสองสามปีอะเริ่มจะคิดละว่า เอ๊ะ สิ่งที่เราทำอะมันถูกต้องไหมหรืออาจจะเป็นในเรื่องของประสบการณ์อย่างเงี้ย บางทีคนที่อายุมากกว่าเขาก็จะแบบว่า เออ ลองทำอย่างนี้ดูสิลองทำอย่างนั้นดูสิอะไรอย่างเงี้ย..พีคิดว่าเด็กรุ่นใหม่อะจะมีความคิดที่ว่า เอ๊ะ ทำไมต้องทำแบบนี้เนี่ย บางคนอาจจะไปหาหลักฐานเพิ่มเติมเข้ามาซัพพอร์ตอย่างเงี้ย..พีว่าช่วงอายุน่าจะมีผล.. (นักกายภาพบำบัด M ประสบการณ์การทำงาน 2 ปี)

..เด็กจบใหม่พีก็มองว่าเขาเพิ่งจบมาใหม่ส่วนใหญ่พวกนี้เขาก็จะอาศัย Evidence-based อยู่แล้ว..เวลาเขาจะไปรักษาเนี่ยบางที่เขาจะยังไม่มีความมั่นใจในตัวเองในการที่จะไปรักษาคนไข้ เขาอาจจะยังไม่สามารถ Apply วิธีการรักษาได้ด้วยตัวเอง ฉะนั้นเขาอาจจะต้องสืบค้นหรือว่าอ่านงานวิจัยให้เยอะ เพื่อที่ว่าเวลาเขาไปทำงานหรือเขาลงมือปฏิบัติ..แต่พอคนช่วงที่มีประสบการณ์ด้านอายุการทำงานเนี่ย บางทีเวลาเขาจะ Search เขาต้องเจอเคสยากจริง ๆ นะ เขาถึงจะเข้าไปศึกษาเพิ่มเติม.. (นักกายภาพบำบัด V ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

..จริง ๆ แล้วถ้าในการปฏิบัติตอนนี้ก็ดูจะมีผลเหมือนกันอย่างเช่น ถ้าเป็นเด็กจบใหม่ใช้มัยอะก็ค่อนข้างจะเหมือนแบบมีการอ่าน Paper ค่อนข้างเยอะแล้ว ก็ในคนที่เด็กจบใหม่หลาย ๆ คนอะคะส่วนส่วนใหญ่สนใจที่จะแบบหาอ่าน Paper มากกว่าซึ่งเขาอาจจะค่อนข้างคุ้นเคสหรือเขาเพิ่งจบมาอย่างเงี้ยอะคะแต่ในรุ่นพีที่ทำงานเกินสิบปีขึ้นไปแล้วเนี่ยอะก็มีความเหมือนแบบไม่ค่อยได้เปิดอ่าน Paper ใหม่ ๆ ได้บ่อยเท่ากับน้อง ๆ อะไรอย่างเงี้ยอะคะ.. (นักกายภาพบำบัด P ประสบการณ์การทำงาน 6 ปี)

..สำหรับพีว่าเด็กรุ่นใหม่อะคะน่าจะเข้าถึง Evidence มากกว่าคนรุ่นเก่าอะคะ อืม คือเขาจะมีเทคโนโลยีที่แบบเข้าถึงแล้วก็ได้เรียนรู้พวก Evidence เนี่ยมากกว่าคนรุ่นเก่า .. (นักกายภาพบำบัด A ประสบการณ์การทำงาน 4 ปี)

..พีมองว่าอายุต่างกันมันขึ้นอยู่กับว่าเป็นประสบการณ์ที่เจอด้วยอะ ประสบการณ์ทางคลินิกอะ ด้วยความที่อายุกับประสบการณ์ทางคลินิกมันน่าจะ Relate กัน ฉะนั้นในการที่อายุมากกว่าก็อยากที่จะหาคำตอบหรือมีการสืบค้นและอยากอยากจะใช้

Evidence-based practice มากกว่า.. (นักกายภาพบำบัด K ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

แต่มีความคิดเห็นส่วนน้อย (1 คน, 14.28%) ที่เห็นว่าอายุของนักกายภาพบำบัด ไม่มีผลในการนำขั้นตอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ แต่จะเป็นผลจากด้าน พฤติกรรมส่วนบุคคลรวมถึงภูมิหลังของบุคคลที่ได้รับการส่งเสริมตั้งแต่สมัยเรียนให้ นักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษาเกิดความชอบในการเรียนรู้ ดังคำกล่าว

..พี่ว่ามันอยู่ที่พื้นฐานพฤติกรรมของคน ๆ นั้นนะ เหมือนถ้า Personality ของคน ๆ นั้นเป็นคนอยากรู้ ใฝ่รู้ ชอบที่จะเรียนรู้ ชอบที่จะอัปเดตความรู้ รักในการเรียนรู้จะพี่ว่า อายุไม่มีผล เขาก็จะเป็นอย่างนั้นมาตั้งแต่อายุน้อยจนอายุเยอะ เขาก็ยังเป็นอย่างเงี้ย อืม รวมถึงถ้าเกิดเขาได้รับการส่งเสริมตั้งแต่สมัยการเรียน แล้วปลูกฝังให้เป็นแบบเนี้ย มันก็จะติดตัวให้เป็นแบบเนี้ย อืม พี่ว่าไม่น่าจะเกี่ยวกับอายุ.. (นักกายภาพบำบัด S ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)

### 1.3 ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษาสูงสุดของนักกายภาพบำบัดมีผลต่อพฤติกรรมในการนำขั้นตอน การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ ในนักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีจะยังไม่เห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มากเท่าที่ควร จึงมีการใช้ ประสบการณ์การทำงานในการตัดสินใจเลือกการรักษามากกว่า และเมื่อต้องเจอกับองค์ความรู้ ใหม่ ๆ นักกายภาพบำบัดที่ไม่ได้ศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษาหรือไม่มีพฤติกรรมการทำงานวิจัยเป็นประจำ จะมีความลำบากในการทำความเข้าใจองค์ความรู้ใหม่ ๆ นั้น ดังคำกล่าว

..ปัจจัยอื่น ๆ (นีก) เรื่องการศึกษาต่อก็มีผลนะคะ อย่างสมมุติว่าคนที่จบ ป.ตรีเนี้ย คำก็จะเหมือนยังไม่ค่อยเห็นความสำคัญมากเท่ากับที่เราไปเรียนเพิ่มอย่างเงี้ยอะคะ.. พอเรียนบัณฑิตปุ๊บมันก็จะเหมือนเราเข้าถึงงานวิจัยการทำงานวิจัยอย่างเงี้ยมากกว่า ตอนเราเป็นป.ตรี.. (นักกายภาพบำบัด A ประสบการณ์การทำงาน 4 ปี)

..ถ้าเขาจบไปนานแล้วใน ๆ ส่วนของ ป.ตรีแล้วเขาไม่มีการเรียนต่อใช้มัยคะมันก็จะ เหมือนแบบเขาก็จะใช้เหมือนเป็นประสบการณ์ซะมากกว่าในการที่จะเอาความรู้ใหม่เข้า

มาใช้เจ็ยคะ เวลาเมื่อไรใหม่ ๆ ก็จะมาแบบอาจจะยากหน่อยที่จะเข้าใจนะคะ แต่สมมุติว่าถ้ามีใครเนี่ยเออมีการเรียนต่อหรือว่ามีใครที่แบบเหมือนเออค่อนข้างที่จะอ่าน Paper บ่อยอยู่แล้วอะคะก็จะไม่ค่อยมีผลอะไรกับเขามาก.. (นักกายภาพบำบัด P ประสบการณ์การทำงาน 6 ปี)

#### 1.4 ความสนใจของนักกายภาพบำบัด

ความสนใจของนักกายภาพบำบัดที่ต้องการใช้ขั้นตอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อสืบค้นข้อมูลหรือคำตอบของปัญหาในประเด็นที่สนใจ โดยมีความต้องการที่จะทำให้ผู้รับบริการหายจากอาการที่เป็นอยู่ ดังคำกล่าว

..คือความสนใจก็คือแบบว่าคือเขาเรียกว่าอะไรอะ สังเกตว่าสิ่งที่เราทำอยู่อะมันถูกหรือมันผิดหรือว่า เอ๊ะ เราต้องไปหาเพิ่มเติมไปหางานวิจัยหรือไปหาความรู้เพิ่มเติมอะไรใหม่อะไรอย่างเงี้ย คือก็น่าจะเป็นเรื่องของความสนใจ เขาเรียกว่าอะไรนะต้องการตั้งคำถามของตัวเองมากกว่า..ก็เอาง่าย ๆ เลยนะถ้าเราไม่มีความรู้อะเราไปคุยกับคนไข้อะเราก็จะดูแบบไม่ Professional อะ ไม่มีความแบบว่ามีความน่าเชื่อถืออะไรอย่างเงี้ย.. (นักกายภาพบำบัด M ประสบการณ์การทำงาน 2 ปี)

..ที่ว่าความสนใจ ของนักกายภาพแต่ละคนมากกว่า ว่าเป้าหมายของการรักษาคนไข้เค้าคืออะไร คือถ้าบอกว่าป็นรูนทีนทำให้แล้วเสร็จแต่ละวันเขาอาจจะไม่ต้องใช้ Evidence-based ก็ได้ถูกไหม แต่ถ้าเป้าหมายของเขามาอีกแบบหนึ่งก็คือเขามีความปรารถนาดีว่า เฮ้ยอยากให้เคลนี้ดีขึ้นอยากให้หาย อยากจะช่วยหรืออยากจะทำพัฒนาฝีมือคืออยากจะทำพัฒนาฝีมือตัวเองด้วยอยากจะทำให้คนไข้หายด้วย.. (นักกายภาพบำบัด V ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

## 2. อุปสรรคที่มีผลต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

### 2.1 อุปสรรคด้านเวลา

ปัจจุบันงานบริการกายภาพบำบัดเป็นงานที่ต้องมีการจัดสรรเวลาเพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการจึงทำให้นักกายภาพบำบัดไม่มีเวลาในการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในขั้นตอนการสืบค้นและวิเคราะห์คุณภาพของหลักฐาน โดยเฉพาะ

นักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลเขตชุมชนที่มีผู้รับบริการเป็นจำนวนมาก จะทำให้นักกายภาพบำบัดมีเวลาในการสืบค้นและประเมินน้อย ดังคำกล่าว

.. เวลาในการ Analyze กับเวลาในการใช้ค่ะ น่าจะเป็นลักษณะการจัดการเวลา มากกว่าคือเหมือนแบบด้วยความที่แบบประเทศไทยอะคะ การสื่อสารหรือว่าการที่ สัมมนาในบางหน่วยงานที่อาจจะไปเจอหน่วยงานที่เขาไม่ได้มีเวลาที่จะมานั่ง Discuss กันเรื่องนี้มากนักอย่างนี้คะ ก็อาจจะแบบแล้วแต่คนเลยคะว่าจะเลือกนำมาใช้หรือไม่ เลือกใช้ มันคงจัดการได้ยากอยู่นะคะถ้าไม่มีเวลามาหาหรือกัน.. (นักกายภาพบำบัด T ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)

.. พี่มองคนที่ทำงานในโรงพยาบาลนะ เขาทำงานหนักนะวันหนึ่งเขารับเคสเป็นร้อย สองร้อยเขาจะเอาเวลาที่ไหนไปสืบค้น เขาจะเอาเวลาที่ไหนมาอ่าน Paper เออมัน เหนื่อยนะ.. อย่างพี่ที่จำเป็นต้องอ่านเพราะว่าเราอยู่ในมหาวิทยาลัยนะ แต่ถ้าทำงาน ในโรงพยาบาลเนี่ยบางที่เนี่ยข้อจำกัดก็คือในเรื่องของเวลาภาระงานที่เขาต้องทำเขาต้อง ทำงานแข่งกับเวลา.. (นักกายภาพบำบัด V ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

.. ปัจจัยอื่น ๆ น่าจะเป็นเรื่องของเวลาคะ เพราะว่าคนใช้ค่อนข้างเยอะคะ รุนทีนแล้วก็ ทำตั้งแต่เช้าจรดเย็นอย่างเนี่ยคะก็เลยแบบอาจจะรู้สึกอ่อนเพลียในการที่จะแบบว่า กลับไปหาอ่าน Paper เพิ่ม อะไรอย่างเงี้ยอะคะเดาว่าอย่างนั้น.. (นักกายภาพบำบัด P ประสบการณ์การทำงาน 6 ปี)

.. ในลักษณะถ้าเป็นโรงพยาบาลหรือเป็นโรงพยาบาลชุมชน ระยะเวลาในการที่จะแบ่ง เวลาการทำตรงเนี่ยเราว่าตรงเนี่ยเป็นอุปสรรคสำคัญเหมือนกันนะคะ คือมันเป็นเรื่องดีอะ แล้วนักกายภาพเขามีภาระงานหรือมีผู้ป่วยเยอะ แล้วเขาจะมีเวลาอ่านเวลาสืบค้นรี เพล่าเนี่ยก็เป็นอุปสรรคสำคัญ.. (นักกายภาพบำบัด K ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

## 2.2 อุปสรรคด้านการเสียค่าใช้จ่าย

นักกายภาพบำบัดบางส่วน (3 คน, 42.86%) ประสบปัญหาไม่สามารถสืบค้น หลักฐานเชิงประจักษ์ในหัวข้อที่สนใจได้เนื่องจากฐานข้อมูลของหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่มี จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายในการใช้งาน ดังคำกล่าว

..มันจะมีในเรื่องของค่าใช้จ่ายเนอะ ถ้าเราไม่จ่ายเราก็อ่านไม่ได้แต่ถ้าเราโชคดีหน่อยเราไปหาอีกเว็บไซต์อะแล้วก็จะเจอ (หัวเราะ) ใช่ว่า เหมือนกับว่าคือเราต้องหาเว็บไซต์ค่อนข้างเยอะอย่างเงี้ยแต่บางทีเราก็แบบชวยหน่อยก็คือ Paper ที่เราอยากอ่านอะหา Full paper ไม่ได้ต้องจ่ายตั้งค์.. (นักกายภาพบำบัด M ประสบการณ์การทำงาน 2 ปี)

..วิธีการเข้าถึงงานวิจัยด้วยบางอย่างบางทีเราอยากอ่าน Paper นี้มากอย่างเงี้ยเราก็ต้องเสียตั้งค์ในการที่จะซื้อมัน (หัวเราะ) บางทีมันก็ไม่คุ้มกับการลงทุนอะไรอย่างเงี้ย.. (นักกายภาพบำบัด S ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)

..พอจบมาอะการเข้าถึงข้อมูลมันขาดหายคอะ..พอจะเข้าไป เอ๊ย!อ่าว! เข้าไม่ได้ต้องเสียตั้งค์หรือว่าได้แค่ตัว Abstract (เดาะลิ้น) Manuscript แบบเบื้องต้นน้อย ๆ ให้เราดูอะไรอย่างเงี้ย อยากอ่านตัวเต็มอะว่าเขาทำอะไรมี Procedure อะไรอะมันก็ไม่ได้มันต้องเสียตั้งค์ ก็ไหว้วานกันอะไรอย่างเงี้ย.. (นักกายภาพบำบัด K ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

### 2.3 อุปสรรคด้านจำนวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีน้อย

นักกายภาพบำบัดส่วนหนึ่ง (2 คน, 28.57%) ระบุว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ในหัวข้อที่ตนเองสนใจและตรงกับปัญหาทางคลินิกมีจำนวนน้อยทำให้ไม่สามารถค้นหาหลักฐานเพื่อนำมาปฏิบัติได้ นอกจากนี้ในส่วนฐานข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ของประเทศไทยก็มีจำนวนน้อยและไม่เพียงพอที่จะนำไปใช้ประกอบการให้บริการ ดังคำกล่าว

..พีวามันเป็นในเรื่องของการหา Paper น่าจะยากสุดถ้าสำหรับพีนะ ถ้าในของพีก็คือ Paper อะยากสุดเพราะอย่างที่บอกตอนแรกก็คือ Paper มันน้อยมันหายากเงี้ยแล้วถ้ายังเป็นในทางกายภาพก็ยิ่งหายากเข้าไปอีก เราก็ต้องใช้เวลาในการค้นคว้าค่อนข้างที่จะเยอะคือนานสุดก็คือเนี้ยแหละ ค้นคว้านี้แหละนานสุดเพราะว่าบางทีสิ่งที่เราต้องการอยากรู้อะมันไม่มี.. (นักกายภาพบำบัด M ประสบการณ์การทำงาน 2 ปี)

..งาน Paper ที่เป็นฐานข้อมูลเมืองไทยอะไรอย่างเงี้ยบางทีมันก็ไม่เพียงพอที่เราจะเอาไปใช้ เออมันก็อาจจะต้องอ่าน Paper ต่างประเทศ มันก็ Access เข้าไม่ได้.. (นักกายภาพบำบัด S ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)

#### 2.4 อุปสรรคด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานที่ทำงาน

เนื่องจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นขั้นตอนที่สำคัญในกระบวนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ในปัจจุบันฐานข้อมูลส่วนใหญ่เป็นระบบฐานข้อมูลในอินเทอร์เน็ต นักกายภาพบำบัดจะต้องเข้าสู่เครือข่ายอินเทอร์เน็ตเพื่อที่จะสามารถสืบค้นและอัปเดตความรู้จากการอ่านหลักฐานเชิงประจักษ์ต่าง ๆ ได้ หากสถานที่ทำงานขาดสิ่งอำนวยความสะดวกเช่น อินเทอร์เน็ตหรือคอมพิวเตอร์ที่ใช้สืบค้น จะทำเข้าถึงหลักฐานได้ยากขึ้น ดังคำกล่าว

..ในสถานที่ทำงานนั้นนะมีสิ่งอำนวยความสะดวกให้เขาสืบค้นใหม่ คอมพิวเตอร์ระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต หรือว่าระบบระบบสืบค้นทางด้านวิจัย เพราะว่าเนื่องจากว่าฐานข้อมูลวิจัยมันเยอะ..ถามว่ามันมีฟรีใหม่ Google มันมีแต่มันไม่ได้หลายมากพอเท่ากับที่เรามีฐานข้อมูลที่เขากรองมาแล้ว แล้วมีความน่าเชื่อถืออยู่แล้ว อันนี้เป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญ ฉะนั้นถ้าที่ไหนเป็นโรงพยาบาลเพื่อการศึกษาหรือโรงพยาบาลแพทย์ที่ไม่ค่อยห่วง แต่ถ้าเป็นโรงพยาบาลที่เขาอยู่ห่างไกลอันเนี้ยเขาอาจจะมีอุปสรรคปัญหาในการสืบค้นหา.. (นักกายภาพบำบัด V ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

..ปัจจัยภายนอกก็อาจจะเป็นสิ่งแวดล้อม สถานที่อุปกรณ์อะไรอย่างเงี้ยก็ได้คะ อาจจะไม่มีความพร้อม มันก็เลยทำไม่ได้อย่างเขาอะไรอย่างเงี้ยคะ อย่าง Short wave อย่างเงี้ยไอ้พอทำประสิทธิภาพดีมากแต่โรงพยาบาลไม่มีตั้งคั้งอะไรอย่างเงี้ยคะ.. (นักกายภาพบำบัด A ประสบการณ์การทำงาน 4 ปี)

..ปัจจัยภายนอกอะนะคะ ทุกที่อาจจะไม่ได้มีคอมหรือมีคอมว่างที่จะทำให้เราเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายอะคะ อุปสรรคแบบยังงี้แหละอินเทอร์เน็ตคอมพิวเตอร์สำหรับนักกายภาพในแผนกหรืออะไรอย่างเงี้ยมันอาจจะมีความจำเป็นสำหรับหน่วยงานก็จริงแต่มันใช้เพื่องานอื่น ๆ ใช้เพื่อทำคนไข้ แต่ว่ามันจะมีมั๊ยคอมสำหรับการค้นคว้าของเราอย่างเงี้ยคะ.. (นักกายภาพบำบัด K ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

## 2.5 อุปสรรคด้านการขาดความสนใจในการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

นักกายภาพบำบัดบางส่วน (3 คน, 42.86%) มองว่าการขาดความสนใจในการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นอีกหนึ่งอุปสรรคที่สำคัญ ซึ่งเกิดจากการที่นักกายภาพบำบัดคิดว่าวิธีการปฏิบัติเดิมก็มีความเหมาะสมอยู่แล้ว รวมถึงไม่เห็นความสำคัญในการปฏิบัติ นี่จึงไม่มีความสนใจที่จะนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ อีกทั้งความอ่อนเพลียจากการทำงานก็ส่งผลให้นักกายภาพบำบัดไม่มีความสนใจที่จะตั้งคำถาม สืบค้นหรือนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ทางคลินิก ดังคำกล่าว

..ทัศนคติคะหมายถึงว่า แบบก็ใช้อย่างนี้มาแล้วทำแบบนี้อะไรอย่างเงี้ยอะคะก็จะเปลี่ยนไม่ได้คะมันมีเหมือนกันคะ อันนี้ก็คือขึ้นอยู่กับทัศนคติของแต่ละบุคคลที่อาจจะไม่ยอมใช้.. (นักกายภาพบำบัด A ประสบการณ์การทำงาน 4 ปี)

..เขาไม่ได้เห็นความสำคัญว่าทำไมมันต้องอ่าน มันไม่ได้รับการปลูกฝังมาว่ามันอ่านแล้วเอาไปใช้แล้วดีกว่าการไม่อ่านยังไง เขาอาจจะรู้สึกว่ายี่สิบปี เรียนปริญญาโทมาแล้วอะไรอย่างเงี้ย มันก็ความรู้อะก็เพียงพอแล้วในการรักษาคนไข้แล้ว ก็รักษาคนไข้ได้ไม่ได้ต่างจากการที่เราจะอ่าน แต่เพียงแค่มันไม่ได้เคยลองว่าถ้าอ่านแล้วเอามาใช้มันจะดีกว่ายังไง..แล้วก็เลยไม่ได้เห็นความสำคัญของมัน.. (นักกายภาพบำบัด S ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)

..ถ้าเป็นปัจจัยภายในเนาะ อย่างถ้าไม่มีความสนใจจากความเหนื่อยหรือภาระงานด้วยก็ส่วนหนึ่งนะ หมายถึงว่าเราเหนื่อยแล้วก็พอแล้ว มันเป็นเรื่องส่วนตัว หมายถึงว่าอาจจะมีความจริงแต่เวลานี้ไม่ได้อยากค้นคว้าอะไม่อยากทำ.. (นักกายภาพบำบัด K ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

นอกจากนี้ทัศนคติของบุคคลคนรอบข้างที่มีความเห็นแตกต่างจากตัวนักกายภาพบำบัดก็มีผลทำให้ตัวนักกายภาพบำบัดเกิดความไม่มั่นใจและไม่ได้้นำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ ดังคำกล่าว

..บางทีคนรอบข้างอะคะ บางทีรู้สึกว่ ทำไปทำไมอะไรอย่างเงี้ยอะคะหรือว่าจะเปลี่ยนทำไมอะไร หรือว่าความรู้อันเนี้ยมันอัศจรรย์ ๆ แล้วเหอ มั่นใจได้จริง ๆ เหออย่างเงี้ยอะคะ..ก็ทำให้รู้สึกถึงความแตกต่างความเปลี่ยนแปลงอะไรอย่างเงี้ยอะคะ มันก็จะสร้างความไม่มั่นใจให้กับคนรอบข้างหรือว่กับสหวิชาชีพอะไรอย่างเงี้ยอะคะ.. (นักกายภาพบำบัด A ประสบการณ์การทำงาน 4 ปี)

## 2.6 อุปสรรคด้านภาษา

อุปสรรคสำคัญที่ทำให้นักกายภาพบำบัดไม่ได้นำขั้นตอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการให้บริการทางคลินิก อันดับแรกคืออุปสรรคด้านภาษาของนักกายภาพบำบัดไทย เนื่องจากฐานข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ส่วนใหญ่มีการเผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษ ทำให้นักกายภาพบำบัดที่ไม่ได้มีทักษะด้านการอ่านภาษาต่างประเทศต้องเผชิญกับความยากลำบากและใช้เวลาในการอ่านเพื่อตีความและวิเคราะห์คุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังคำกล่าว

..อันดับแรกในเรื่องของภาษา..เพราะว่างานวิจัยส่วนใหญ่เขา ที่เขาตีพิมพ์ก็คือจะมีภาษาอังกฤษใหม่แล้วบางครั้งอะมันจะเป็นศัพท์เฉพาะ..เราก็ค่อนข้างที่จะมีความติดขัดในเรื่องของภาษาเพราะว่ามันจะ Advance ขึ้น บางทีเราไม่ค่อยคุ้นชินเรา มันไม่ค่อยคุ้นชินกับคำใหม่ ๆ อะไรอย่างเงี้ย..กว่าจะอ่านวิจัยหนึ่งฉบับอะมันยาก มันต้องใช้เวลาค่อนข้างนานคือภาษาเนี้ย สำหรับพินะคือภาษายากที่สุด.. (นักกายภาพบำบัด M ประสบการณ์การทำงาน 2 ปี)

..คือพินะมองว่าเรื่องสำคัญเลยคือเรื่องของภาษา เพราะว่าส่วนใหญ่ Paper ที่เขาตีพิมพ์ออกมาแล้วค่อนข้างที่จะหลากหลายเนาะ..ส่วนใหญ่จะเป็นภาษาอังกฤษ เพราะฉะนั้นปัญหาของภาษาเนี้ยสำคัญมากในการที่จะนำมาใช้จริง อันนี้เรื่องจริง..เลยไม่รู้ว่เขาจะอ่านวิเคราะห์ยังไงอันนี้ยากมากเรื่องภาษา.. (นักกายภาพบำบัด V ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

..สำหรับพินะเหมือนบางท่านเขาอาจจะมีปัญหาเรื่องภาษาด้วยอะ ในการอ่าน Paper หนึ่ง Paper เนี้ยสำหรับเขามั่นใจระยะเวลาานมาก (หัวเราะ) ในการอ่านอะไรอย่างเงี้ยมันอาจจะเป็อุปสรรค.. (นักกายภาพบำบัด S ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)



..เราว่าภาษามั้ยจริง ๆ มันก็ใช้เวลานานนะเกี่ยวนะคะ คือด้านภาษาอะก็เกี่ยวอะ แบบมันเป็นส่วนใหญ่ Paper มันก็จะเป็นภาษาอังกฤษมันต้องใช้เวลามันต้องมีคนช่วย อ่านช่วยกันดูอะเค้าว่าปัจจัยภายในนะตัวเค้าเองก็ยังไม่ต้องฝึกอยู่ทวนเหมือนกันทุกคนนะ ค่ะภาษา.. (นักกายภาพบำบัด K ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

## ตอนที่ 5 แนวทางแก้ไขอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

### 1. จัดการอุปสรรคด้านภาษา

นักกายภาพบำบัดที่มีอายุการทำงาน 5 ปีขึ้นไป มองว่าการอุปสรรคด้านภาษา สามารถถูกแก้ไขได้ด้วยการสร้างพื้นฐานตั้งแต่หลักสูตรปริญญาตรี และฝึกฝนทักษะด้านภาษาเป็นประจำเพื่อให้ตัวนักกายภาพบำบัดเกิดความคุ้นชินกับภาษาและคำศัพท์เฉพาะนั้นได้ ดังคำกล่าว

..คงต้องอ่านบ่อย ๆ ค่ะ อ่าน Paper เลียบ่อย ๆ เพราะว่าภาษาอังกฤษกับ Paper มันก็ไม่เหมือนกัน เหมือนให้ฝึกภาษาบ่อย ๆ เพิ่มความชำนาญความเคยชินในตัวภาษา ..เพราะว่าในศัพท์พวกเทคนิคมันก็มีเยอะเหมือนกัน.. (นักกายภาพบำบัด T ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)

..พี่ว่ามันต้องปลูกฝังมาตั้งแต่สมัยเรียน (หัวเราะ) ถ้ามันค่อยสั่งสมมาเรื่อย ๆ ๆ เขาทำงานเป็นนิสัยเป็นความเคยชินพี่ว่ามันจะแก้ได้ภาษามันก็จะคุ้นชินไปเรื่อย ๆ ถึงภาษาไม่เก่งเขาก็จะอ่านภาษาไทย ถ้าเขารู้สึกว่าในกระบวนการเนี่ยมันคือกระบวนการส่วนหนึ่งในการที่เราจะเป็นนักกายภาพบำบัดในการที่เราจะทำคนไข้อะ..ถ้ามันถูกทำแบบนี้มาเรื่อย ๆ อะพี่ว่ามันจะเป็นความเคยชินแล้วก็ติดตัวไป อืมถึงแม้ว่าภาษาไม่ได้ มาตอนสี่ปีอะไรอย่างเงี้ยมันก็จะดีขึ้นเรื่อย ๆ .. (นักกายภาพบำบัด S ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)

..พยายามให้อ่านพยายามให้ทำบ่อย ๆ ฝึกบ่อย ๆ อะแล้วก็ให้ทุกคนเห็นความสำคัญอะแล้วก็ว่าไงดีอะ อย่างยุคเราเนาะเราเรียนป.ตรีก็คือพอจะอ่านได้แต่อ่านได้แบบช้า ๆ แต่มันก็ต้องแบบฝึกบ่อย ๆ ใช้น้อย ๆ ..ฝึกให้ใช้แล้วก็อาจจะเป็นแบบ Seminar เป็นภาษาอังกฤษมั้ยหรืออะไรยังงั้น สำหรับสำหรับป.โทใช้มั้ยคะแต่ถ้าอย่างป.ตรีก็คงจะแบบ คณาจารย์จัดการเรียนการสอนเป็นอิงค์บ้างสลับกันอะไรอย่างงี้

เด็กมันสนุก..เหมือนให้เด็กเขาเน้นความสำคัญนะภาษามันเปิดโลก มันจะพาเราไปได้ไกลกว่าตรงนี้นะอะไรอย่างเงี้ยเออ.. (นักกายภาพบำบัด K ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

## 2. ส่งเสริมงานวิชาการในที่ทำงาน

จากประสบการณ์การทำงานทำให้นักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ (4 คน, 57.14%) คิดว่าการส่งเสริมและสนับสนุนงานวิชาการในสถานพยาบาลทั้งการจัดงานสัมมนาแลกเปลี่ยนความรู้ จัดเวทีนำเสนอผลงานวิชาการ รวมถึงสนับสนุนให้นักกายภาพบำบัดมีส่วนร่วมในการทำงานวิจัยจะช่วยให้นักกายภาพบำบัดมีการนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้มากขึ้น ดังคำกล่าว

..ก็คงต้องจัดการ ก็คงต้องมีการสัมมนาเกิดขึ้นนะคะ แล้วก็อัปเดตความรู้อะคะ โดยเฉพาะใช้ *paper* เป็นหลักฐานงานวิจัย ในการอ้างอิง.. (นักกายภาพบำบัด T ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)

..หาเวทีให้เขาได้แสดงออก..หลายโรงพยาบาลเขาก็ทำอยู่แล้วอะนะ มีการจัดงานวิชาการประจำปีอาจจะด้วยนี่มันเป็นโรงพยาบาลแพทย์ก็ได้ เขาก็จะแบบมีทั้งนักกายภาพ พยาบาล นักกิจกรรมนู่นนี่นั่นมาแสดงผลงานในหนึ่งปีมีหนึ่งครั้งอะไรอย่างนี้ แล้วก็มีการมอบโล่มอบเกียรติบัตรอะไรประมาณเนี้ย มันก็เป็นอีกอันหนึ่งที่พี่มองว่า เออเนี่ยแหละคือการส่งเสริมให้ให้คนในหน่วยงานสนใจงานวิจัยมากขึ้น.. (นักกายภาพบำบัด V ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

..หนึ่งก็เนี่ยละคะคือ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหน่วยงานแล้วก็สองนำปัญหาในหน่วยงานมาคุยกันถ้าพอมารวมกันปุ๊บแล้วเราสามารถที่จะมี *Based* หรือว่ามีตัวที่มาเหมือนกับว่ามา แก้ปัญหาให้เรา..พอเราหา *Evidence* ที่มันเป็น *Based* มาคุยกันอย่างเนี่ยคะมันก็จะทำให้เรามีตรงกลางเนาะ อาจจะเอายึดไว้ตรงกลางแต่ว่าใครจะใส่อะไรอย่างอื่นไปก็ได้ไม่มีปัญหาอะไร.. (นักกายภาพบำบัด A ประสบการณ์การทำงาน 4 ปี)

..พี่มองว่าด้วยระบบงานนะถ้าระบบงานนะให้ *PT* ทุกคนพัฒนาตัวเองอะยังงี้เขาก็ต้องอ่าน เดี่ยวนี้บางโรงพยาบาลเขาก็จะพยายาม *Force* ให้ให้ *PT* ทำวิจัยอย่างน้อย

เนี่ย ก็คือเวียนกันทำหรือว่าทำกันเป็นทีมหรือว่าจะต้องตีพิมพ์อะไรอย่างเงี้ยประมาณนี้.. ถ้าหน่วยงานเป็น Head แล้วหน่วยงานให้การซัพพอร์ต..มันจะทำให้เขาช่วยทำให้เขาอะสนใจงานวิจัยมากขึ้น..ถ้าจะให้เขาทำงานวิจัยกฎระเบียบของเขาต้องอยู่ระดับไหน ที่พอใจและพอดีทั้งสองฝ่ายอย่าลืมว่า PT ต้องรักษาคนไข้เป็นหลัก ถ้าเขาเอาเวลามาทุ่มกับงานวิจัยมากเกินไปแน่นอนประสิทธิภาพในการรักษาดูแลคนไข้เนี่ยมันก็อาจจะเป็นอุปสรรคด้วย ฉะนั้นสมมุติว่าถ้าจะสร้างเงื่อนไขมันต้องอยู่ในบนความพอดี.. (นักกายภาพบำบัด K ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

### 3. สภากายภาพบำบัดประเทศไทยสนับสนุนการเข้าถึงฐานข้อมูล

นักกายภาพบำบัดบางส่วน (2 คน, 28.57%) มีความเห็นในการแก้ไขปัญหาขั้นตอนการสืบค้นด้วยการให้สภากายภาพบำบัดประเทศไทยหรือสมาคมกายภาพบำบัดสนับสนุนการทำงานของเครือข่ายนักกายภาพบำบัดที่มีการขึ้นทะเบียนในการเข้าถึงฐานข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้าใช้งาน จะสามารถแก้ไขปัญหาด้านการสืบค้นของนักกายภาพบำบัดได้ ดังคำกล่าว

..สมมุติว่าสภาข้อมูล PCI สมมุติแล้วก็นักกายภาพบำบัดในประเทศเราถ้า ล็อคอินด้วยเลขที่ใบประกอบนี้สามารถ Access เข้าหา Paper ได้อะสมมุติ อ่าโดย อย่างเงี้ยไม่ว่าคุณจะไปอยู่ส่วนไหนของเมืองไทยคุณไม่ต้องใช้วีไฟมหายล์ คุณไม่ต้องล็อคอินเข้ามาหาเลยอะสนับสนุนให้คุณได้อะทุกอย่างเนี่ยอย่างเนี่ยรีเปลา อืม ๆ พี่ว่าอันนี้ก็ อาจจะช่วยได้.. (นักกายภาพบำบัด S ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)

..ถ้า PT อะมี License อะแล้วเข้าไปในฐานข้อมูลของอะไรก็ได้ (เดาะลีน) สักอย่าง หรือว่าทางสมาคมหรือสภาอะ Provide ตรงนี้ให้แล้วนักกายภาพที่มี License เข้าไปดู ได้อะมันจะช่วยส่งเสริมให้คนทางคลินิกอย่างเราอะเข้าถึงข้อมูลแล้วเอาไปใช้ได้ดีขึ้นอะ ค่ะเรามองว่าอย่างงั้นอืมอันนี้จริงจัง (หัวเราะ) เออ.. (นักกายภาพบำบัด K ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

### 4. สร้างพื้นฐานความรู้ในระดับปริญญาตรี

มีนักกายภาพบำบัดอีกส่วน (1 คน, 14.28%) ที่คิดว่า การปูพื้นฐานด้านสถิติและงานวิจัยที่สามารถนำไปใช้ทางคลินิกตั้งแต่ปริญญาตรีเพื่อให้นักกายภาพบำบัดเกิดความตระหนักในความสำคัญของกระบวนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังคำกล่าว

..อาจจะต้องเอามาเริ่มปูพื้นฐานแต่ละ ๆ ในป.ตรีชะหน่อย ป.ตรีจะได้ฟังระวังไว้แล้ว ถ้าเขาลืมคือมันจำไม่ได้หมดหรอกแต่อย่างน้อยเขาก็รู้อะไรคำศัพท์เนี่ยควรจะใส่ใจ.. สอนทฤษฎีอะไรอย่างเนี่ยเอาเอาไปแบบสถิติหลัก ๆ สถิติที่ต้องใช้หรือแบบอย่างน้อยก็ต้องรู้ว่างานวิจัยอะไรที่มันมันไม่ตรงไปตรงมา มันแบบมี *Intention to treat* นะต้องระวังในการอ่านหรืออะไรอย่างเงี้ย เป็นเป็นสิ่งที่เราจะเจอบ่อย ๆ.. (นักกายภาพบำบัด K ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

#### ตอนที่ 6 การเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา

1. เนื้อหาหลักสูตรการเรียนกระบวนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา

นักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ (5 คน, 71.43%) ระบุว่า การเรียนหลักสูตรกายภาพบำบัดในระดับบัณฑิตศึกษา มีการสอดแทรกเนื้อหาและขั้นตอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในรายวิชาต่าง ๆ ของ EBP ซึ่งขั้นตอนการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จะเป็นขั้นตอนที่มีการสอนและใช้มากที่สุดในช่วงการศึกษา ดังคำกล่าว

..ส่วนใหญ่เนาะตอนเรียน ป.โท *Evidence-based* มันจะได้จากงานในรายวิชาต่าง ๆ ที่อาจารย์เขาให้สืบค้นแล้วก็ ให้เรามาวิเคราะห์ให้เรานำเสนอ ส่วนถ้าเป็นแบบว่าเกี่ยวกับเรื่อง *Evidence-based* เลยก็จะเป็นเรื่องของวิชาวิจัยอะไรประมาณนี้อะคะ ที่เขาจะสอนว่าแบบไหนมีความน่าเชื่อถืออะไรอย่างเงี้ย.. แบบว่าให้รู้แค่ว่างานวิจัยมีกี่แบบอย่างเงี้ย แล้วถ้าดูในเชิงของคุณภาพก็คือดูในเชิงเนื้อหา มีครบไม่ครบอะไรประมาณเนี่ย.. (นักกายภาพบำบัด V ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

..ก็สอนตั้งแต่วิธีการเลือก *databases* แล้วก็พอเข้าไปถึง *databases* ก็สอนวิธีการพิจารณาบทความอะ แล้วก็ต้องเริ่มตั้งแต่ชื่อบทความ เนื้อหาบทความ ส่วนประกอบของบทความ มีการเขียนบรรยาย มีตารางภาพหรือว่ามี *Diagram* มีการอ้างอิง *Reference*

ที่น่าเชื่อถือแล้วก็ตามถูกต้องของของเนื้อเนื้องานอะคะ เช่นงานนี้สร้างมาตอบวัตถุประสงค์ของคำถามงานวิจัยหรือเปล่าครบถ้วนหรือเปล่าขาดตรงใดไป หรือว่า Weak point หรือว่า Strong point ของแต่ละงานอิมเป็นอย่างไรและน่าเชื่อถือขนาดไหนประมาณนี้อะคะ.. (นักกายภาพบำบัด T ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)

..สอนเรื่องตั้งแต่การสืบค้นอะ ลักษณะ Evidence-based อะ การวิจัยมีแบบไหนบ้างอะไรอย่างเงี้ย อันไหนน่าเชื่อถือไม่น่าเชื่อถือ เราควรจะค้นจากอะไรอย่างเงี้ยอะ งานวิจัยทางสุขภาพเนี่ยคือต้องอันไหนที่น่าเชื่อถือไม่น่าเชื่อถืออะไรอะดูตรงไหนอะไรอย่างเงี้ยอะคะ คือสอนเกือบทุกขั้นตอน (หัวเราะ).. (นักกายภาพบำบัด V ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

..เหมือน ป.ตรี เราทำ Stat ตามอาจารย์บอกว่าให้ใช้ Stat ตัวนี้โดยเราไม่รู้ว่ที่มาที่ไปทำไมถึงต้องใช้ Stat ตัวนี้แต่ป.โทมันต้องเข้าใจแล้วเลือกได้ว่าอะไรทำไมใช้อย่างเงี้ย.. เอา Paper มาอ่านมาคิดวิเคราะห์มาสังเคราะห์มา Discuss มาทำงานกลุ่มเพื่อให้เรา รู้จักคิดเป็นรู้จักวิเคราะห์เป็นอย่างเงี้ยมากกว่าแยกแยะได้.. (นักกายภาพบำบัด S ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)

..หัดทำกระบวนการหำกระบวนการเลยตั้งคำถาม Raise ขึ้นมาไปคลินิกลองค้นคว้าข้อมูล เออมาวิเคราะห์ข้อมูลอะไรอย่างเงี้ยว่า Paper ที่ได้มานั้นน่าเชื่อถือหรือน่าเอามาทำมัย ลองมาทำกันอะไรอย่างเงี้ยอะคะอันนี้ก็เป็นทั้งก็ถือได้ว่ามีทั้งส่วนของทฤษฎีแล้วก็ปฏิบัติแล้วก็ให้ฟรีเซนต์กันอะไรอย่างเงี้ยอะคะ.. (นักกายภาพบำบัด K ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

## 2. รูปแบบการเรียนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา

รูปแบบการเรียนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาเป็นรูปแบบผสมผสานระหว่างการสอนแบบบรรยายและศึกษาด้วยตนเองที่จะเปิดโอกาสให้ผู้เรียนศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง จากนั้นก็ให้ผู้เรียนมีการนำเสนอผลการสืบค้น เพื่อให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและร่วมกันวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือ ข้อดีและข้อเสียของหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังคำกล่าว

..เริ่มแรกก็คืออาจารย์ก็จะเลคเชอร์ก่อนแล้วก็พอเข้าสู่ระยะกลางเขาก็จะพาไปที่ห้องคอมพิวเตอร์อะคะ แล้วก็ให้โจทย์แล้วก็ให้เรา Searching ด้วยตัวเองจากนั้นพอเรา Searching ได้ หนึ่งบทความและเขาก็ให้เรานำบทความที่เราได้มาเนี่ยเลือกมาหนึ่งบทความ แล้วก็มา Criticize ด้วยตัวเองพอ Criticize เสร็จแล้วก็นำมาสัมมนากับเพื่อนในห้องอะคะ.. (นักกายภาพบำบัด T ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)

..มี ๆ ทุกรูปแบบเลยคะหนึ่งก็คือเลคเชอร์ก่อนพอเลคเชอร์เสร็จก็จะมีให้ ๆ สืบค้นด้วยตัวเองเรียนรู้ด้วยตัวเองแล้วก็มีการให้ให้ฟรีเซ็นให้ปฏิบัติจริงให้อ่า เหมือนพอสุดท้ายก็คือให้ทำจริงอะคะ.. (นักกายภาพบำบัด A ประสบการณ์การทำงาน 4 ปี)

..ตอนนั้นก็จะเป็นเลคเชอร์คะเลคเชอร์แล้วก็เหมือนมีมอบหมายให้ทำงานในการที่จะไปสืบค้นว่าเออเหมือนมีโจทย์มีให้คล้ายแบบเออโจทย์ในการที่จะให้เราไปหาเลือก.. ให้เราได้ฝึกค้นงานวิจัยดูอะคะว่าแบบเราจะสามารถตีเบตได้ไหมระหว่างเครื่องมือรักษาสองตัวนี้อะ ใรอย่างเงี้ยคะก็จะมีทั้งเลคเชอร์แล้วก็มีส่วนให้เป็นมอบหมายเป็นงานที่จะนำมานำเสนออะใรอย่างเงี้ยคะ.. (นักกายภาพบำบัด S ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)

..การเรียนเป็นเลคเชอร์ เป็นงาน เป็นสัมมนาเราว่าเขาแบ่งสามอันอะเป็นสามสลิปเปอร์เซ็นต์นะคะ..รู้สึกรอบคลุมคู่กันไปอะอย่างสมมุติตอนแรกแบบสอนให้รู้จักตั้งคำถามอะไรมาก็ ก็ทำคู่ไปเลยอะคู่กันไปในที่นี้หมายความว่า วันนี้เรียนการตั้งคำถามโดยรวมก่อนของ Evidence-based practice อ่าแล้วเราลองเลือกจะยกคนไข้อะไรขึ้นมาก็สอนด้วยแล้วก็ไปอิงคลินิก คู่กันไปด้วยทำเป็นด้วยกันอย่างเงี้ยคะ จนกระทั่งขั้นตอนสุดท้ายมาคุยคือตอนเราเป็นเนี่ยเรารู้สึกอย่างนั้นนะแล้วก็แบบพรีซงพรีเซนต์ทำสไลด์.. (นักกายภาพบำบัด K ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

ในอีกด้านหนึ่งมีนักกายภาพบำบัดบางส่วน (1 คน, 14.28%) ที่คิดว่าการเรียนการสอนจากหลักสูตรบัณฑิตศึกษามีการจัดการเรียนรู้แบบฝึกปฏิบัติน้อยและส่งผลให้นักกายภาพบำบัดไม่ได้รับการปลูกฝังและเข้าใจถึงแก่นแท้ของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังคำกล่าว

..ความรู้ที่ว่าของสำหรับพี่น้อง (หัวเราะ) อาจจะเป็นลักษณะเหมือนการเรียน เลคเชอร์ผ่าน ๆ ซึ่งพี่จำ Core value จากเนื้อหาเนี่ยไม่ได้โดยอันนี้เริ่มยอมรับ จนเหมือน จบมาแล้วก็พูดว่ามันดีมันอะไรอย่างเนี่ย แต่พี่ว่าพี่ได้เรียนเหมือนลักษณะเป็น Lecture-based แต่ขาด Practice ที่ทำให้เราจำและเข้าใจมันได้ถึงแก่นอะ มันไม่ติดตัว อืม แต่เพียงแค่การติดตัวที่เราชอบอ่านเราต้องอ่าน Paper เราดึง Paper มาใช้มันอาจจะติดตัวมาจากการทำงานวิจัย ป.โทมากกว่า อืม แต่ไม่ได้รับการปลูกฝังจากกระบวนการหลักในหลักสูตรรายวิชา และที่สำคัญก็คือขาด Practice พี่ว่า.. (นักรายภาพบำบัด S ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)

### ตอนที่ 7 ทักษะคตินักกายภาพบำบัดต่อการเรียนการสอนการปฏิบัติตาม หลักฐานเชิงประจักษ์ในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา

1. ทักษะคตินักกายภาพบำบัดต่อการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา

นักรายภาพบำบัดส่วนใหญ่เห็นถึงความสำคัญของการสอนการปฏิบัติตาม หลักฐานเชิงประจักษ์ในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา เพราะช่วยเพิ่มความรู้ทางด้านสถิติและ งานวิจัยให้แก่ นักรายภาพบำบัดนอกจากนี้ยังคิดว่าเนื้อหาการเรียนการสอนที่ได้รับเพียงพอ ที่จะนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการทางคลินิก ดังคำกล่าว

..มีความสำคัญมากค่ะ เพราะว่าพอเริ่มด้วยตัวเนี่ยคะมันก็เหมือนทำให้เราได้แบบ มี Clinical thinking มากขึ้นแล้วก็ เหมือนถ้าเราไม่ได้เรียนตัวเนี่ยคะบางที่เราอาจจะมีการจัดการที่ไม่เป็นระบบแล้วก็ในส่วนของงานวิจัยเราอาจจะทำได้ไม่ดีด้วยอะไร อย่างเงี้ยคะ เหมือนมันก็มีอยู่หลาย ๆ อย่างสอดแทรกอยู่ใน Evidence-based เนาะ อย่างเช่นการสืบค้นงานวิจัยที่จะต้องนำมาลองกับซัพพอร์ต เออเหมือนทำให้เราได้เอางานหลาย ๆ สมมุติว่าเครื่องมือในแต่ละตัวนะคะได้เอามาดูว่าตัวไหนมีประสิทธิภาพในการรักษา ตัวไหนที่รักษาแล้วมัน Same same ผลแบบมันไม่ได้เปลี่ยนแปลงอะไร อย่างเงี้ยคะ.. (นักรายภาพบำบัด P ประสบการณ์การทำงาน 6 ปี)

..มีความสำคัญเพราะว่าอย่างน้อยเนี่ย คือพอบัณฑิตศึกษาแล้วมันก็ต้องเรียนให้ ลึกกว่าระดับป.ตรีของเราใช้มั๊ยคราวนี้พอมันได้ Evidence-based practice อะมันก็ทำให้เราไม่เชื่อในสิ่งที่เห็นทันทีทันใด รู้จักตั้งคำถามรู้จักแบบเนี่ยคือเขาว่าดี ๆ กันแต่มัน

คนไข้เรามันอาจจะไม่ใช่..พอเราเรียน Evidence-based practice มันก็จะได้ทบทวนในใจว่าสิ่งที่เรารู้มาอะมันถูกต้องมั้ย มันใช้ได้จริงมั้ย อะไอย่างเงี้ย ถึงมันก็ถูกต้องก็จริงแต่ มันเอามาทำทางคลินิกได้อย่างที่เขารู้หรือเปล่าหรือมันมีอุปสรรคตรงไหนอะไอย่างเงี้ย.. (นักกายภาพบำบัด K ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

..พีว่าเพียงพอนะก็เกินด้วยซ้ำเพราะว่าบางทีอาจารย์เขาไม่ได้สอน แต่อาจารย์ในมหาลัยเขาก็จะมีไป Co กับมหิดลไป Co กับต่างประเทศอะไอย่างเงี้ย สำหรับพี พีทำงานไปด้วยแล้วก็เรียนไปด้วยพีอะโอเคกับรูปแบบนี้เพราะว่าอย่างน้อยเราสามารถแบ่งเวลานี้เราทำงานใช้มั้ยแล้วก็เดี๋ยว ๆ เลิกงานเสร็จเราก็จะไปเรียนต่อเงี้ย.. (นักกายภาพบำบัด M ประสบการณ์การทำงาน 2 ปี)

..เอ่อจริง ๆ เหมาะสมนะคะเหมือนได้ฝึกการคิดเป็นระบบอะคะ ก็เริ่มจากการที่เราฝึกคิดก่อนว่าเกิดอะไรขึ้นเกิดปัญหาอะไรขึ้น เสร็จแล้วเราก็ต้องไปหาค้นสืบค้นว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากอะไรแล้วก็เราจะเอาอะไรมาเป็นตัวแก้ใช้อย่างเงี้ยคะ..เหมือนแบบเรามีการคิดที่เป็นระบบมากขึ้นอะคะ พอมาเรียนป.โทแล้วรู้สึกที่เราหยิบอะไรมาใช้ได้ง่ายขึ้นแล้วก็แบบมีการหาเหตุผลให้กับในสิ่งที่เราจะเลือกนำมาใช้ได้อย่างเงี้ยคะ.. (นักกายภาพบำบัด T ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)

..พื้มองว่าโอเคนะเพราะว่าเบื้องต้นอะ Basic จะต้องได้ความรู้ต้องทฤษฎีก่อน พอได้ความรู้ทฤษฎีเสร็จให้มันลิตเนี่ยไปสืบค้นด้วยตัวเองไปหามาด้วยตัวเองมาวิเคราะห์ นำเสนอ พอนำเสนอเนี่ยเราจะได้อะไรเห็นจากอาจารย์จากเพื่อนร่วมห้อง จะได้เห็นมุมมองหลายมิติมากขึ้นพีว่าพีว่าโอเคอะ.. (นักกายภาพบำบัด V ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

ในอีกด้านหนึ่งมีนักกายภาพบำบัดส่วนน้อยที่คิดว่าการเรียนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษามีลักษณะการเรียนรู้ที่ขาดการวิเคราะห์เชิงลึกถึงคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์และไม่ได้พัฒนาทักษะด้านสถิติและงานวิจัยมาเท่าที่ควร ดังคำกล่าว



.. สำหรับพี่รู้สึกว่าการเรียนปริญญาโทที่ผ่านมาของพี่มันไม่ทำให้พี่มีความสามารถด้านเนี้ยมากพอ อย่างมากพี่ก็คิดว่าแบบ  $n$  มันเท่าไร (หัวเราะ) ลักษณะกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกับคนไทยมัยแล้วเขาทำลักษณะย้งไง แต่มันไม่ได้มีการวิเคราะห์เชิงลึกถึงคุณภาพของ Paper เท่าไร..ซึ่งมันน่าจะไม่ว่างคร่อมทั้งหมดมันคงครบแหละแต่เราไม่รู้ว่าจะอย่างเงี้ย ที่เราทำอะ เหมือนที่น้องบอกมีห้าขั้นตอนอะไรอย่างเงี้ย พี่ไม่สามารถแยกแบ่งย่อยได้เลยนะว่ามันคือห้าขั้นตอน.. (นักกายภาพบำบัด S ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)

2. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา

นักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ต้องการให้เพิ่มการฝึกปฏิบัติขั้นตอนปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจในกระบวนการ และสามารถเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติทางคลินิกได้

..แบบเอา Evidence-based มาใช้กับคนไข้ ในตอนเรียนโทคุณเรียน Evidence-based มันมีเนื้อหาประมาณนี้แล้วคุณก็เอา Evidence-based นั้นไปใช้กับคนไข้จริงแล้วก็กลับมา Seminar ร่วมกัน อะไรอย่างเงี้ย สมัยพี่ไม่มีแบบเนี้ย พี่ว่าถ้ามีแบบเนี้ยพี่คือกระบวนการวิจัยที่แท้มาก ๆ เลยแต่ของพี่ไม่มีอย่างนั้น (หัวเราะ) ..แล้วก็กลับมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเพื่อเราจะไป Develop งานเราให้มันได้แบบจริง ๆ อย่างนั้นมากกว่า.. (นักกายภาพบำบัด S ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)

..อืม จริง ๆ อยากจะเพิ่มนะคะ ให้ดูว่าบทความนี้มัน Popular ขนาดไหนมีตัวอย่างให้ดูว่ามันน่าเชื่อถือขนาดไหนดูจากอะไรได้บ้างนะคะ Citation index เหรอหรือว่าอะไรอย่างเงี้ย ที่จะต้องใช้ใน Evidence practice แต่คิดว่่าก็น่าจะจำเป็นนะคะเหมือนดู Citation index ค่ะ..เหมือนมันเป็นเทรนในอนาคตอะคะ มันจะช่วยทำให้เราทราบว่่าบทความไหนที่มันได้รับได้รับการอ้างอิง ยิ่งมากเท่าไร เทรนการนำไปใช้ในแนวทางนี้ ไม่ว่าจะ Intervention การทำวิจัยหรือว่าการเลือกใช้ Outcome มันก็ย่อมจะเป็นเทรนที่มีแนวโน้มที่จะเอาไปใช้ในอนาคตแล้วก็จะไม่ล้าสมัยแล้วก็ปรับใช้ได้กับคนไข้ในยุคปัจจุบัน.. (นักกายภาพบำบัด T ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)

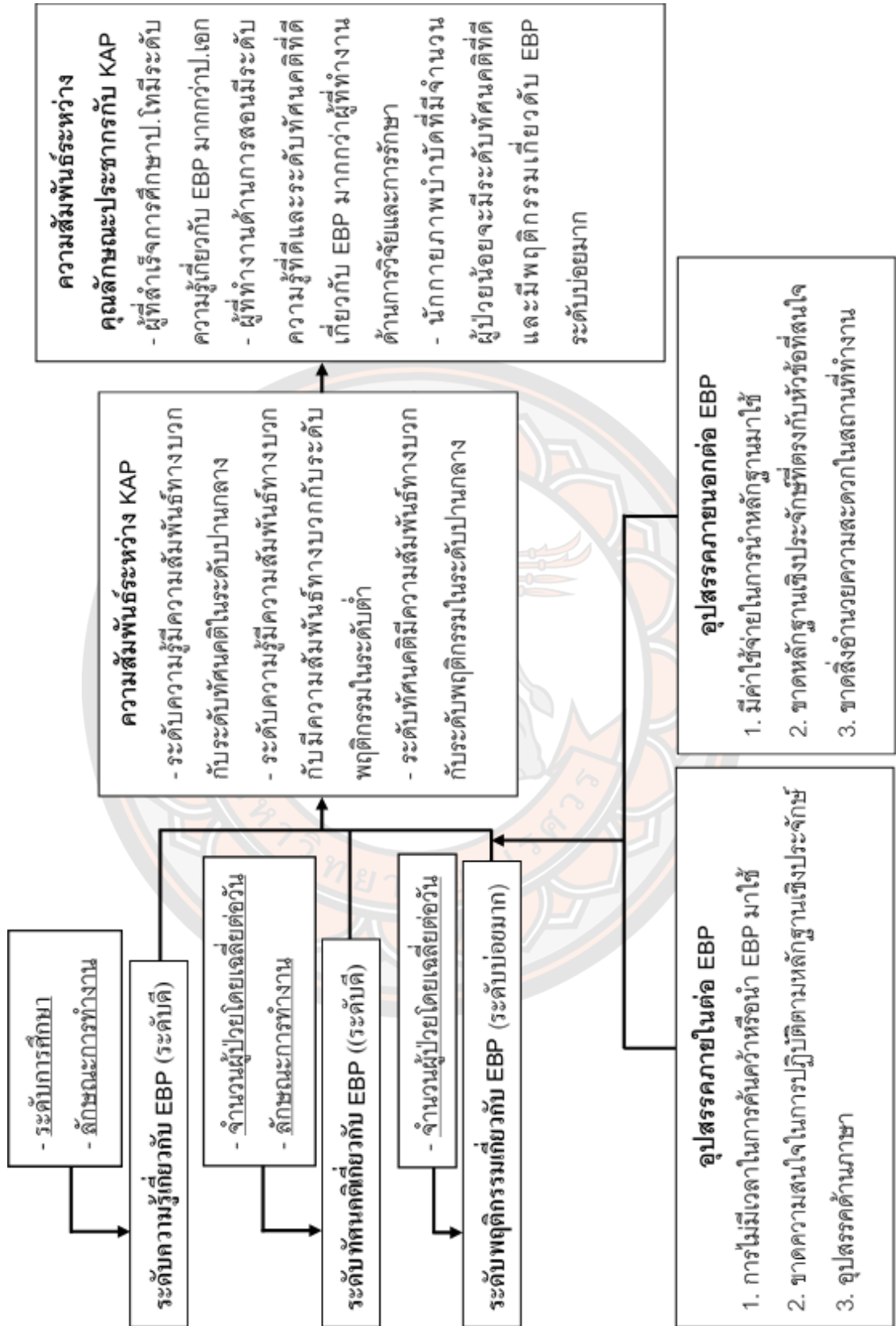
..เพิ่มเติมหรือ เอ่อ อืม บางทีการยกตัวอย่างอะบางที่อาจารย์อาจจะต้อง เหมือนกับว่าตัวอย่างของ Paper ที่แตกต่างกันหลากหลายรูปแบบอะ ที่มันแตกต่างกัน จริง ๆ เอามาให้ดูว่ามันเหมือนมันต่างอะไรกันยังไง เพราะว่าคำฟังแค่สอนทฤษฎีเนี่ยมัน อาจจะยังมองไม่เห็นภาพ แต่ถ้ายก Paper ขึ้นมาหนึ่งตัวอย่างแล้วสอนไปพร้อมกับ ทฤษฎีอันนี้พี่ว่าเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีกับปฏิบัติจะเป็นเรื่องที่สำคัญ มันจะทำให้เด็ก เข้าใจง่ายขึ้น.. (นักกายภาพบำบัด V ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

มีนักกายภาพบำบัดอีกส่วนที่ต้องการให้มีการถ่ายทอดประสบการณ์การใช้การ ปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิก เพื่อให้ผู้เรียนเข้าใจขั้นตอนปฏิบัติมากขึ้น ดังคำกล่าว

..เอาประสบการณ์ของคนที่ใช้จริง ๆ แล้ว Success ไปแชร์มัยหมายถึงว่าแบบ (เดาะลิ้น) ..ถ้าใครที่มีประสบการณ์ทางคลินิกอะอาจจะเห็น Pain point ละเอาอันเนี่ย ไปใช้แต่ถ้าบางคนนะไม่ได้มีประสบการณ์ทางคลินิกอะคะเขาอาจจะเทศตรงเนี่ยไป ใช้อะมันอาจจะแบบ เอ๊ะยังงี้ถ้ามีคนมีแบบใช้ใช้จริง ๆ อะมาเล่าประสบการณ์อย่างเรา เล่ากันแบบสองเราคุยกันอาจจะดีมัย มองว่าจะมองภาพได้ได้ชัดขึ้น.. (นัก กายภาพบำบัด K ประสบการณ์การทำงาน 10 ปี)

นอกจากนี้ยังมีนักกายภาพบำบัดที่เห็นว่าการเรียนหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา มีเนื้อหาที่ซ้ำซ้อนกับระดับปริญญาตรี และต้องการให้ลดความซ้ำซ้อนของเนื้อหาส่วนนี้และ มีการเรียนเนื้อหาที่ระดับสูงมากขึ้น ดังคำกล่าว

..สำหรับพี่รู้สึกว่าย้ายถ้าเป็นไปได้ใหม่ที่เราไม่ต้องมาเรียนสรุปเนื้อหาตอน ป. ตรีอะ แต่เราเรียนเนื้อหาใหม่ที่เราไม่เคยเรียน เช่นสมมุติ เรียนเทคนิคการเรียนการสอน การทำ มคอ. สมมุติเรียนการทำ Evidence-based เรียนวิธีการพูดการสื่อสารอะเรียน อะไรที่มันต่างจากเนื้อหา ป.ตรีอะ ถ้าเป็นอะไรที่เป็นเนื้อหาเดิมที่เราเคยเรียนซ้ำอีกที่เรา ไม่เรียนได้มัย นอกจากเสียแต่ว่าเนื้อหานั้นมันมี Advanced มากขึ้นกว่าหลักสูตร ปริญญาตรีอะ.. (นักกายภาพบำบัด S ประสบการณ์การทำงาน 5 ปี)



ภาพ 15 รูปแบบความสัมพันธ์ EBP ตามทฤษฎี KAP

## บทที่ 5

### บทสรุป

#### อภิปรายผลการวิจัย

จากการสำรวจพบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี มีจำนวนปีในการประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดหลังสำเร็จการศึกษาน้อยกว่า 5 ปี มีชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์อยู่ที่ 31 – 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีจำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวันน้อยกว่า 5 คน มีจำนวนนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 คน และอาสาสมัครส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นอาจารย์พิเศษทางคลินิก ซึ่งสอดคล้องกับอาสาสมัครในการศึกษาก่อนหน้าในต่างประเทศของ Dao และคณะ (2018) ที่ทำการสำรวจความรู้ ทักษะ ทักษะ พฤติกรรมและอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดประเทศเวียดนาม พบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีช่วงอายุ 30 – 39 ปี มีจำนวนปีในการประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดหลังสำเร็จการศึกษาน้อยกว่า 5 ปี และส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นอาจารย์พิเศษทางคลินิก ผลการสำรวจนี้ขัดแย้งกับผลการศึกษาก่อนหน้าภายในประเทศไทยของ Vongsirinavarat และคณะ (Vongsirinavarat et al., 2020) ที่สำรวจทัศนคติ ความรู้และอุปสรรคต่อการใช้ EBP ของนักกายภาพบำบัดประเทศไทย พบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20 -29 ปี มีจำนวนปีในการประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดหลังสำเร็จการศึกษา 5 -10 ปี มีชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์มากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และมีจำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวัน 5 – 10 คน เนื่องด้วยวัตถุประสงค์และเกณฑ์การคัดเลือกของอาสาสมัครนี้เป็นการศึกษาในนักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาจึงทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมดมีระดับการศึกษาที่สูงกว่างานวิจัยที่มีการศึกษาก่อนหน้า

การวิจัยนี้ดำเนินรูปแบบการวิจัยการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยดำเนินการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ) และใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการวิจัยในการศึกษาก่อนหน้าของ Alrowayeh และคณะ (Alrowayeh et al., 2019) ที่ทำการสำรวจความรู้ ความเชื่อ ทักษะ ทักษะ และอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดประเทศคูเวต มีการดำเนินการวิจัยในรูปแบบการวิจัยการวิจัยแบบผสมผสาน โดยการศึกษาเชิงปริมาณจะให้

อาสาสมัครที่เข้าร่วมทำการตอบแบบสอบถามที่จะสำรวจทัศนคติ ความเชื่อ การศึกษา ความรู้ และทักษะที่เกี่ยวข้องกับ EBP โดยใช้การให้คะแนน 5 ระดับแบบ 5-point Likert scale ในส่วน การศึกษาเชิงคุณภาพจะใช้การสัมภาษณ์แบบพบปะส่วนตัวรูปแบบกึ่งโครงสร้างในการเก็บข้อมูล โดยแบบสอบถามในงานวิจัยนี้มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาก่อนหน้าของ Vongsirinavarat และคณะ (Vongsirinavarat et al., 2020) และ Jette (Jette et al., 2003) ที่ได้ทำการสำรวจความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติของนักกายภาพบำบัดประเทศสหรัฐอเมริกา แต่ยังคงมีความแตกต่างใน เนื้อหาของแบบสอบถามในส่วนความรู้เกี่ยวกับ EBP ในการศึกษาที่ใช้แบบประเมินระดับความรู้ เป็นข้อสอบปรนัยคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก โดยมีคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว ซึ่งจะทำให้ทราบถึงระดับความรู้ที่แท้จริงของผู้ตอบแบบสอบถามและสามารถแปลผลคะแนนเป็น ระดับความรู้ได้ นอกจากนี้ในส่วนหัวข้อการสัมภาษณ์ยังมีการเพิ่มรายละเอียดในส่วนของ พฤติกรรมEBP และเนื้อหาหลักสูตร รูปแบบการเรียนการสอนและความรู้สึกลูกต่อหลักสูตรการเรียน การสอน EBP ในระดับบัณฑิตศึกษา อาสาสมัครส่วนใหญ่มีลักษณะงานทางกายภาพบำบัด ที่ปฏิบัติคือ Musculoskeletal Physical Therapy และมีลักษณะงานเป็นด้านการรักษาซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Jette (Jette et al., 2003) ที่พบว่านักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่มี ลักษณะงานอยู่ในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อและมีลักษณะงานส่วนใหญ่คือการรักษาผู้ป่วย โดยจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ได้ข้อค้นพบดังนี้

**ประเด็นที่ 1 ระดับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการปฏิบัติตาม EBP ของ นักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จาก หลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย**

#### **ระดับความรู้ต่อการใช้ EBP**

จากผลการสำรวจพบว่านักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอน EBP จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาในประเทศไทย ส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับดีและรู้สึกรู้ว่า ความรู้เกี่ยวกับ EBP ที่ได้รับจากหลักสูตรการศึกษามีความเพียงพอ โดยแสดงให้เห็นถึง ความสำคัญของการศึกษาEBP ในระดับบัณฑิตศึกษาว่าสามารถเพิ่มพูนและพัฒนาความรู้ ทางด้านสถิติและ EBP ให้แก่ผู้เรียน ผลการสำรวจนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Jette (Jette et al., 2003) ที่พบว่านักกายภาพบำบัดในประเทศสหรัฐอเมริกามีทักษะเกี่ยวกับ EBP ที่ยอดเยี่ยมและมีความมั่นใจในความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล และสอดคล้องกับการศึกษาของ Vongsirinavarat และคณะ (Vongsirinavarat et al., 2020) ที่พบว่านักกายภาพบำบัดในประเทศไทยมีความมั่นใจในระดับความรู้ของตนเองในการสืบค้น ข้อมูล ประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลและประยุกต์ใช้ EBP ในคลินิก และคิดว่าพื้นฐานความรู้

และทักษะของตนมีความเพียงพอที่จะนำมาใช้จริง การศึกษานี้ยังพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้ในขั้นตอนการสร้างคำถาม การสืบค้นข้อมูล การใช้งานวิจัย และการประเมินผลลัพธ์การรักษาดี แต่ยังคงขาดความรู้ในส่วนของการประเมินคุณภาพงานวิจัย ซึ่งเห็นได้จากร้อยละผู้ตอบคำถามส่วนความรู้ในข้อ 6 และ 9 ที่เป็นคำถามเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพงานวิจัยและการแปลผลที่มีสัดส่วนร้อยละผู้ตอบผิดจำนวนมากกว่าผู้ตอบถูก ในขณะที่คำถามเกี่ยวกับความรู้ส่วนอื่น ๆ มีสัดส่วนร้อยละผู้ตอบคำถามถูกมากกว่าตอบผิดอย่างชัดเจน ผลสำรวจนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Bajracharya และคณะ (Bajracharya et al., 2019) ที่พบว่านักกายภาพบำบัดขาดความรู้และทักษะด้านการประเมินคุณภาพงานวิจัย สถิติ และการวิพากษ์บทความวิจัย ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการเรียนการสอนของหลักสูตรกายภาพบำบัดในระดับบัณฑิตศึกษาที่มีการเรียนการสอนด้านการประเมินบทความวิจัยอาจยังไม่เพียงพอที่จะทำให้นักกายภาพบำบัดสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้รับนำมาประยุกต์ใช้จริงในทางคลินิกได้ รวมถึงเนื้อหาการสอน รูปแบบการสอน จำนวนชั่วโมงของหลักสูตรจากแต่ละสถาบันอาจมีความแตกต่างของเนื้อหาที่เรียน จึงทำให้นักกายภาพบำบัดมีความรู้เกี่ยวกับเครื่องมือและวิธีการประเมินคุณภาพงานวิจัยที่แตกต่างกันได้ โดยสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่าปัจจุบันแต่ละมหาวิทยาลัยที่มีการเรียนการสอนในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาศาขากายภาพบำบัดจะมีรูปแบบการเรียนการสอนเป็นการผสมผสานระหว่างการสอนแบบบรรยาย การศึกษาด้วยตนเองและการนำเสนอผลงานหน้าชั้นเรียน โดยความแตกต่างของผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาที่สะท้อนคุณภาพผู้เรียนอาจเกิดจากความแตกต่างของเนื้อหาการเรียนการสอนและประเภทงานที่ผู้เรียนได้รับมอบหมาย สถาบันการศึกษาจึงควรสนใจในเนื้อหาและรายละเอียดการเรียนการสอนที่มีการถ่ายทอดให้แก่ผู้เรียนว่าสามารถพัฒนา ต่อยอดและเพิ่มพูนทักษะของผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพและตรงตามเป้าประสงค์หรือไม่

#### **ระดับทัศนคติต่อการ EBP**

นักกายภาพบำบัดในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับดี มาก โดยมีความเห็นว่า EBP สามารถเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการให้บริการทางคลินิกได้มากขึ้นและยังสามารถช่วยลดระยะเวลาที่ใช้ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยลงได้ ทำให้นักกายภาพสามารถจัดสรรเวลาในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยสอดคล้องกับผลสำรวจเชิงคุณภาพว่าการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นเหมือนมาตรฐานหรือแนวทางที่จะเข้าไปรับรองเทคนิคและวิธีการรักษาที่ผู้รับบริการทางกายภาพบำบัดจะได้รับ ว่าได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีความปลอดภัย มีคุณภาพ และไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่จะเป็นอันตรายต่อตัวผู้รับบริการ

ผลการสำรวจนี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าของ Jette (Jette et al., 2003) พบว่า นักกายภาพบำบัดประเทศสหรัฐอเมริกามีทัศนคติที่ดีและมีความมั่นใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อตัดสินใจทางคลินิกและคิดว่า EBP มีความสำคัญในการช่วยในกระบวนการตัดสินใจเพื่อเลือกวิธีการรักษาและให้บริการแก่ผู้ป่วย การศึกษาของ Yahui และคณะ (Yahui & Swaminathan, 2017) พบว่านักกายภาพบำบัดประเทศมาเลเซียมีทัศนคติที่ดีต่อ EBP และคิดว่า EBP มีความจำเป็นในการใช้ประกอบการให้บริการผู้ป่วยในทุกวัน Dao และคณะ (Dao et al., 2018) นักกายภาพบำบัดประเทศเวียดนามมีทัศนคติที่ดีต่อ EBP นักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่คิดว่า EBP มีความสำคัญและช่วยให้วิธีการรักษามีความทันสมัยและเป็นปัจจุบัน สัดส่วนร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามด้านทัศนคติเชิงบวกได้แสดงให้เห็นว่านักกายภาพบำบัดในปัจจุบันตระหนักถึงคุณประโยชน์ของ EBP และควรเพิ่มการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการให้บริการทางคลินิกมากขึ้นซึ่งอาจเป็นผลมาจากปัจจัยส่วนบุคคล เช่น การสร้างทัศนคติเชิงบวกจากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาที่เรียน ความสนใจส่วนบุคคล หรือสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงาน เป็นต้น ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าในประเทศไทยของ Vongsirinavarat และคณะ (Vongsirinavarat et al., 2020) ที่พบว่านักกายภาพบำบัดประเทศไทยมีทัศนคติที่ดีต่อ EBP และมีความตระหนักถึงความสำคัญที่จะประยุกต์ใช้ EBP เข้ากับการให้บริการทางคลินิกเพื่อเพิ่มคุณภาพการรักษาที่ให้แก่ผู้รับบริการ นอกจากนี้ในแบบสอบถามด้านทัศนคติเชิงลบพบว่าร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นไปในทิศทางไม่เห็นด้วย ยกเว้นในส่วนของทัศนคติเชิงลบที่การปฏิบัติตาม EBP เพิ่มความซับซ้อนของงานกายภาพบำบัดมากขึ้นที่นักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่เห็นด้วย ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของ Jette (Jette et al., 2003) โดยพบว่ามากกว่าครึ่งของนักกายภาพบำบัดไม่เห็นด้วยที่ EBP จะเข้ามาเพิ่มความซับซ้อนในการปฏิบัติหรือเพิ่มปริมาณงานที่มากเกินไปจนจำเป็นในการให้บริการทางกายภาพบำบัด ข้อค้นพบนี้อาจเป็นผลมาจากความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับกระบวนการ EBP ที่จำเป็นต้องเพิ่มวิธีปฏิบัติบางประการ เช่น การอ่านบทความและการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของบทความนั้น ๆ ซึ่งเป็นกระบวนการในการเพิ่มประสิทธิภาพความน่าเชื่อถือของการให้บริการที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ จึงอาจทำให้ตัวนักกายภาพบำบัดรู้สึกว่าการทำงานมีความซับซ้อนมากขึ้นจากงานปกติ ส่งผลให้นักกายภาพบำบัดจำเป็นต้องใช้เวลาในการให้บริการผู้ป่วยต่อคนมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจที่พบว่าปัจจัยด้านเวลาเป็นอุปสรรคที่สำคัญที่สุดที่จะขัดขวางการใช้กระบวนการ EBP ในการปฏิบัติงานทางคลินิก

### ระดับพฤติกรรมการใช้ EBP

การศึกษานี้พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการใช้ EBP อยู่ในระดับน้อยมาก โดยกระบวนการ EBP ที่นักกายภาพบำบัดมีการปฏิบัติมากที่สุดคือขั้นตอนการสืบค้นข้อมูลซึ่งสอดคล้องกับจากการศึกษาที่ผ่านมาของ Jette (Jette et al., 2003) พบว่านักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ EBP ในกระบวนการอ่านงานและสืบค้นบทความวิจัยรวมทั้งยังมีความมั่นใจสูงในการประเมินความน่าเชื่อถือของบทความ แต่ผลการศึกษาชี้ขัดแย้งกับการศึกษาก่อนหน้าของ Yahui และคณะ (Yahui & Swaminathan, 2017) ที่พบว่านักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ไม่ได้มีการนำ EBP มาใช้ในการปฏิบัติทางคลินิก โดยเฉพาะในขั้นตอนการอ่านและประเมินคุณภาพของบทความ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Iles และ Davidson (Iles & Davidson, 2006) ที่พบว่านักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการประยุกต์ใช้ EBP ในทางคลินิกในด้านการสืบค้นบทความวิจัยจากฐานข้อมูลออนไลน์ การอ่านและประเมินความน่าเชื่อถือของบทความและการนำองค์ความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้อยู่ในระดับน้อย นอกจากนี้ผลการศึกษายังขัดแย้งกับผลการสำรวจในประเทศไทยของ Vongsirinavarat และคณะ (Vongsirinavarat et al., 2020) ที่พบว่านักกายภาพบำบัดมีการปฏิบัติตาม EBP น้อย ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา (ปริญญาโท, ปริญญาเอก) ที่ได้เรียนรายวิชาเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม EBP และสถิติในหลักสูตรจึงทำให้มีพื้นฐานความรู้และทักษะเกี่ยวกับ EBP ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ของ Vongsirinavarat และคณะ (Vongsirinavarat et al., 2020) ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาจากระดับปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นนี้สอดคล้องกับข้อค้นพบของ Vongsirinavarat และคณะ (Vongsirinavarat et al., 2020) และ Iles และ Davidson (Iles & Davidson, 2006) ที่กล่าวว่านักกายภาพบำบัดที่ได้รับการฝึกฝนทักษะด้าน EBP และมีระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะมีพฤติกรรมการใช้ EBP ในทางคลินิกทั้งในด้าน การสืบค้นฐานข้อมูล การอ่านบทความวิจัย การประเมินคุณภาพของหลักฐานและการประยุกต์ใช้ EBP มากกว่านักกายภาพบำบัดที่ระดับการศึกษาต่ำกว่า ผลการสำรวจที่ได้จากแบบสอบถามนี้สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ที่ได้ข้อสรุปว่านักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาให้ความสำคัญในกระบวนการ EBP เพื่อแก้ไขปัญหาที่ต้องการทราบและพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการในทางคลินิก โดยเป็นผลลัพธ์จากการถูกปลูกฝังและฝึกปฏิบัติจากระดับบัณฑิตศึกษา ทำให้นักกายภาพบำบัดมีองค์ความรู้ในกระบวนการตั้งคำถามทราบถึงฐานข้อมูลที่เป็นประโยชน์และสามารถใช้สืบค้นเพื่อหาบทความวิจัยที่ต้องการ



มีกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบสามารถประเมินและวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือและคุณภาพของบทความวิจัยที่ค้นพบว่ามีเหมาะสมกับบริบทแวดล้อมและคุณลักษณะของผู้รับบริการหรือไม่ ตลอดจนสามารถนำข้อมูลและองค์ความรู้ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการทางคลินิก และสามารถตรวจสอบกระบวนการและผลลัพธ์การปฏิบัตินั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ การได้รับการปลูกฝังและพัฒนากระบวนการคิดจะทำให้นักกายภาพบำบัดไม่เชื่อในบทความหรืองานวิจัยที่พบในทันทีแต่จะมีกระบวนการไตร่ตรองและเปรียบเทียบคุณประโยชน์และโทษที่อาจได้รับการนำข้อค้นพบนั้นมาประยุกต์ใช้ ผลการศึกษานี้จึงแสดงให้เห็นถึงความสำคัญและประสิทธิภาพการเรียนการสอนการปฏิบัติตาม EBP ของหลักสูตรกายภาพบำบัดในระดับบัณฑิตศึกษาที่ทำให้นักกายภาพบำบัดมีการนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานทางคลินิกมากกว่านักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิตในประเทศไทย

## **ประเด็นที่ 2 อุปสรรคต่อการปฏิบัติตาม EBP ทางคลินิกของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย**

จากการสำรวจพบว่าอุปสรรคสำคัญที่ขัดขวางการนำ EBP มาใช้ในทางคลินิกคือ อุปสรรคด้านเวลา ความรู้การด้านสถิติ และการวิจัยไม่เพียงพอ การมีค่าใช้จ่ายในการนำหลักฐานมาใช้ ผลการสำรวจนี้สอดคล้องกับผลการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานของ Paci และคณะ (Paci, Faedda, Ugolini, & Pellicciari, 2021) ที่ทำการสำรวจอุปสรรคที่ขัดขวางการนำ EBP มาใช้ในการปฏิบัติทางคลินิกของนักกายภาพบำบัด จากการรวบรวมและวิเคราะห์บทความวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 29 ฉบับ พบว่าอุปสรรคที่สำคัญสามอันดับแรก ที่ขัดขวางการนำ EBP มาปฏิบัติคือ อุปสรรคด้านเวลา การจำกัดการเข้าถึงแหล่งข้อมูลและการขาดประสบการณ์และความรู้การด้านสถิติและการวิจัย โดยให้ข้อมูลว่าในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนามีแนวโน้มที่จะพบอุปสรรคเข้ามาขัดขวางกระบวนการการปฏิบัติตามขั้นตอน EBP มากกว่ากลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว ซึ่งมีความสอดคล้องผลการค้นพบในการศึกษานี้ เนื่องจากประเทศไทยเป็นหนึ่งในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและการสำรวจก็ทำให้ค้นพบอุปสรรคหรือข้อจำกัดต่าง ๆ ที่ทำให้นักกายภาพบำบัดไม่สามารถนำ EBP มาประยุกต์ใช้ทางคลินิกได้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าของ Vongsirinavarat และคณะ (Vongsirinavarat et al., 2020) ที่พบว่าอุปสรรคสามอันดับแรกในการใช้ EBP ได้แก่ การไม่มีเวลาเพียงพอ การมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นที่สนใจจำนวนน้อยและการขาดความรู้ในด้านสถิติและการวิจัย โดยงานวิจัยนี้ได้พบอุปสรรคที่มีผลขัดขวางการนำ EBP มาปฏิบัติในการให้บริการทางคลินิกของนักกายภาพบำบัด ดังนี้

1. การไม่มีเวลาในการใช้ EBP จากภาระงานที่มากทำให้นักกายภาพบำบัดไม่มีเวลาพอที่จะศึกษาค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์ และไม่มีเวลาในการนำข้อมูลใหม่ไปลงมือปฏิบัติจริงทางคลินิก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าของ Vongsirinavarat และคณะ (Vongsirinavarat et al., 2020) ที่รายงานว่าอุปสรรคต่อการใช้ EBP ที่สำคัญที่สุดในนักกายภาพบำบัดประเทศไทย คือ การจำกัดด้านเวลา และสอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย เวียดนาม และมาเลเซีย ที่พบว่าข้อจำกัดด้านเวลาเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ให้นักกายภาพบำบัดในระดับปฏิบัติการไม่ได้นำ EBP มาใช้ (Bernhardsson et al., 2014; Dao et al., 2018; Jette et al., 2003; Yahui & Swaminathan, 2017) ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่าอุปสรรคด้านเวลาเป็นผลเกี่ยวเนื่องที่เกิดจากการมีภาระงานหรือจำนวนผู้ป่วยที่มากของนักกายภาพบำบัดส่งผลให้นักกายภาพบำบัดเกิดความเหนื่อยล้าและรู้สึกว่าไม่มีเวลาในการอ่านสืบค้นและนำ EBP มาปฏิบัติเนื่องจากในกระบวนการตั้งคำถาม สืบค้น และอ่านบทความวิจัยเพื่อประเมินคุณภาพของหลักฐานจำเป็นที่จะต้องมีการใช้ระยะเวลาช่วงหนึ่งเพื่อค้นพบบทความที่ตรงกับประเด็นที่สนใจหรือเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของหลักฐาน จึงทำให้ปัจจัยด้านเวลาเป็นอุปสรรคที่พบได้มากที่สุดในการปฏิบัติงานทางคลินิก

2. ผลการวิจัยที่ผ่านมามพบว่า การขาดประสบการณ์และความรู้การด้านการวิจัยของนักกายภาพบำบัดเป็นอีกหนึ่งอุปสรรคที่สำคัญต่อการใช้ EBP ทั้งในด้านไม่เข้าใจเกี่ยวกับการวิเคราะห์ทางสถิติ ขาดทักษะการประเมินความน่าเชื่อถือผลงานเชิงวิชาการและขาดทักษะในการสืบค้น โดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จำเป็นที่จะต้องมีการสืบค้นที่เป็นระบบและใช้เทคนิคการสืบค้นเพื่อค้นหาองค์ความรู้ที่ต้องการ จากการสำรวจพบว่านักกายภาพบำบัดส่วนมากยังขาดทักษะการสืบค้นที่เป็นระบบทำให้มีอุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Iles และ Davidson (Iles & Davidson, 2006) และ Vongsirinavarat และคณะ (Vongsirinavarat et al., 2020) ที่พบว่า การขาดความรู้และทักษะด้านการวิจัยเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการนำ EBP มาใช้ทางคลินิก โดยเฉพาะความรู้ความเข้าใจด้านสถิติ การอ่านเพื่อวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของบทความ และทักษะในการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ในการปฏิบัติจริง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า ระดับการศึกษาสูงสุดของนักกายภาพบำบัดมีผลต่อพฤติกรรมในการนำขั้นตอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ โดยเมื่อต้องเจอกับองค์ความรู้ใหม่ ๆ ที่จำเป็นต้องมีความเข้าใจในกระบวนการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลนั้น นักกายภาพบำบัดที่ไม่ได้ศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษาหรือมีพฤติกรรมการอ่านงานวิจัยเป็นประจำ จะมีความลำบากในการทำความเข้าใจองค์ความรู้ใหม่ ๆ

3. การมีค่าใช้จ่ายในการนำหลักฐานมาใช้ วารสารวิชาการในระดับนานาชาติที่เป็นที่ยอมรับและมีความน่าเชื่อถือ ปัจจุบันส่วนใหญ่มีการจัดทำในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์และรวบรวมไว้ในฐานข้อมูลออนไลน์ต่าง ๆ ซึ่งฐานข้อมูลที่ได้รับความนิยมเชื่อถือส่วนใหญ่จำเป็นที่จะต้องมีการชำระเงินเพื่อเข้าใช้งานฐานข้อมูล ทำให้นักกายภาพบำบัดที่ไม่ได้รับทุนอุดหนุนงานด้านวิชาการไม่สามารถเข้าใช้งานเพื่อสืบค้นหลักฐานที่ต้องการได้ โดยสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่าการเสียค่าใช้จ่ายในการเข้าใช้งานฐานข้อมูลเป็นอีกหนึ่งอุปสรรคที่ภาพได้ในการปฏิบัติทางคลินิก โดยส่งผลให้นักกายภาพบำบัดที่ไม่ได้รับการอำนวยความสะดวกหรือการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการสืบค้นไม่สามารถเข้าถึงบทความงานวิจัยที่ต้องการได้

4. อุปสรรคด้านจำนวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องในประเด็นที่สนใจและตรงกับปัญหาทางคลินิกมีจำนวนน้อยทำให้ไม่สามารถค้นหาหลักฐานเพื่อนำมาปฏิบัติได้ ฐานข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถเข้าถึงได้ของประเทศไทยก็มีจำนวนน้อยและไม่เพียงพอที่จะนำไปใช้ประกอบการให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Iles และ Davidson (Iles & Davidson, 2006) และ Vongsirinavarat และคณะ (Vongsirinavarat et al., 2020) ที่พบว่าการขาดหลักฐานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่สนใจเป็นอีกหนึ่งอุปสรรคสำคัญที่ทำให้นักกายภาพบำบัดไม่ได้นำ EBP มาใช้ทางคลินิก และสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่าการมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในหัวข้อที่สนใจและตรงกับปัญหาทางคลินิกมีจำนวนน้อยทำให้ไม่สามารถค้นหาหลักฐานเพื่อนำมาปฏิบัติได้ โดยเฉพาะฐานข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์และวารสารที่มีการตีพิมพ์ของประเทศไทยก็มีจำนวนน้อยและไม่เพียงพอที่จะนำไปใช้ประกอบการให้บริการ

5. การขาดสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานที่ทำงาน ด้านความพร้อมของอุปกรณ์และสื่อสนับสนุน ได้แก่ ขาดแหล่งข้อมูลในการสืบค้น ด้านอุปกรณ์และระบบเครื่องข่ายอินเทอร์เน็ตจากการสำรวจพบว่าการมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลในสถานพยาบาลเป็นอีกหนึ่งอุปสรรคที่ทำให้นักกายภาพบำบัดไม่สามารถใช้ขั้นตอน EBP ได้ โดยสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Diermayr และคณะ ในปี ค.ศ. 2015 (Diermayr et al., 2015) ที่ทำการสำรวจทัศนคติ การปฏิบัติ และอุปสรรคที่มีผลต่อการใช้ EBP ในนักกายภาพบำบัดประเทศออสเตรเลีย พบว่าการขาดการสนับสนุนและการอำนวยความสะดวกจากองค์กรต้นสังกัดเป็นหนึ่งในอุปสรรคที่ถูกกล่าวถึงมากที่สุดที่ทำให้นักกายภาพบำบัดไม่สามารถนำ EBP มาใช้ทางคลินิกได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Paci และคณะ (Paci et al., 2021) ที่พบว่าการขาดการสนับสนุนและการอำนวยความสะดวกจากองค์กรในที่ทำงานทั้งอินเทอร์เน็ต รวมถึงสถานที่และเครื่องมือที่ใช้ในการสืบค้นเป็นอุปสรรคที่สำคัญที่ขัดขวางการนำ EBP มาใช้ปฏิบัติทางคลินิก และสอดคล้องกับข้อมูลเชิง

คุณภาพที่พบว่านักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลที่ขาดสิ่งอำนวยความสะดวกในการสืบค้นจะประสบปัญหาในการเข้าถึงฐานข้อมูลเพื่อสืบค้นและอ่านงานวิจัยอย่างมาก

6. การขาดทักษะและความเชี่ยวชาญในการใช้ภาษาต่างประเทศ ในปัจจุบันพบว่าผลงานทางวิชาการและรายงานผลการวิจัยส่วนใหญ่ถูกตีพิมพ์ในวารสารต่างประเทศ และมีเพียงบางส่วนที่ตีพิมพ์ในฐานข้อมูลของประเทศไทยทำให้เกิดข้อจำกัดในการใช้งาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Dao และคณะ (Dao et al., 2018) ที่ทำการสำรวจอุปสรรคต่อ EBP ในนักกายภาพบำบัดประเทศไทยเดียนามพบว่าอุปสรรคที่พบมากที่สุดซึ่งทำให้นักกายภาพบำบัดไม่ได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ คือการรายงานผลการวิจัยส่วนมากตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ เพราะเมื่อนักกายภาพบำบัดขาดความเชี่ยวชาญในการใช้ภาษาต่างประเทศจึงทำให้มีการเข้าถึงและนำไปใช้น้อย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Paci และคณะ (Paci et al., 2021) ที่กล่าวว่าอุปสรรคด้านภาษาเป็นอุปสรรคสำคัญที่ขัดขวางกระบวนการ EBP โดยเฉพาะในขั้นตอนการสืบค้นและการอ่านเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของบทความในประเทศกำลังพัฒนาที่ไม่ได้มีการใช้ภาษาอังกฤษอย่างแพร่หลาย และยังคงสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่านักกายภาพบำบัดประเทศไทยมีความยากลำบากในการอ่านบทความและงานวิจัยที่ถูกตีพิมพ์ในวารสารต่างประเทศเนื่องจากไม่ได้รับการปลูกฝังพื้นฐานทางด้านภาษาและคำศัพท์เฉพาะในงานวิจัยที่เหมาะสมในระดับปริญญาบัณฑิต

### **ประเด็นที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับ EBP ของนักกายภาพบำบัด**

การศึกษานี้พบว่าระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติตาม EBP ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนและการปฏิบัติตาม EBP จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาสาขากายภาพบำบัดในประเทศไทยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับแบบจำลอง KAP ของ Bloom (Bloom & Webster, 1960) โดยผู้ที่มีความรู้จะส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตามมาโดยมีทัศนคติเป็นตัวกลางระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ ดังนั้นทัศนคติจะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่และการปฏิบัติจะแสดงออกไปตามทัศนคตินั้น ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กันทั้งทางตรงและทางอ้อม (จุฬารัตน์โสตะ, 2554) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Hasani และคณะ (Hasani et al., 2020) ที่ทำการศึกษาในนักกายภาพบำบัดประเทศซาอุดีอาระเบียพบว่าการมีระดับการศึกษาและความรู้ระดับสูงส่งผลให้นักกายภาพบำบัดมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการนำ EBP มาใช้ในทางคลินิก แต่ถึงแม้ว่านักกายภาพบำบัดประเทศซาอุดีอาระเบียจะมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับ EBP ในการสำรวจพฤติกรรมการนำ EBP กลับพบว่ายังมีการใช้ที่ไม่แพร่หลายซึ่งแตกต่างจากข้อค้นพบในการศึกษา

นี้ที่พบว่านักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษาจากระดับบัณฑิตศึกษามีการนำ EBP มาใช้ในระดั บ่อยมาก ทั้งนี้ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในระดับปานกลางถึงต่ำอาจได้รับผลกระทบมาจากบริบท แวดล้อมและวัฒนธรรมในแต่ละสถานที่ทำงาน รวมถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคอื่น ๆ ที่มีผลขัดขวาง การปฏิบัติตาม EBP เช่น อุปสรรคด้านเวลา การขาดประสบการณ์ ความรู้การด้านการวิจัย และการขาดทักษะและความเชี่ยวชาญในการใช้ภาษาต่างประเทศ เป็นต้น โดยสอดคล้องข้อมูล เชิงคุณภาพที่พบว่านักกายภาพบำบัดมีทัศนคติที่ดีและมีความมั่นใจในความรู้เกี่ยวกับ EBP แต่ไม่ สามารถนำองค์ความรู้ที่มีมาปฏิบัติทางคลินิกได้โดยเป็นผลมาจากอุปสรรคต่าง ๆ ที่พบ ได้แก่ การไม่มีเวลา การขาดประสบการณ์ และความรู้การด้านการวิจัย การมีค่าใช้จ่ายในการนำ หลักฐานมาใช้ อุปสรรคด้านภาษา การขาดสิ่งอำนวยความสะดวกจากองค์กร และจำนวน หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องในประเด็นที่สนใจและตรงกับปัญหาทางคลินิกมีจำนวนน้อย นอกจากนี้วัฒนธรรมในสถานที่ทำงานก็มีผลและทัศนคติของเพื่อนร่วมงานต่างก็มีผลในการนำ EBP มาปฏิบัติ เนื่องจากการนำองค์ความรู้หรือวิธีการใหม่ ๆ มาประยุกต์ใช้ในการให้บริการอาจ ทำให้เกิดความสงสัยและเกิดความเห็นต่างในสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกัน ส่งผลให้ตัว นักกายภาพบำบัดไม่มีความมั่นใจในการนำองค์ความรู้และข้อมูลใหม่นั้นมาใช้ทางคลินิก

#### **ประเด็นที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถามกับระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับ EBP ของนักกายภาพบำบัด**

ในส่วนคุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถามพบว่าระดับการศึกษาและลักษณะการทำงาน ของนักกายภาพบำบัดมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่าผู้ที่สำเร็จ การศึกษาระดับปริญญาโทมีจำนวนคนในระดับความรู้ดี-ดีมากมากกว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอก โดยขัดแย้งกับการศึกษาก่อนหน้านี้ของ Jette (Jette et al., 2003) และ Alrowayeh และคณะ (Alrowayeh et al., 2019) ที่พบว่านักกายภาพบำบัดที่มีระดับการศึกษาที่ สูงกว่ามีแนวโน้มมีความรู้เกี่ยวกับ EBP ดีกว่า และกับการศึกษาก่อนหน้าในประเทศไทยของ Vongsirinavarat และคณะ (Vongsirinavarat et al., 2020) ที่พบว่าในกลุ่มนักกายภาพบำบัดที่มี อายุน้อยกว่าและมีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีระดับความรู้ทางด้านสถิติ การวิจัยและขั้นตอนการ ปฏิบัติตาม EBP ที่มากกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทมีจำนวนมากกว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกและจากข้อมูลการตอบ กลับของผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกพบว่าส่วนใหญ่ (95%) ทำงานหลักเป็นงานวิจัย หรืองานปฏิบัติงานด้านการรักษา จึงอาจทำให้ไม่ได้มีการทบทวนองค์ความรู้เพื่อที่ต้องถ่ายทอด ความรู้ให้แก่ผู้อื่นเหมือนลักษณะงานด้านการสอน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่พบว่าลักษณะ การทำงานหลักของผู้ตอบแบบสอบถามที่ปฏิบัติงานด้านการสอนเป็นส่วนใหญ่จะมีระดับความรู้

ที่ดีกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานด้านการรักษาและการทำวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ปฏิบัติงานด้านการสอนเป็นหลักจำเป็นต้องมีการสืบค้นข้อมูลและสรุปองค์ความรู้ที่มากกว่าการปฏิบัติงานประเภทอื่น เพื่อถ่ายทอดความรู้แก่ผู้เรียนจึงทำให้มีการเข้าถึงข้อมูลและทบทวนเนื้อหาการสอนมากกว่าและทำให้มีระดับความรู้ที่ดีกว่าลักษณะการทำงานอื่น ๆ

ระดับทัศนคติ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าเมื่อนักกายภาพบำบัดมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับ EBP ก็จะมีผลให้มีการนำ EBP มาใช้ในทางคลินิก ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากปัจจัยส่วนบุคคลและความรู้เกี่ยวกับ EBP เนื่องจากความรู้ที่มีอยู่นั้นจะทำให้เกิดความมั่นใจในการนำ EBP มาใช้ให้บริการทางคลินิก ในส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างระดับทัศนคติกับคุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่ามีความสัมพันธ์ในด้านจำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวันและลักษณะการทำงาน โดยนักกายภาพบำบัดที่มีจำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวันน้อยจะมีระดับทัศนคติที่ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Vongsirinavarat และคณะ (Vongsirinavarat et al., 2020) ที่พบว่านักกายภาพบำบัดที่มีจำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวันน้อยกว่าจะมีระดับทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับ EBP มากกว่า ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการที่นักกายภาพบำบัดอาจมีเวลาว่างจากการทำงาน อาจมีเวลาในการอ่านหาความรู้ ค้นหาบทความวิจัย และวิเคราะห์บทความวิจัยได้มากขึ้น มีเวลาในการพิจารณาใช้เหตุผลทางคลินิกและการปฏิบัติตาม EBP ได้สมบูรณ์แบบมากขึ้นจึงอาจส่งผลให้มีระดับทัศนคติที่ดี และยังพบว่านักกายภาพบำบัดที่มีการทำงานด้านการสอนเป็นส่วนใหญ่จะมีระดับทัศนคติที่ดีกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานด้านการรักษาและการทำวิจัย ซึ่งอาจเกิดจากที่นักกายภาพบำบัดมีการทำงานด้านการสอนจำเป็นต้องมีการถ่ายทอดองค์ความรู้จากการศึกษา บทความวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ต่าง ๆ รวมถึงผู้สอนจำเป็นต้องมีทัศนคติต่อการใช้ EBP ที่ดีเพื่อแสดงให้เห็นเป็นต้นแบบแก่ผู้เรียนเพื่อให้ผู้เรียนมั่นใจและสามารถประยุกต์ใช้ความรู้และมีทักษะในการปฏิบัติงานได้

ระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับ EBP พบความสัมพันธ์กับคุณลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถาม ในด้านจำนวนผู้ป่วยที่ดูแลโดยเฉลี่ยต่อวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Vongsirinavarat และคณะ (Vongsirinavarat et al., 2020) พบว่านักกายภาพบำบัดที่มีจำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวันน้อยกว่าจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามขั้นตอน EBP มากกว่า โดยเป็นผลมาจากการที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแลโดยเฉลี่ยต่อวันสูงขึ้นจะทำให้เกิดอุปสรรคด้านเวลาและส่งผลให้เพราะเมื่อนักกายภาพบำบัดมีระยะเวลาในการค้นหางานวิจัย ความรู้ อ่านงานวิจัย หรือวิเคราะห์บทความวิจัยน้อยลงซึ่งจะส่งผลต่อการนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติทางคลินิกได้

น้อยลง อีกทั้งภาระงานที่มากขึ้นจะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าและมีความต้องการที่จะนำการปฏิบัติตาม EBP มาใช้น้อยลง

### **ประเด็นที่ 5 ข้อค้นพบเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์**

#### **การเรียนการสอน EBP ในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา**

รูปแบบการเรียน EBP ในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาในปัจจุบันมีความแตกต่างกันตามแต่ละสถาบันโดยเป็นผลมาจากความคาดหวังของสถาบันการศึกษาที่กำหนดคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามแต่ละเอกลักษณ์ของสถาบัน แต่รูปแบบที่มีการใช้อย่างแพร่หลายคือรูปแบบผสมผสานระหว่างการสอนแบบบรรยาย การศึกษาด้วยตนเอง และการนำเสนอผลการสืบค้นหน้าชั้นเรียน นอกจากนี้ยังมีการจัดสัมมนาในชั้นเรียนเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและร่วมกันวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือ ข้อดีและข้อเสียของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ทำการสืบค้น และในด้านเนื้อหาหลักสูตรการเรียน EBP ในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษามีการสอดแทรกเนื้อหาและขั้นตอน EBP ในรายวิชาต่าง ๆ ซึ่งหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาจะมีการมุ่งเน้นขั้นตอนการวิเคราะห์และการประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นส่วนใหญ่ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้กระบวนการที่ได้มาซึ่งหลักฐานที่ดีที่สุดและสามารถประเมินคุณภาพหลักฐานต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพก่อนนำไปปฏิบัติจริง ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Swanberg และคณะ ในปี 2016 (Swanberg et al., 2016) โดยระบุว่ารูปแบบการเรียนการสอน EBP ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ การบูรณาการวิธีการสอนหลากหลายวิธีทั้งการสอนแบบบรรยาย การศึกษาด้วยตนเอง การฝึกปฏิบัติในห้องเรียน และการอภิปรายกลุ่ม โดยจะมีประสิทธิภาพมากที่สุดเมื่อมีการแบ่งเนื้อหา EBP ออกเป็นหลายส่วนและถ่ายทอดผ่านรูปแบบการเรียนการสอนที่หลากหลายนั้น แต่อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาจำนวนน้อยที่ยืนยันถึงวิธีการที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมในการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้าน EBP ได้อย่างแน่ชัดจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคตถึงรูปแบบการเรียนการสอน EBP ที่มีประสิทธิภาพและความเหมาะสมมากที่สุด

#### **ทัศนคติของนักกายภาพบำบัดต่อการเรียนการสอน EBP ในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา**

1. นักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีและเห็นถึงความสำคัญของการสอน EBP ในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา พร้อมทั้งเห็นถึงประโยชน์ของการเรียน EBP ที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจในกระบวนการทางด้านสถิติและการสืบค้นงานวิจัยให้แก่นักกายภาพบำบัด และคิดว่าเนื้อหาการเรียนการสอนที่ได้รับเพียงพอที่จะนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการทางคลินิก โดยสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าของ Alrowayeh และคณะ (Alrowayeh et al., 2019)

พบว่านักกายภาพบำบัดประเทศคูเวตมีความมั่นใจในพื้นฐานความรู้ที่ได้รับและคิดว่าเนื้อหาการเรียนมีความเหมาะสม และ สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทยของ Vongsirinavarat และคณะ (Vongsirinavarat et al., 2020) พบว่านักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาบัณฑิตในประเทศไทยมีความคิดว่าเนื้อหาการเรียนการสอน EBP มีความเพียงพอและเหมาะสม และเพียงพอในการนำไปใช้ทางปฏิบัติทางคลินิก

2. นักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรบัณฑิตศึกษาต้องการให้สถาบันการศึกษามีการเพิ่มการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นการฝึกปฏิบัติ เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนที่ให้ผู้เรียนมีการฝึกปฏิบัติน้อยจะทำให้ผู้เรียนไม่เข้าใจในกระบวนการ EBP เมื่อต้องปฏิบัติในสถานการณ์จริง จึงต้องเพิ่มการฝึกปฏิบัติที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงเพื่อให้ผู้ศึกษาเกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้กับการให้บริการทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### **ปัจจัย (Factor) ที่มีผลในการใช้ EBP**

1. ปัจจัยด้านช่วงอายุของนักกายภาพบำบัด โดยนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานทางคลินิกที่มีอายุน้อย หรือสำเร็จการศึกษาได้ไม่นานจะยังขาดทักษะความชำนาญในการปฏิบัติทางคลินิกและมีการยึดองค์ความรู้ที่ได้ศึกษามาเป็นหลักในการทำงาน ทำให้เกิดการใช้กระบวนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น้อยกว่า ในขณะที่นักกายภาพบำบัดที่มีอายุมากมักจะอาศัยประสบการณ์การทำงานทางคลินิกมาช่วยในการตัดสินใจ แต่นักกายภาพบำบัดที่มีอายุมากจะมีการใช้ EBP มากขึ้นในกรณีที่ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Baird และ Miller ในปี 2015 (Baird & Miller, 2015) ที่พบว่าพยาบาลที่มีช่วงอายุน้อยกว่าจะมีแนวโน้มที่จะใช้องค์ความรู้ที่ได้รับจากการเรียนในสถาบันหรือจากการอบรมเชิงวิชาการมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลที่มีช่วงอายุหรือมีประสบการณ์มากกว่าซึ่งมีแนวโน้มที่จะใช้ประสบการณ์หรือความรู้เดิมที่ได้รับจากการในการประกอบวิชาชีพปฏิบัติงานตลอดอาชีพการทำงาน

2. ปัจจัยด้านระดับการศึกษาสูงสุดของนักกายภาพบำบัดมีผลต่อพฤติกรรมในการนำขั้นตอน EBP ไปใช้ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยด้านอุปสรรคที่นักกายภาพบำบัดขาดความรู้และทักษะในประเมินคุณภาพหลักฐานประจักษ์ โดยในนักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาจะเห็นความสำคัญของกระบวนการใช้ EBP และมีระดับความรู้สูงกว่านักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาบัณฑิต ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Vongsirinavarat และคณะ (Vongsirinavarat et al., 2020) ที่กล่าวว่านักกายภาพบำบัดที่สำเร็จ



การศึกษาระดับปริญญาตรีซึ่งอาจได้รับความรู้เกี่ยวกับ EBP และทางสถิติเพียงระดับขั้นพื้นฐาน และอาจไม่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงสภาพการณ์ของ EPB ในนักกายภาพบำบัดที่สำเร็จ การศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาที่ได้รับการเรียนรู้เกี่ยวกับ EBP และสถิติมากกว่า

3. ปัจจัยด้านการขาดความสนใจของนักกายภาพบำบัดที่ต้องการใช้ขั้นตอน EBP เพื่อ สืบค้นข้อมูลหรือคำตอบของปัญหาในประเด็นที่สนใจ ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุทั้งความเหนื่อยล้า จากการปฏิบัติงานประจำ การขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานที่สังกัด รวมถึงความยาก ในการประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีเข้ากับบริบทพื้นที่จริง โดยสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า ของ Jette (Jette et al., 2003) ที่พบว่าการขาดความสนใจในการใช้ EBP ของนักกายภาพบำบัด เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีส่วนให้ไม่มีการใช้ EBP

### สรุปผล

ผลการศึกษาพบว่านักกายภาพบำบัดมีระดับความรู้ดี ระดับทัศนคติอยู่ในระดับดีมาก และ ระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตาม EBP อยู่ในระดับน้อยมาก โดยอุปสรรคที่สำคัญที่ขัดขวางการใช้ การปฏิบัติตาม EBP ได้แก่ การไม่มีเวลาในการค้นคว้าหรือนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เป็น ความรู้ในการประเมินคุณภาพหลักฐานประจักษ์ไม่เพียงพอ การมีค่าใช้จ่ายในการนำหลักฐานมา ใช้ และอุปสรรคด้านภาษา ในด้านความสัมพันธ์พบว่าระดับความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกทั้ง ระดับทัศนคติและระดับพฤติกรรม ระดับทัศนคติพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับ ระดับพฤติกรรมตาม EBP และพบว่าคุณลักษณะบุคคลและการทำงาน (ได้แก่ ระดับการศึกษา ลักษณะการทำงาน จำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวัน) มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม EBP ของนักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษา จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัด (ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2562) ในประเทศไทย ดังนั้นการบรรจุรายวิชาการปฏิบัติตาม EBP ในหลักสูตรแกนของระดับ บัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดอาจมีส่วนช่วยในการพัฒนาคุณภาพการรักษาผู้ป่วยในระบบ การศึกษาทางกายภาพบำบัด

### ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. สถาบันการศึกษาควรมีการปรับเพิ่มเนื้อหาที่มุ่งเน้นการฝึกปฏิบัติ EBP ในสถานการณ์จริง และนำเอาวิธีการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการพิสูจน์ว่าได้ผลดี มาถ่ายทอดแก่ผู้เรียนในรายวิชา EBP เพื่อให้เป็นแบบอย่างและแนวทางในการนำ EBP มาใช้ในการปฏิบัติและให้ผู้ศึกษาเกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้กับการให้บริการทางคลินิก ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควรมีการศึกษารูปแบบการสอน EBP ที่มีประสิทธิภาพและมีความเหมาะสมในอนาคตต่อไป

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนงานวิชาการในสถานพยาบาล เช่น การสร้างนโยบายให้มีการใช้ CPG และ EBP ในการปฏิบัติงาน การสนับสนุนให้นักกายภาพบำบัดมีส่วนร่วมในการทำงานวิจัยที่ช่วยให้นักกายภาพบำบัดมีการนำ EBP มาใช้มากขึ้น การจัดงานสัมมนาแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาประสิทธิผลการให้บริการทางคลินิก จัดเวทีนำเสนอผลงานวิชาการภายในและระหว่างหน่วยงาน เป็นต้น

3. สมาคมกายภาพบำบัดและสภากายภาพบำบัดควรมีการส่งเสริมและให้การสนับสนุนการเข้าถึงฐานข้อมูล (Database) แก่ นักกายภาพบำบัดที่กำลังปฏิบัติงานทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการอ่านและใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิก

### ข้อจำกัดในการทำวิจัย

1. การศึกษานี้มีอัตราการตอบกลับเพียงร้อยละ 38.68 ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาจไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของประชากรที่ดีได้ (ควรมากกว่าร้อยละ 50) แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 20 ที่เพียงพอและยอมรับได้ในการวิเคราะห์ผลทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการสำรวจในการศึกษานี้ใช้แบบสอบถามออนไลน์ที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประชาสัมพันธ์ทางสื่อโซเชียลมีเดียเป็นหลัก ซึ่งเป็นวิธีการกระจายแบบสอบถามที่กว้างและไม่สามารถรับรองได้ว่าจะสามารถกระจายแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างได้ครอบคลุม นอกจากนี้ประชากรในการศึกษานี้มีลักษณะที่เฉพาะเจาะจง (เฉพาะผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา) และมีโอกาสที่จะเกิดอคติที่เกิดจากการเลือกตัวอย่าง (Selection bias) ซึ่งเกิดจากการตัดสินใจว่าจะตอบหรือไม่ตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง มีผลทำให้ข้อมูลไม่เป็นแบบสุ่ม (Non-random sampling) โดยอัตราการเลือกที่จะไม่ตอบจะสูงมากสำหรับกรณีแบบสอบถามทางอินเทอร์เน็ตหรือทางโทรศัพท์และผลการศึกษาที่ได้จะเบี่ยงเบนเข้าหากลุ่มที่มีความสนใจเกี่ยวกับ EBP มากกว่า (Alrowayeh et al., 2019)

2. จำนวนผู้ตอบกลับส่วนใหญ่มาจากมหาวิทยาลัยมหิดลและมหาวิทยาลัยนเรศวร จึงอาจทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่หลากหลาย

3. ผู้ตอบกลับส่วนใหญ่เป็นนักกายภาพบำบัดที่มีประสบการณ์ประกอบวิชาชีพน้อยกว่า 5 ปี ซึ่งอาจเป็นนักกายภาพบำบัดที่อยู่ระดับปฏิบัติงาน ซึ่งอาจเน้นงานการให้บริการทางคลินิกเป็นหลัก และอยู่ในช่วงเวลาเก็บเกี่ยวสร้างประสบการณ์ทางคลินิก จึงอาจทำให้มีเวลาและมีความสนใจในการปฏิบัติตาม EBP

4. การศึกษานี้ไม่ได้ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่และมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เนื่องจากไม่ได้รับความยินยอมเข้าร่วมการสัมภาษณ์จากผู้ตอบกลับ

5. การสัมภาษณ์มีผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นเพศหญิงทั้งหมด ทำให้ข้อมูลที่ได้รับมีข้อจำกัดในการอ้างอิงถึงทัศนคติของนักกายภาพบำบัดเพศชาย

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเกี่ยวกับเทคนิควิธีที่จะช่วยเพิ่มอัตราการตอบกลับแบบสอบถามให้สูงมากกว่าร้อยละ 50

2. ควรสำรวจในผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรประกาศนียบัตรบัณฑิตและหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล ในกรณีที่มีการปรับปรุงหลักสูตรและมีการบรรจุรายวิชา EBP ลงในหลักสูตรในอนาคต

3. ควรสัมภาษณ์นักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษาจากทุกสถาบันการศึกษาที่มีการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชากายภาพบำบัดในประเทศไทย

4. เพิ่มจำนวนผู้ถูกสัมภาษณ์ที่สำเร็จการศึกษาจากแต่ละสถาบันให้มีจำนวนเพิ่มขึ้น

## แผนการดำเนินงาน

กิจกรรม	พ.ศ. 2563		พ.ศ. 2564											
	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ษ	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.
1. ดำเนินการศึกษาและเก็บข้อมูล	✓	✓	✓	✓										
2. วิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายและสรุปผล				✓	✓									
3. จัดทำรูปเล่มวิทยานิพนธ์				✓	✓									
4. การสอบวิทยานิพนธ์					✓	✓								
5. ส่งวิทยานิพนธ์แก่บัณฑิตวิทยาลัย							✓	✓						
6. จัดทำต้นฉบับเพื่อนำเสนอหรือตีพิมพ์ ผลงานทางวิชาการ							✓	✓	✓	✓	✓		✓	

## บรรณานุกรม

- Abaraogu, U. O., Onah, U., Abaraogu, O. D., Fawole, H. O., Kalu, M. E., & Seenan, C. A. (2019). Knowledge, attitudes, and the practice of health promotion among physiotherapists in nigeria. *Physiotherapy Canada, 7*(1), 92-100.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*(2), 179-211.
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology, 32*(4), 665-683.
- Alrowayeh, H. N., Buabbas, A. J., Alshatti, T. A., AlSaleh, F. M., & Abulhasan, J. F. (2019). Evidence-based physical therapy practice in the state of kuwait: a survey of attitudes, beliefs, knowledge, skills, and barriers. *JMIR Medical Education, 5*(1), e12795.
- Alshehri, M. A., Alalawi, A., Alhasan, H., & Stokes, E. (2017). Physiotherapists' behaviour, attitudes, awareness, knowledge and barriers in relation to evidence-based practice implementation in Saudi Arabia: a cross-sectional study. *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 15*(3), 127-141.
- Babbie, E. R. (2017). *The basics of social research* (7<sup>th</sup> ed.). Boston: Cengage Learning.
- Baird, L. M. G., & Miller, T. (2015). Factors influencing evidence-based practice for community nurses. *British Journal of Community Nursing, 20*(5), 233-242.
- Bajracharya, S., Tharu, N. S., & Bokaliyal, D. (2019). Knowledge, Attitude and Barrier to Evidence-based practice among Physiotherapists in selected districts of Nepal. *Journal of Nepal Health Research Council, 17*(2), 215-221.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior, 31*(2), 143-164.
- Bernhardsson, S., Johansson, K., Nilsen, P., Öberg, B., & Larsson, M. E. (2014). Determinants of guideline use in primary care physical therapy: a cross-sectional survey of attitudes, knowledge, and behavior. *Physical Therapy, 94*(3), 343-354.

- Bloom, B. S., & Webster, H. (1960). The outcomes of college. *Review of Educational Research*, 30(4), 321-333.
- Boakye, H., Quartey, J., Baidoo, N. A., & Ahenkorah, J. (2018). Knowledge, attitude and practice of physiotherapists towards health promotion in Ghana. *The South African Journal of Physiotherapy*, 74(1), 443.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2001). *The practice of nursing research, conduct, critique, and utilization* (4<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Saunders Company.
- Champion, V., Skinner, C. S., & Menon, U. (2005). Development of a self-efficacy scale for mammography. *Research in Nursing & Health*, 28(4), 329-336.
- Cochran, W. G. (1963). *Sampling technique* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: John Wiley and Sons.
- Dao, H. T., Pichaiyongwongdee, S., Sullivan, P. E., Prasertsukdee, S., & Apinonkul, B. (2018). Are physical therapists in Viet Nam ready to implement evidence-based practice? A survey. *BMC Medical Education*, 18(1), 317.
- Dawes, M., Summerskill, W., Glasziou, P., Cartabellotta, A., Martin, J., Hopayian, K., . . . Osborne, J. (2005). Second international conference of evidence-based health care teachers and developers. *Sicily Statement Evidence-Based Practice*, 5(1), 1.
- DeVellis, R. (2012). *Scale development* (3<sup>rd</sup> ed.). California: SAGE Publication.
- DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, 7(2), 133-142.
- Diermayr, G., Schachner, H., Eidenberger, M., Lohkamp, M., & Salbach, N. M. (2015). Evidence-based practice in physical therapy in Austria: current state and factors associated with EBP engagement. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(6), 1219-1234.
- Edberg, M., & Edberg, M. C. (2015). *Essentials of health behavior: Social and behavioral theory in public health* (1<sup>st</sup> ed.). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Faculty of associated medical sciences Chiangmai university. (2560). Retrieved February 19, 2020 from <http://www.ams.cmu.ac.th/main/web/index.php/site/article?id=790>

- Flores-Mateo, G., & Argimon, J. M. (2007). Evidence based practice in postgraduate healthcare education: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 7, 119.
- Forsman, H., Wallin, L., Gustavsson, P., & Rudman, A. (2012). Nursing students' intentions to use research as a predictor of use one-year post graduation: a prospective study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(9), 1155-1164.
- Fujimoto, S., Kon, N., Takasugi, J., & Nakayama, T. (2017). Attitudes, knowledge and behavior of Japanese physical therapists with regard to evidence-based practice and clinical practice guidelines: a cross-sectional mail survey. *Journal of Physical Therapy Science*, 29(2), 198-208.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behaviour and health education theory, research, and practice* (4<sup>th</sup> ed.). San Francisco: John Wiley & Sons.
- Good, C. V. (1973). *Dictionary of education* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: McGraw-Hill.
- Guyatt, G., Sackett, D. L., & Cook, D. J. (1994). How to use an article about therapy or prevention. B. What are the results and will they help me in caring for my patients? Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA*, 271, 59-63.
- Hasani, F., MacDermid, J. C., Tang, A., Kho, M., Alghadir, A. H., & Anwer, S. (2020). Knowledge, attitude and implementation of evidence-based practice among physiotherapists working in the kingdom of Saudi Arabia: a cross-sectional survey. *Healthcare (Basel)*, 8(3), 354.
- Herbert, R. (2005). *Practical evidence-based physiotherapy* (2<sup>nd</sup> ed.). Edinburgh: Elsevier.
- Hilgard, E. R. (1962). *Introduction to psychology* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: Harcourt.
- Hinkle, D. E. (1998). *Applied statistics for the behavioral sciences*. Boston: Houghton Mifflin.
- Hoffmann, T., Bennett, S., & Del Mar, C. (2013). *Evidence-based practice across the health professions* (2<sup>nd</sup> ed.). Churchill Australia: Elsevier.
- Iles, R., & Davidson, M. (2006). Evidence based practice: a survey of physiotherapists' current practice. *Physiotherapy Research International*, 11(2), 93-103.

- Jackson, R., Ameratunga, S., Broad, J., Connor, J., Lethaby, A., Robb, G., . . . Heneghan, C. (2006). The GATE frame: critical appraisal with pictures. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 11(2), 35-38.
- Jacobson, S., Zaninovic, V., Mora, C., Rodgers-Johnson, P., Sheremata, W. A., Gibbs Jr, C. J., . . . McFarlin, D. E. (1998). Immunological findings in neurological diseases associated with antibodies to HTLV-I: activated lymphocytes in tropical spastic paraparesis. *Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society*, 23(S1), S196-S200.
- Jette, D. U., Bacon, K., Batty, C., Carlson, M., Ferland, A., Hemingway, R. D., . . . Volk, D. (2003). Evidence-based practice: beliefs, attitudes, knowledge, and behaviors of physical therapists. *Physical Therapy*, 83(9), 786-805.
- Jewell, D. V. (2018). *Guide to evidence-based physical therapist practice* (4<sup>th</sup> ed.). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Joseph, P. M. (2011). *Knowledge, attitudes and practices of physiotherapists regarding their role in health promotion in Gauteng Province*. South Africa: University of Limpopo.
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155-163.
- Krech, D., & Crutchfield, R. S. (1948). *Theory and problems of social psychology* (1<sup>st</sup> ed.). New York: McGraw-Hill.
- Lagarde, E., Pison, G., & Enel, C. (1996). Knowledge, attitudes and perception of AIDS in rural Senegal: relationship to sexual behaviour and behaviour change. *Aids*, 10, 327-334.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35, 382-385.



- Manns, P. J., Norton, A. V., & Darrah, J. (2015). Cross-sectional study to examine evidence-based practice skills and behaviors of physical therapy graduates: is there a knowledge-to-practice gap? *Physical Therapy, 95*(4), 568-578.
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Gallagher-Ford, L., & Kaplan, L. (2012). The state of evidence-based practice in US nurses: critical implications for nurse leaders and educators. *The Journal of Nursing Administration, 42*(9), 410-417.
- Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Thomas, B. K., Troseth, M., Wyngarden, K., & Szalacha, L. (2016). A study of chief nurse executives indicates low prioritization of evidence-based practice and shortcomings in hospital performance metrics across the United States. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 13*(1), 6-14.
- Nevid, J. S. (2013). *Psychology: Concepts and applications* (4<sup>th</sup> ed.). Belmont: Wadsworth Cengage Learning.
- Oxman, A. D., Sackett, D. L., Guyatt, G. H., Browman, G., Cook, D., Gerstein, H., . . . Brill-Edwards, P. (1993). Users' guides to the medical literature: I. How to get started. *270*(17), 2093-2095.
- Paci, M., Faedda, G., Ugolini, A., & Pellicciari, L. (2021). Barriers to evidence-based practice implementation in physiotherapy: a systematic review and meta-analysis. *International Journal for Quality in Health Care, 33*(2), 1-13.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 390-395.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion, 12*(1), 38-48.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1992). Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal, 312*, 71-72.
- Sackett, D. L., Strauss, D. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM* (2<sup>nd</sup> ed.). Churchill Livingstone: Edinburgh.

- Schwartz, N. E. (1976). Nutrition knowledge, attitudes and practices of Canadian public health nurses. *Journal of Nutrition Education*, 8(1), 28-31.
- Simons-Morton, B., McLeroy, K., & Wendel, M. (2011). *Behavior theory in health promotion practice and research*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Singh, Y. N., & Malaviya, A. N. (1994). Long distance truck drivers in India: HIV infection and their possible role in disseminating HIV into rural areas. *International Journal of STD & AIDS*, 5(2), 137-138.
- Snibsøer, A. K., Graverholt, B., Nortvedt, M. W., Riise, T., & Espehaug, B. (2018). Evidence-based practice profiles among bachelor students in four health disciplines: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 18(1), 210.
- Steglitz, J., Warnick, J. L., Hoffman, S. A., Johnston, W., & Spring, B. (2015). Evidence-based practice. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 8, 332-338.
- Straus, S. E., Glasziou, P., Richardson, W. S., & Haynes, R. B. (2005). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM* (3<sup>rd</sup> ed.). Edinburgh: Elsevier.
- Swanberg, S. M., Dennison, C. C., Farrell, A., Machel, V., Marton, C., O'Brien, K. K., . . . Holyoke, A. N. (2016). Instructional methods used by health sciences librarians to teach evidence-based practice (EBP): a systematic review. *Journal of the Medical Library Association*, 104(3), 197-208.
- Taukobong, N. P., Myezwa, H., Pengpid, S., & Van Geertruyden, J. P. (2015). Knowledge, attitude and practice about health promotion amongst physiotherapists in South Africa. *Physiotherapy Canada*, 101, e1491-e1492.
- Tilson, J. K., Kaplan, S. L., Harris, J. L., Hutchinson, A., Ilic, D., Niederman, R., . . . Zwolsman, S. E. (2011). Sicily statement on classification and development of evidence-based practice learning assessment tools. *BMC Medical Education*, 11(1), 1-10.
- Vongsirinavarat, M., Mathiyakom, W., Krityakiarana, W., Hengsomboon, N., & Kraiwong, R. (2020). Survey of attitudes, knowledge, and barriers to evidence-based practice

among thai physical therapists. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 18(4), 1-15.

Watanabe, N., Kaneko, A., Yamar, S., Leodoro, H., Taleo, G., Tanihata, T., . . . Larson, P. S. (2014). Determinants of the use of insecticide-treated bed nets on islands of pre- and post-malaria elimination: an application of the health belief model in Vanuatu. *Malaria Journal*, 13(1), 441.

World Confederation for Physical Therapy. (2011). Retrieved February 19, 2020 from <https://world.physio/policy/ps-ebp>

World Health Organization. (2008). Retrieved February 19, 2020 from <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43790>

Worum, H., Lillekroken, D., Ahlsen, B., Roaldsen, K. S., & Bergland, A. (2019). Bridging the gap between research-based knowledge and clinical practice: a qualitative examination of patients and physiotherapists' views on the Otago exercise Programme. *BMC Geriatrics*, 19(1), 1-18.

Yahui, H. C., & Swaminathan, N. (2017). Knowledge, attitudes, and barriers towards evidence-based practice among physiotherapists in Malaysia. *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 37, 10-18.

Zimmerman, A. L. (2013). Evidence-based medicine: a short history of a modern medical movement. *AMA Journal of Ethics*, 15(1), 71-76.

กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552. (ม.ป.ป.). สืบค้น 19 กุมภาพันธ์ 2563, จาก <http://www.mua.go.th/users/tqf-hed/>

กายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (2560). สืบค้น 19 กุมภาพันธ์ 2563, จาก [http://tqf.swu.ac.th/swu/tqf/document/TQF02/T2\\_960386001.pdf](http://tqf.swu.ac.th/swu/tqf/document/TQF02/T2_960386001.pdf)

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2561). พฤติกรรมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 3). พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิวัฒน์. (2538). ทศนคติ ความเชื่อและพฤติกรรม : การวัด การหา การเปลี่ยนแปลง (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ.

จุฬารัตน์ ไสตะ. (2554). แนวคิด ทฤษฎีการและประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: ภาควิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะสาธารณสุข

สุขศาสตร์.

ชัชวาล เพ็ชรกุล. (2520). เทคนิคการวัดผล (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.

ทวีศักดิ์ เทพพิทักษ์. (2556). การใช้แบบจำลอง KAP กับการศึกษาพฤติกรรมและทัศนคติการ

ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของคนประจำเรือไทย. *Journal of Management Science Chiangrai Rajabhat University*, 8(2), 84-102.

ธิดา นุ่มอยู่. (2551). การส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในเขตอำเภอท่าเรือจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิสาชล รัตนมณี, และ ประสพชัย พสุนนท์. (2562). อัตราการตอบกลับของแบบสอบถามในงานวิจัยเชิงปริมาณ. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนบุรี*, 13(3), 181-188.

บุญใจ ศรีสถิตยน์นาท. (2555). การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์. (2527). การทดสอบแบบอิงเกณฑ์ : แนวคิดและวิธีการ (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). กรุงเทพมหานคร: โอเอส พริ้นส์ทิง.

บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ. (2540). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ. (2553). เทคนิคการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: ศรีอนันต์การพิมพ์.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2520). ทัศนคติ : ในการวัด การเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ, และ สวิง สุวรรณ. (2536). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิชญ์สินี ชมภูคำ. (ม.ป.ป.). การสร้างแบบสอบถาม. สืบค้น 19 กุมภาพันธ์ 2563, จาก [www.cmmet.tmd.go.th/KM\\_CmmetQuestionnaire1](http://www.cmmet.tmd.go.th/KM_CmmetQuestionnaire1)

พิศิษฐ์ ตัณฑวณิช, และ พนา จินดาศรี. (2561). ความหมายที่แท้จริงของค่า IOC. *วารสารการวัดผล การศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 24(2), 3-12.

ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์. (ม.ป.ป.). สืบค้น 14 พฤษภาคม 2563, จาก

<http://www.pt.ahs.chula.ac.th/m/course-detail?id=7>

มคอ. 2 หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด. (ม.ป.ป.). สืบค้น 19 กุมภาพันธ์ 2563, จาก

[https://supreme.swu.ac.th/file\\_staff\\_upload/file\\_cur\\_tqf2/3320200424023951.pdf](https://supreme.swu.ac.th/file_staff_upload/file_cur_tqf2/3320200424023951.pdf)

มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ (2561). สืบค้น 19 กุมภาพันธ์ 2563, จาก

<http://www.ahs.nu.ac.th/th/index.php/2013-10-24-02-25-08/86-course/2232014-01-27-07-47-15>

มหาวิทยาลัยมหิดล คณะกายภาพบำบัด. (ม.ป.ป.). สืบค้น 19 กุมภาพันธ์ 2563, จาก

[http://www.pt.mahidol.ac.th/th/course/grad\\_msc.php](http://www.pt.mahidol.ac.th/th/course/grad_msc.php)

มาตรฐานคุณวุฒิระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชากายภาพบำบัด พ.ศ. 2556. (ม.ป.ป.). สืบค้น 19 กุมภาพันธ์ 2563, จาก

<https://graduate.mahidol.ac.th/download/staff/Rule/Group01/Moe18-Th.pdf>

ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 (พิมพ์ครั้งที่ 2).

กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นานมีบุ๊คส์.

รายละเอียดของหลักสูตร หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด หลักสูตรใหม่ พ.ศ. 2557. (2561). สืบค้น 19 กุมภาพันธ์ 2563, จาก

<https://web.reg.tu.ac.th/registrar/link/8knowledge/curriccd/curricma/57/MA5757PP.pdf>

วรวิริ มวลสิน. (2555). หลักการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS เพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่

1). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานส่งเสริมอุตสาหกรรมซอฟต์แวร์แห่งชาติ.

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด. (2563). สืบค้น 14 พฤษภาคม 2563, จาก

[https://amsacademic.kku.ac.th/th/?page\\_id=11](https://amsacademic.kku.ac.th/th/?page_id=11)

สาขาวิชากายภาพบำบัด, ห. (2560). สืบค้น 19 กุมภาพันธ์ 2563, จาก

[https://gsbooks.gs.kku.ac.th/59/mt59/files/08\\_m03.pdf](https://gsbooks.gs.kku.ac.th/59/mt59/files/08_m03.pdf)

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2547). ตำราชุดฝึกอบรมหลักสูตร “นักวิจัย” (พิมพ์ครั้งที่ 2).

กรุงเทพมหานคร: กลุ่มงานฝึกอบรมการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี, และ ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี. (2556). ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุงสาระสำคัญ. กรุงเทพมหานคร: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.

สุชา บันทนเอม. (2539). จิตวิทยาทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.

สุรพงษ์ ไสธนะเสถียร. (2556). ทฤษฎีการสื่อสาร (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ระเบียบทอง.

แสงสุริยา วรหาคำ. (2008). เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. สืบค้น 19 กุมภาพันธ์ 2563, จาก

<http://sangsuriya7.blogspot.com/2008/01/blog-post.html>

หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด. (2554). สืบค้น 14 พฤษภาคม 2563, จาก

<http://academic.swu.ac.th/Default.aspx?tabid=7885>

หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด. (2561). สืบค้น 14 พฤษภาคม 2563,

จาก <http://www.ahs.chula.ac.th/main/Files/3.PhysicalTherapy.pdf>

หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2554. (ม.ป.ป.).

สืบค้น 14 พฤษภาคม 2563, จาก

<https://graduate.mahidol.ac.th/thai/?p=curriculum&id=6801M02G>

องอาจ นัยพัฒน์. (2551). การออกแบบการวิจัย: วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพและผสมผสาน

วิธีการ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาคผนวก ก ข้อมูลนักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรระดับ  
บัณฑิตศึกษาระดับปริญญาโท สาขากายภาพบำบัดที่มีการเรียนการสอน  
การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในประเทศไทย (แผน ก 2)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (จุฬา) มหาวิทยาลัยขอนแก่น (มข)  
มหาวิทยาลัยนเรศวร (มน) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว)  
มหาวิทยาลัยมหิดล (มหิดล) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (มธ)  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (มช)

ปีการศึกษา	มช	มข	มน	จุฬา	มศว	มหิดล	มธ	รวม
2548	-	-	-	0	-	-	-	
2549	-	-	-	1	-	25	-	
2550	-	-	-	3	-	17	-	
2551	-	-	-	2	-	22	-	
2552	-	-	-	1	-	19	-	
2553	-	-	-	1	-	12	-	
2554	-	-	-	2	0	12	-	
2555	-	8	-	2	0	0	-	
2556	-	12	0	3	1	5	-	
2557	-	11	0	1	1	14	-	
2558	-	9	0	0	1	11	0	
2559	-	15	3	9	3	11	0	
2560	0	22	3	5	3	26	3	
2561	0	12	3	7	3	14	5	
2562	1	14	4	2	4	8	3	
<b>รวม</b>	<b>1</b>	<b>103</b>	<b>13</b>	<b>39</b>	<b>16</b>	<b>196</b>	<b>11</b>	<b>379</b>

ข้อมูลจาก

- มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (มช) <https://www3.reg.cmu.ac.th/misreg/misreport/indexb.php> สืบค้นเมื่อ 30 เมษายน 2563
- มหาวิทยาลัยขอนแก่น (มข) [https://reg.kku.ac.th/registrar/GRADUATE\\_DATE.asp?acadyear=2556&facultyid=9](https://reg.kku.ac.th/registrar/GRADUATE_DATE.asp?acadyear=2556&facultyid=9) สืบค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2563
- มหาวิทยาลัยนเรศวร (มน) <https://reg2.nu.ac.th/registrar/studentstatdl.asp?avs7748%2028150=1> สืบค้นเมื่อ 30 เมษายน 2563

- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (จุฬา) <https://www.reg.chula.ac.th/stats.html> สืบค้นเมื่อ 2 มิถุนายน 2563
- มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว) <http://edservices.op.swu.ac.th/Default.aspx?tabid=7689&fbclid=IwAR00nnjoB5BaqCuhkT7SvN4BNTmBuroK1hy9i2l4d75V1aVbejYgnNzv8rQ> สืบค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2536
- มหาวิทยาลัยมหิดล (มหิดล) [http://www.pt.mahidol.ac.th/th/about/annual\\_report.php](http://www.pt.mahidol.ac.th/th/about/annual_report.php) สืบค้นเมื่อ 30 เมษายน 2563
- มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (มธ) [https://web.reg.tu.ac.th/registrar/GRADUATE\\_DATE.asp?acadyear=2562&facultyid=12](https://web.reg.tu.ac.th/registrar/GRADUATE_DATE.asp?acadyear=2562&facultyid=12) สืบค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2563





ภาคผนวก ข ข้อมูลนักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตร  
ระดับบัณฑิตศึกษาระดับปริญญาเอกสาขากายภาพบำบัดที่มีการเรียนการสอน  
การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในประเทศไทย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (จุฬา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว)

ปีการศึกษา	จุฬา	มศว	รวม
2552	0	-	-
2553	0	-	0
2554	0	0	0
2555	0	0	0
2556	2	0	2
2557	1	1	2
2558	0	0	0
2559	0	0	0
2560	2	0	2
2561	5	1	6
2562	1	1	2
<b>รวม</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>14</b>

ข้อมูลจาก

- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (จุฬา) <https://www.reg.chula.ac.th/stats.html> สืบค้นเมื่อ 2 มิถุนายน 2563
- มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว) <http://edservices.op.swu.ac.th/Default.aspx?tabid=7689&fbclid=IwAR00nnjoB5BaqCuhkT7SvN4BNTmBuroK1hy9i2l4d75V1aVbejYgnNzv8rQ> สืบค้นเมื่อ 6 พฤษภาคม 2563

## ภาคผนวก ค แบบสอบถามและแบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหาการวิจัยเชิงปริมาณ

### แบบสอบถาม

**เรื่อง** การศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย

#### คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจระดับความรู้ ทักษะ พฤติกรรมและอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนในการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา ระดับปริญญาโทหรือปริญญาเอก สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย

#### คุณสมบัติของผู้ตอบแบบสอบถาม

- สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัด ระดับปริญญาโทหรือปริญญาเอกในประเทศไทยจาก 7 สถาบัน ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ระหว่างปีการศึกษา 2548 ถึง 2562
- ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดในสถานพยาบาลหรือสถานประกอบการด้านสุขภาพทุกระดับในประเทศไทยภายหลังสำเร็จการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี
- มีใบประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดที่มีอายุใช้งานได้ในปัจจุบัน

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (15 ข้อ)

ส่วนที่ 2 ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ (KAP) ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (24 ข้อ)

ส่วนที่ 3 อุปสรรคต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (11 ข้อ)

### ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

อาสาสมัครในโครงการนี้จะได้รับข้อมูลถึงสถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มในการนำการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ทางคลินิกของนักกายภาพบำบัดระดับบัณฑิตศึกษาในประเทศไทย ที่จะช่วยในการตัดสินใจเลือกใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิก

### อุปสรรคและความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่ออาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

คำถามบางคำถามในแบบสอบถามออนไลน์และการสัมภาษณ์อาจกระทบกระเทือนจิตใจอาสาสมัครและไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูล อาสาสมัครสามารถแจ้งกับคณะผู้วิจัยได้ทันทีและสามารถยกเลิกการทำแบบสอบถามนั้น นอกจากนี้ในการตอบแบบสอบถามออนไลน์หรือการสัมภาษณ์ อาจทำให้อาสาสมัครเสียเวลาในการทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวัน ทางผู้วิจัยจึงแจ้งอาสาสมัครให้ดำเนินการตอบแบบสอบถามออนไลน์หรือการสัมภาษณ์ในช่วงเวลาที่อาสาสมัครสะดวกที่จะให้ข้อมูล โดยใช้ระยะเวลาในการให้ข้อมูลแต่ละขั้นตอนไม่เกิน 1 ชั่วโมง

### คำอธิบายสำหรับอาสาสมัครและหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

อาสาสมัครสามารถสแกน QR code เพื่อดูคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครและหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยเพื่อตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยให้กดยินยอมด้วยความเต็มใจถ้าผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว



คำอธิบายสำหรับอาสาสมัคร



หนังสือแสดงความยินยอม

เข้าร่วมโครงการวิจัย

\* ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ ผู้ทำวิจัยจะมีรหัสตัวเลขแทนชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยในการเก็บข้อมูล

\*\* หากทางมหาวิทยาลัยต้นสังกัดต้องการข้อมูลผลการวิจัยของนิสิตระดับบัณฑิตศึกษาจากมหาวิทยาลัยในสังกัดของท่าน ผู้วิจัยยินดีมอบข้อมูลแก่ทางมหาวิทยาลัยเพื่อพัฒนาการเรียนการสอนระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดของประเทศไทย

\*\*\* ในการทำแบบสอบถามไม่อนุญาตให้เปิดหนังสือ เอกสารหรือแหล่งข้อมูลภายนอกอื่น ๆ เพื่อวัดระดับความรู้ของผู้ตอบแบบสอบถาม ตามความเป็นจริง

\*\*\*\* ในกรณี ที่ผู้ตอบแบบสอบถามสะดวกและเต็มใจที่จะให้ข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติมในข้อมูลเกี่ยวข้องกับการศึกษานี้ ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถระบุ เบอร์โทร หรือ email เพื่อใช้เป็นช่องทางในการให้ข้อมูลเพิ่มเติมด้วยวิธีการสัมภาษณ์เพื่อให้ข้อมูลสำคัญเพิ่มเติม โดยผู้วิจัยจะยึดหลักหลักจริยธรรมการวิจัย เช่น เคารพการให้ข้อมูลอย่างอิสระ การให้ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับไม่เปิดเผยตัวตน ใช้ชื่อเรียกเป็นรหัส มีการเบลอใบหน้าอาสาสมัครในการบันทึกการสัมภาษณ์ สามารถปฏิเสธการตอบในบางคำถามได้อย่างอิสระ และจะต้องมีการลงนามยินยอมในเอกสารก่อนให้การสัมภาษณ์

\*ข้าพเจ้าได้รับทราบวัตถุประสงค์โครงการวิจัยเรื่อง "การศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย"

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม

ข้าพเจ้าไม่ยินดีให้ข้อมูล

ผู้ทำวิจัยขอขอบคุณที่ได้สละเวลาในการตอบแบบสอบถามชุดนี้

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

**คำชี้แจง** ผู้ตอบแบบสอบถามคลิกเลือกคำตอบใน  หน้าตัวเลือกที่ต้องการตอบเพียง 1 ตัวเลือกเท่านั้น ในแต่ละข้อคำถาม หรือระบุคำตอบในช่องว่างที่เว้นไว้

---

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ

21 – 30 ปี

31 – 40 ปี

41 – 50 ปี

51 – 60 ปี

มากกว่า 60 ปี

3. ระดับการศึกษาสูงสุด สาขาวิชากายภาพบำบัดของท่าน

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (วท.ม., M.Sc. หรือ เทียบเท่า)

วิทยาศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต (วท.ด., D.Sc. หรือ เทียบเท่า)

ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ปร.ด., Ph.D. หรือ เทียบเท่า)

อื่น ๆ โปรดระบุ .....

4. สถาบันอุดมศึกษาที่ท่านสำเร็จการศึกษาสูงสุด สาขาวิชากายภาพบำบัด

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยนเรศวร

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

5. ท่านได้ผ่านการเรียนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาที่ท่านเคยศึกษา หรือไม่

- ใช่  ไม่ใช่

6. ท่านคิดว่าหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาที่ท่านสำเร็จการศึกษา มีการเรียนการสอนครอบคลุมเนื้อหาการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพียงพอต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานทางคลินิกของวิชาชีพกายภาพบำบัด หรือไม่

- เพียงพอ  ไม่เพียงพอ

7. รูปแบบการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์สามอันดับแรกที่ท่านได้เรียนระหว่างศึกษาในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัด

- การสัมมนา  
 การบรรยาย  
 การระดมสมอง  
 การใช้กรณีศึกษา  
 การทำวิทยานิพนธ์  
 การใช้วิจัยเป็นฐาน  
 การสะท้อนความคิด  
 การใช้ปัญหาเป็นฐาน  
 การสรุปประเด็นสำคัญ  
 การศึกษาค้นคว้าโดยอิสระ  
 การนำเสนอผลการ สืบค้นที่ได้รับมอบหมาย

8. ระยะเวลาในการประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดหลังสำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรระดับ  
บัณฑิตศึกษา

- น้อยกว่า 5 ปี
- 5 – 10 ปี
- 11 – 15 ปี
- มากกว่า 15 ปี
- อื่น ๆ โปรดระบุ .....

9. ประเภทของสถานพยาบาลหรือสถานประกอบการด้านสุขภาพที่ท่านกำลังประกอบวิชาชีพ  
กายภาพบำบัด

- สถานพยาบาลภาครัฐ
- สถานพยาบาลภาคเอกชน
- คลินิกส่วนตัว
- มหาวิทยาลัย
- บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน
- อื่น ๆ โปรดระบุ .....

10. ชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์

- น้อยกว่า 20 ชั่วโมง/สัปดาห์
- 20 – 30 ชั่วโมง/สัปดาห์
- 31 – 40 ชั่วโมง/สัปดาห์
- มากกว่า 40 ชั่วโมง/สัปดาห์
- อื่น ๆ โปรดระบุ .....

11. จำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวัน

- น้อยกว่า 5 คน/วัน
- 5 – 10 คน/วัน
- 10 – 15 คน/วัน
- มากกว่า 15 คน/วัน
- อื่น ๆ โปรดระบุ .....

12. จำนวนนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลหรือสถานประกอบการด้านสุขภาพ  
เดียวกันกับท่าน

- น้อยกว่า 5 คน/วัน
- 5 – 10 คน/วัน
- 10 – 15 คน/วัน
- มากกว่า 15 คน/วัน
- อื่น ๆ โปรดระบุ .....

13. โปรดระบุร้อยละของเวลาทำงานโดยเฉลี่ยต่อเดือน ที่ทำปฏิบัติมากที่สุด

- การรักษาผู้ป่วย
- การทำงานวิจัย
- การสอน

14. ลักษณะงานทางกายภาพบำบัดที่ท่านทำโดยเฉลี่ยต่อเดือนมากที่สุดสามอันดับแรก

- Musculoskeletal Physical Therapy
- Neurological Physical Therapy
- Pediatric Physical Therapy
- Cardiovascular and Respiratory Physical Therapy
- Geriatric Physical Therapy
- Community Physical Therapy
- Sport Physical Therapy



อื่น ๆ โปรดระบุ .....

15. ท่านเป็นอาจารย์พิเศษทางคลินิก (Clinical Instructors: CI) ให้แก่นักศึกษากายภาพบำบัด  
หรือ  
นักกายภาพบำบัดที่อยู่ในช่วงฝึกงาน หรือไม่

ใช่

ไม่ใช่



## ส่วนที่ 2 ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ (KAP) ตามหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1 ความรู้ต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

**คำชี้แจง** ผู้ตอบแบบสอบถามคลิกเลือกคำตอบใน  หน้าตัวเลือกที่ต้องการตอบเพียง 1 ตัวเลือกที่ถูกต้องที่สุด ในแต่ละข้อคำถาม

---

1. ลำดับขั้นตอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากขั้นตอนแรกจนถึงขั้นตอนสุดท้ายคือข้อใด

- Ask, Approve, Appraise, Apply, Assess
- Ask, Acquire, Appraise, Apply, Assess
- Appraise, Acquire, Ask, Apply, Assess
- Assess, Appraise Ask, Acquire, Apply,
- Appraise, Ask, Approach, Apply, Assess

2. ขั้นตอนการวิเคราะห์และกำหนดประเด็นปัญหาของผู้ป่วยควรอาศัยหลักการใด

- ICF model
- PCM Model
- PICO model
- Nagi's model
- HOAC II model

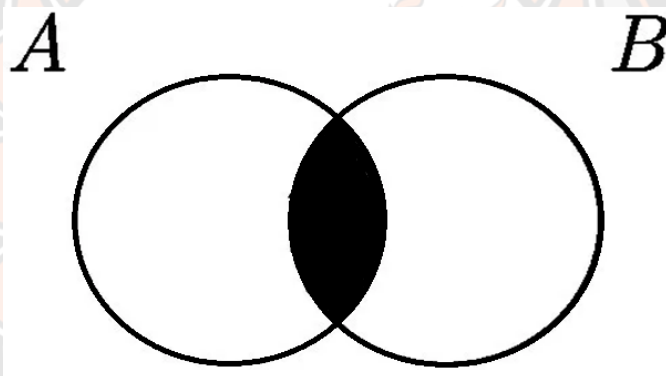
3. ข้อใดคือองค์ประกอบของ PICO Model

- Price, Intervention, Client, Opinion
- Patient, Intervention, Cost, Opinion
- Price, Intervention, Control, Outcome
- Patient, Intervention, Control, Outcome
- Patient, Intervention, Comparative, Outcome

4. ข้อใดคือฐานข้อมูลสำหรับค้นหางานวิจัย Systematic reviews และ Meta-analyses ทางกายภาพบำบัด

- PEDro
- PubMed
- Embase
- PsycINFO
- Pharmatech

5. ในการใช้งานเครื่องมือค้นหา (Search Engine) ควรใช้คำค้นหาใดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แคบลงและครอบคลุมกับประเด็นที่ต้องการมากขึ้น



- AND
- OR
- NOT
- THEN
- “ ”

6. JADAD scale คือเครื่องมือประเมินความน่าเชื่อถือของงานวิจัยประเภทใด

- Case control study
- Cross-sectional study
- Randomized trial study
- Randomized control trial study
- Systematic reviews and Meta-analyses study

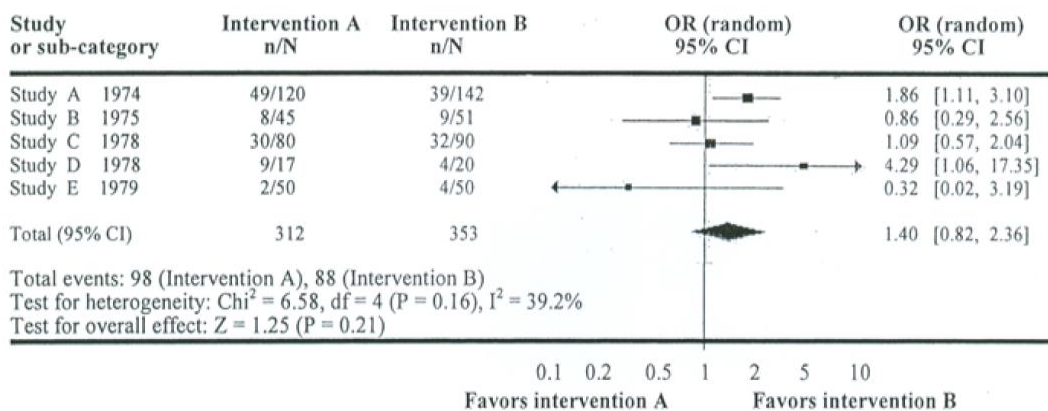
7. ขบวนการวิจัยในข้อใดที่จะได้คะแนนจากแบบประเมิน PEDro มากที่สุด

- มีการปกปิดกระบวนการสุ่ม
- มีการระบุเกณฑ์คัดเข้า - ออกที่ชัดเจน
- ไม่มีการใช้การวิเคราะห์ Intention to Treat
- มีการปกปิดข้อมูลทั้งสามฝ่าย (Triple-blinded)
- มีการรายงานผลการทดลองอย่างน้อยหนึ่งผลลัพธ์

8. การทดสอบความไม่เป็นเอกพันธ์ (Test for heterogeneity) ของงานวิจัยควรใช้สถิติตัวใด

- F - test
- z - test
- t - test
- Paired t-test
- Chi - square test

9. ข้อใดคือข้อสรุปของกราฟแสดงผลการวิจัยดังต่อไปนี้



- Study A มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างการรักษา
- Study B และ Study C ไม่มีความแตกต่างระหว่างการรักษา
- มีความไม่เป็นเอกพันธ์ (Heterogeneity) อยู่ในระดับปานกลาง
- Study D และ Study C มีจำนวนประชากรในการศึกษาน้อยที่สุด
- Overall Effect ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างการรักษา

10. ขั้นตอนประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์คือขั้นตอนใด

- Ask
- Assess
- Access
- Acquire
- Appraise

1. Ask, Acquire, Appraise, Apply, Assess	6. Randomized trial study
2. PICO model	7. มีการปกปิดข้อมูลทั้งสามฝ่าย (Triple-blinded)
3. Patient, Intervention, Control, Outcome	8. Chi - square test
4. PubMed	9. Study A มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างการรักษา
5. AND	10. Assess

## 2.2 ทศนคติต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

**คำชี้แจง** ผู้ตอบแบบสอบถามคลิกเลือกคำตอบใน  หน้าตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็นที่สุดเพียง 1 ตัวเลือกเท่านั้น ในแต่ละข้อคำถาม

ภายหลังการเรียนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา ท่านมีทัศนคติต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างไร	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	(5)	(4)	(3)	(1)	(0)
1. การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดีและเหมาะสมที่สุด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถช่วยลดระยะเวลาในการให้บริการผู้ป่วย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ช่วยเพิ่มคุณภาพการบริการผู้ป่วยได้ดีขึ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ควรมีการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการรักษาผู้ป่วยมากขึ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จะเพิ่มความซับซ้อนของงานกายภาพบำบัดมากขึ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ไม่ได้จำเป็นต่อการรักษาผู้ป่วยทุกอาการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ขั้นตอนการประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้มีมากเกินไป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2.3 พฤติกรรมการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

**คำชี้แจง** ผู้ตอบแบบสอบถามคลิกเลือกคำตอบใน  หน้าตัวเลือกที่ต้องการตอบเพียง 1 ตัวเลือกเท่านั้น ในแต่ละข้อคำถาม

ภายหลังการเรียนการปฏิบัติตามหลักฐาน เชิงประจักษ์จากหลักสูตรระดับ บัณฑิตศึกษาท่านมีการใช้การปฏิบัติตาม หลักฐานเชิงประจักษ์ในรอบ 1 เดือน อย่างไร	บ่อยมาก (5)	บ่อย (4)	บางครั้ง (3)	ไม่บ่อย (2)	ไม่เคย (1)
1. อ่าน / ทบทวนงานวิจัย / บทความที่เกี่ยวข้อง กับการปฏิบัติทางคลินิก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. สร้างคำถาม / ข้อเสนอแนะเพื่อใช้ในการหา คำตอบต่อปัญหาทางคลินิก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ใช้วิธีการสืบค้นหลักฐาน งานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ทำการประเมินความถูกต้องและความ น่าเชื่อถือของบทความหรือผลการวิจัยที่พบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ใช้บทความหรือผลการวิจัยที่น่าเชื่อถือใน กระบวนการตัดสินใจทางคลินิก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ทำการประเมินผลการปฏิบัติจากการนำ บทความหรือผลการวิจัยมาใช้ทางคลินิก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ส่วนที่ 3 อุปสรรคต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

**คำชี้แจง** ผู้ตอบแบบสอบถามคลิกเลือกคำตอบใน  หน้าตัวเลือกที่ต้องการตอบ เพียง 1 ตัวเลือก ในแต่ละข้อคำถาม หรือระบุค่าในช่องว่างที่เว้นไว้ พร้อมระบุอุปสรรคที่สำคัญ 3 อันดับแรก

ภายหลังการเรียนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาท่านคิดว่ามีปัจจัยใดที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์	เป็นอุปสรรค	ไม่เป็นอุปสรรค
1. ขาดความสนใจในการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ขาดความรู้ในการประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้จริง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. การไม่มีเวลาในการค้นคว้าหรือนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. อุปสรรคด้านภาษา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ความรู้ในการประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ไม่เพียงพอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ผู้ให้บริการไม่ให้ความร่วมมือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ขาดการสนับสนุนจากที่ทำงาน/องค์กร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. มีความแตกต่างของข้อสรุประหว่างหลักฐานในหัวข้อเดียวกัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. มีค่าใช้จ่ายในการนำหลักฐานมาใช้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับหัวข้อที่สนใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
อุปสรรคอื่น ๆ โปรดระบุ		
.....		



ท่านยินดีสมัครใจและเต็มใจที่จะให้ข้อมูลติดต่อ (เบอร์โทร และ/หรือ E-Mail address ของท่าน) เพื่อให้ข้อมูลเชิงลึกที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย โดยผู้วิจัยจะเคารพตามหลักจริยธรรมการวิจัย เช่น เคารพการให้ข้อมูลอย่างอิสระ การให้ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับไม่เปิดเผยตัวตน ใช้ชื่อเรียกเป็นรหัส มีการเบลอใบหน้าอาสาสมัครในการบันทึกการสัมภาษณ์ และสามารถปฏิเสธการตอบในบางคำถามได้อย่างอิสระ

ข้าพเจ้าไม่ยินดีให้ข้อมูล

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลเพิ่มเติมโดยสัมภาษณ์

E-Mail address ของท่าน โปรดระบุ .....

เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่ โปรดระบุ .....

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

ที่ท่านให้ความกรุณาสละเวลาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นโดย

นายวิธวิทย์ วิริยะสกุลพันธุ์

นิสิตปริญญาโท สาขาภาพถ่ายบำบัด โทรศัพท์ 095-255862

ผศ.ดร.ปริญญา เลิศสินไทย (อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก)

ภาควิชาภาพถ่ายบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โทรศัพท์ 081-3481738

### แบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Index of – objective Congruence)

**เรื่อง** การศึกษาสำรวจความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ  
นักกายภาพบำบัดที่ผ่านหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาศาสากายภาพบำบัดในประเทศไทย

---

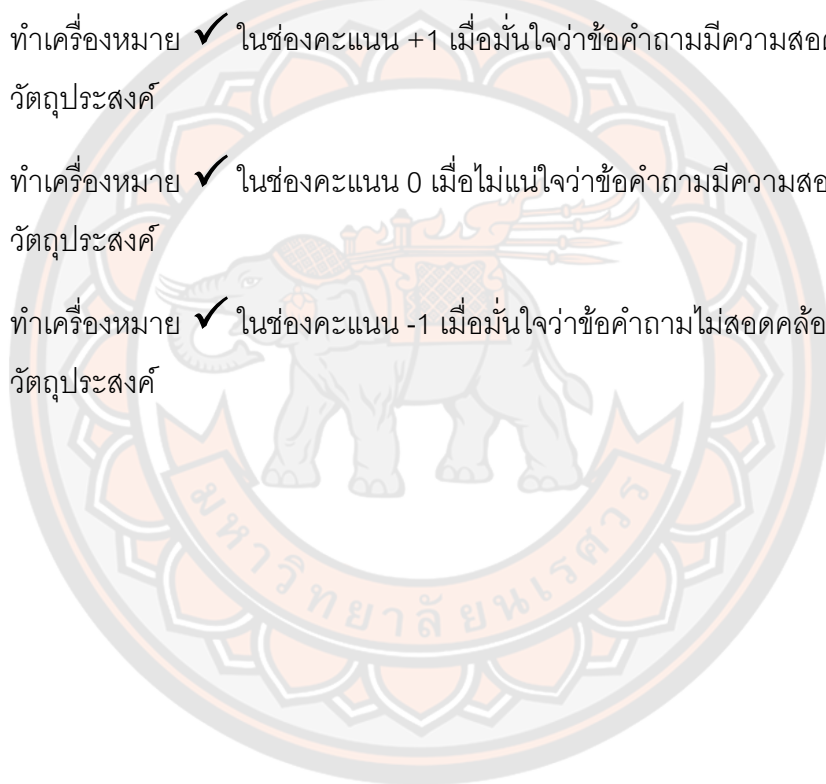
**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาข้อความคำถามของแบบสอบถามแต่ละข้อต่อไปนี้ว่าสอดคล้องตรงตาม  
จุดประสงค์หรือไม่แล้วเขียนผลการพิจารณาของท่าน

โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ” ตามความคิดเห็นของท่าน

ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคะแนน +1 เมื่อมั่นใจว่าข้อความมีความสอดคล้องกับ  
วัตถุประสงค์

ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคะแนน 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อความมีความสอดคล้องกับ  
วัตถุประสงค์

ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคะแนน -1 เมื่อมั่นใจว่าข้อความไม่สอดคล้องกับ  
วัตถุประสงค์



## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

วัตถุประสงค์	คำถาม	ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
เพื่อให้ทราบถึงข้อมูลส่วนตัว ของนักกายภาพบำบัด ที่ผ่านหลักสูตรระดับ บัณฑิตศึกษา สาขา กายภาพบำบัด ใน ประเทศไทย	1. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง				
	2. อายุ <input type="checkbox"/> 21 – 30 ปี <input type="checkbox"/> 31 – 40 ปี <input type="checkbox"/> 41 – 50 ปี <input type="checkbox"/> 51 – 60 ปี <input type="checkbox"/> มากกว่า 60 ปี				
	3. ระดับการศึกษาสูงสุด สาขาวิชา กายภาพบำบัดของท่าน <input type="checkbox"/> วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (วท.ม.) <input type="checkbox"/> วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต (วท.ด.) <input type="checkbox"/> ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ปร.ด.) <input type="checkbox"/> โปรดระบุ .....				
	4. สถานที่ตั้งของสถาบันอุดมศึกษา ที่ท่านสำเร็จการศึกษา <input type="checkbox"/> จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย <input type="checkbox"/> มหาวิทยาลัยนเรศวร <input type="checkbox"/> มหาวิทยาลัยมหิดล <input type="checkbox"/> มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ <input type="checkbox"/> มหาวิทยาลัยขอนแก่น <input type="checkbox"/> มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ <input type="checkbox"/> มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์				

วัตถุประสงค์	คำถาม	ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
	<p>5. ท่านได้ผ่านการเรียนการปฏิบัติตามหลักสูตรเชิงประจักษ์ในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ใช่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p>				
	<p>6. ท่านคิดว่าหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาที่ท่านสำเร็จการศึกษา มีการเรียนการสอนครอบคลุมเนื้อหาการปฏิบัติตามหลักสูตรเชิงประจักษ์เพียงพอต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานทางคลินิกของวิชาชีพกายภาพบำบัด หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> เพียงพอ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอ</p>				
	<p>7. รูปแบบการเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักสูตรเชิงประจักษ์สามอันดับแรกที่ท่านได้เรียนระหว่างศึกษาในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพ-บำบัด</p> <p><input type="checkbox"/> การสัมมนา</p> <p><input type="checkbox"/> การบรรยาย</p> <p><input type="checkbox"/> การระดมสมอง</p> <p><input type="checkbox"/> การใช้กรณีศึกษา</p> <p><input type="checkbox"/> การทำวิทยานิพนธ์</p> <p><input type="checkbox"/> การใช้วิจัยเป็นฐาน</p> <p><input type="checkbox"/> การสะท้อนความคิด</p>				

วัตถุประสงค์	คำถาม	ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
	<input type="checkbox"/> การใช้ปัญหาเป็นฐาน <input type="checkbox"/> การสรุปประเด็นสำคัญ <input type="checkbox"/> การศึกษาค้นคว้าโดยอิสระ <input type="checkbox"/> การนำเสนอผลการ สืบค้นที่ได้รับมอบหมาย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ .....				
	8. ระยะเวลาในการประกอบวิชาชีพ ภายภาพบำบัดหลังสำเร็จ การศึกษาจากหลักสูตรระดับ บัณฑิตศึกษา <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 5 ปี <input type="checkbox"/> 5 – 10 ปี <input type="checkbox"/> 11 – 15 ปี <input type="checkbox"/> มากกว่า 15 ปี <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ .....				
	9. ประเภทของสถานพยาบาลหรือ สถานประกอบการด้านสุขภาพที่ ท่านกำลังประกอบวิชาชีพ ภายภาพบำบัด <input type="checkbox"/> สถานพยาบาลภาครัฐ <input type="checkbox"/> สถานพยาบาลภาคเอกชน <input type="checkbox"/> คลินิกส่วนตัว <input type="checkbox"/> มหาวิทยาลัย <input type="checkbox"/> บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ .....				

วัตถุประสงค์	คำถาม	ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
	10. ชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 20 ชั่วโมง/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 20 – 30 ชั่วโมง/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 31 – 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> มากกว่า 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ .....				
	11. จำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวัน <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 5 คน/วัน <input type="checkbox"/> 5 – 10 คน/วัน <input type="checkbox"/> 10 – 15 คน/วัน <input type="checkbox"/> มากกว่า 15 คน/วัน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ .....				
	12. จำนวนนักรักษาภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลหรือสถานประกอบการด้านสุขภาพเดียวกันกับท่าน <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 5 คน/วัน <input type="checkbox"/> 5 – 10 คน/วัน <input type="checkbox"/> 10 – 15 คน/วัน <input type="checkbox"/> มากกว่า 15 คน/วัน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ .....				
	13. โปรดระบุร้อยละของเวลาทำงานโดยเฉลี่ยต่อเดือน ที่ทำปฏิบัติมากที่สุด <input type="checkbox"/> การรักษาผู้ป่วย <input type="checkbox"/> การทำงานวิจัย <input type="checkbox"/> การสอน				

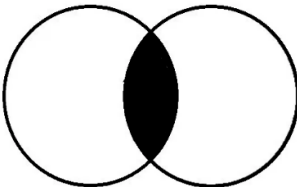
วัตถุประสงค์	คำถาม	ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
	14. ลักษณะงานทางกายภาพบำบัด ที่ท่านทำโดยเฉลี่ยต่อเดือนมาก ที่สุดสามอันดับแรก <input type="checkbox"/> Musculoskeletal Physical Therapy <input type="checkbox"/> Neurological Physical Therapy <input type="checkbox"/> Pediatric Physical Therapy <input type="checkbox"/> Cardiovascular and Respiratory Physical Therapy <input type="checkbox"/> Geriatric Physical Therapy <input type="checkbox"/> Community Physical Therapy <input type="checkbox"/> Sport Physical Therapy <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ .....				
	15. ท่านเป็นอาจารย์พิเศษทางคลินิก (Clinical Instructors: CI) ให้แก่นัก ศึกษาทางกายภาพบำบัดหรือนัก กายภาพบำบัดที่อยู่ในช่วง ฝึกงาน หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่				

## ส่วนที่ 2 ผลการเรียนรู้การอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์

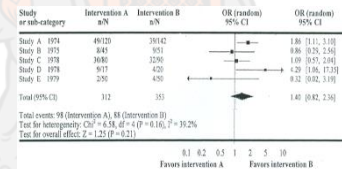
### 1. ความรู้ต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

วัตถุประสงค์	คำถาม	ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
เพื่อศึกษาระดับความรู้ต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจทางคลินิกของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาศาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย	1. ลำดับขั้นตอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากขั้นตอนแรกจนถึงขั้นตอนสุดท้าย คือข้อใด  <input type="checkbox"/> Ask, Approve, Appraise, Apply, Assess <input type="checkbox"/> Ask, Acquire, Appraise, Apply, Assess <input type="checkbox"/> Appraise, Acquire, Ask, Apply, Assess <input type="checkbox"/> Assess, Appraise Ask, Acquire, Apply, <input type="checkbox"/> Appraise, Ask, Approach, Apply, Assess				
	2. ขั้นตอนการวิเคราะห์และกำหนดประเด็นปัญหาของผู้ป่วยควรอาศัยหลักการใด  <input type="checkbox"/> ICF model <input type="checkbox"/> PCM Model <input type="checkbox"/> PICO model <input type="checkbox"/> Nagi's model <input type="checkbox"/> HOAC II model				
	3. ข้อใดคือองค์ประกอบของ PICO Model  <input type="checkbox"/> Price, Intervention, Client, Opinion				

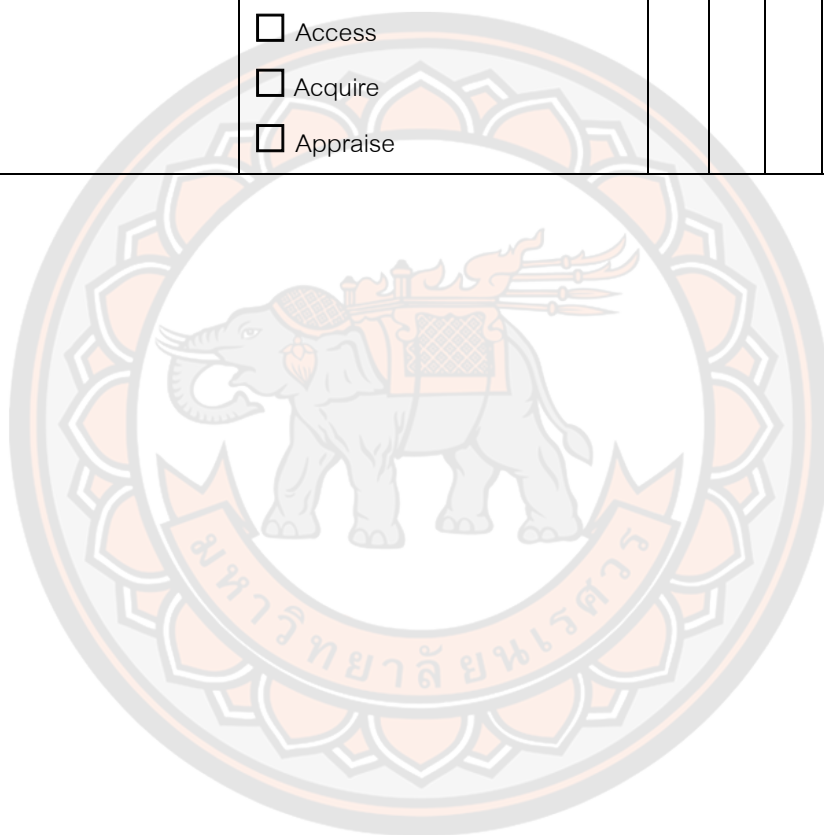


วัตถุประสงค์	คำถาม	ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
	<input type="checkbox"/> Patient, Intervention, Cost, Opinion <input type="checkbox"/> Price, Intervention, Control, Outcome <input type="checkbox"/> Patient, Intervention, Control, Outcome <input type="checkbox"/> Patient, Intervention, Comparative, Outcome				
	<p>4. ข้อใดคือฐานข้อมูลสำหรับค้นหางานวิจัย Systematic reviews และ Meta-analyses ทางกายภาพบำบัด</p> <input type="checkbox"/> PEDro <input type="checkbox"/> PubMed <input type="checkbox"/> Embase <input type="checkbox"/> PsycINFO <input type="checkbox"/> Pharmatech				
	<p>5. ในการใช้งานเครื่องมือค้นหา (Search Engine) ควรใช้คำค้นหาใดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แคบลงและครอบคลุมกับประเด็นที่ต้องการมากขึ้น</p> <p><i>A</i>  <i>B</i></p>				

วัตถุประสงค์	คำถาม	ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
	<input type="checkbox"/> AND <input type="checkbox"/> OR <input type="checkbox"/> NOT <input type="checkbox"/> THEN <input type="checkbox"/> “ ”				
	6. JADAD scale คือเครื่องมือ ประเมินความน่าเชื่อถือของ งานวิจัยประเภทใด <input type="checkbox"/> Case control study <input type="checkbox"/> Cross-sectional study <input type="checkbox"/> Randomized trial study <input type="checkbox"/> Randomized control trial study <input type="checkbox"/> Systematic reviews and Meta- analyses study				
	7. ขบวนการวิจัยในข้อใดที่จะได้ คะแนนจากแบบประเมิน PEDro มากที่สุด <input type="checkbox"/> มีการปกปิดกระบวนการสุ่ม <input type="checkbox"/> มีการระบุเกณฑ์คัดเข้า - ออกที่ ชัดเจน <input type="checkbox"/> ไม่มีการใช้การวิเคราะห์ Intention to Treat <input type="checkbox"/> มีการปกปิดข้อมูลทั้งสามฝ่าย (Triple-blinded) <input type="checkbox"/> มีการรายงานผลการทดลองอย่าง น้อยหนึ่งผลลัพธ์				

วัตถุประสงค์	คำถาม	ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ			ข้อเสนอแนะ																																			
		+1	0	-1																																				
	<p>8. การทดสอบความไม่เป็นเอกพันธ์ (Test for heterogeneity) ของงานวิจัยควรใช้สถิติตัวใด</p> <p><input type="checkbox"/> F - test</p> <p><input type="checkbox"/> z - test</p> <p><input type="checkbox"/> t - test</p> <p><input type="checkbox"/> Paired t-test</p> <p><input type="checkbox"/> Chi - square test</p>																																							
	<p>9. ข้อใดคือข้อสรุปของกราฟแสดงผลการวิจัยดังต่อไปนี้</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Study or sub-category</th> <th>Intervention A n/N</th> <th>Intervention B n/N</th> <th>OR (random) 95% CI</th> <th>OR (random) 95% CI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Study A 1974</td> <td>49/120</td> <td>30/142</td> <td>1.86</td> <td>[1.11, 3.10]</td> </tr> <tr> <td>Study B 1975</td> <td>8/45</td> <td>19/51</td> <td>1.06</td> <td>[0.32, 3.54]</td> </tr> <tr> <td>Study C 1978</td> <td>36/80</td> <td>32/90</td> <td>1.09</td> <td>[0.57, 2.04]</td> </tr> <tr> <td>Study D 1978</td> <td>9/17</td> <td>4/20</td> <td>4.20</td> <td>[1.06, 17.10]</td> </tr> <tr> <td>Study E 1979</td> <td>2/50</td> <td>4/50</td> <td>0.12</td> <td>[0.02, 2.19]</td> </tr> <tr> <td>Total (95% CI)</td> <td>312</td> <td>351</td> <td>1.40</td> <td>[0.82, 2.34]</td> </tr> </tbody> </table> <p>Total events: 19 (Intervention A), 88 (Intervention B)  Test for heterogeneity: Chi<sup>2</sup> = 6.58, df = 4 (P = 0.16), I<sup>2</sup> = 30.2%  Test for overall effect: Z = 1.25 (P = 0.21)</p> <p><input type="checkbox"/> Study A มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างการรักษา</p> <p><input type="checkbox"/> Study B และ Study C ไม่มีความแตกต่างระหว่างการรักษา</p> <p><input type="checkbox"/> มีความไม่เป็นเอกพันธ์ (Heterogeneity) อยู่ในระดับปานกลาง</p> <p><input type="checkbox"/> Study D และ Study C มีจำนวนประชากรในการศึกษาน้อยที่สุด</p> <p><input type="checkbox"/> Overall Effect ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างการรักษา</p>	Study or sub-category	Intervention A n/N	Intervention B n/N	OR (random) 95% CI	OR (random) 95% CI	Study A 1974	49/120	30/142	1.86	[1.11, 3.10]	Study B 1975	8/45	19/51	1.06	[0.32, 3.54]	Study C 1978	36/80	32/90	1.09	[0.57, 2.04]	Study D 1978	9/17	4/20	4.20	[1.06, 17.10]	Study E 1979	2/50	4/50	0.12	[0.02, 2.19]	Total (95% CI)	312	351	1.40	[0.82, 2.34]				
Study or sub-category	Intervention A n/N	Intervention B n/N	OR (random) 95% CI	OR (random) 95% CI																																				
Study A 1974	49/120	30/142	1.86	[1.11, 3.10]																																				
Study B 1975	8/45	19/51	1.06	[0.32, 3.54]																																				
Study C 1978	36/80	32/90	1.09	[0.57, 2.04]																																				
Study D 1978	9/17	4/20	4.20	[1.06, 17.10]																																				
Study E 1979	2/50	4/50	0.12	[0.02, 2.19]																																				
Total (95% CI)	312	351	1.40	[0.82, 2.34]																																				
	<p>10. ขั้นตอนประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการปฏิบัติตาม</p>																																							

วัตถุประสงค์	คำถาม	ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
	หลักฐานเชิงประจักษ์คือขั้นตอนใด <input type="checkbox"/> Ask <input type="checkbox"/> Assess <input type="checkbox"/> Access <input type="checkbox"/> Acquire <input type="checkbox"/> Appraise				



## 2. ทศนคติต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

วัตถุประสงค์	คำถาม	ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
เพื่อศึกษาทัศนคติต่อการใช้ การปฏิบัติตามหลักฐานเชิง ประจักษ์ในการตัดสินใจทาง คลินิกของนักกายภาพ บำบัดที่ผ่านหลักสูตรระดับ บัณฑิตศึกษาสาขา กายภาพบำบัดในประเทศไทย	1. การปฏิบัติตามหลักฐานเชิง ประจักษ์ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการ รักษาที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุด				
	2. การปฏิบัติตามหลักฐานเชิง ประจักษ์สามารถช่วยลด ระยะเวลาในการให้บริการผู้ป่วย				
	3. การปฏิบัติตามหลักฐานเชิง ประจักษ์ช่วยเพิ่มคุณภาพการ บริการผู้ป่วยได้ดีขึ้น				
	4. ควรใช้การปฏิบัติตามหลักฐาน เชิงประจักษ์ในการรักษาผู้ป่วย มากขึ้น				
	5. การปฏิบัติตามหลักฐานเชิง ประจักษ์จะเพิ่มความซับซ้อนของ งานกายภาพบำบัดมากขึ้น				
	6. การปฏิบัติตามหลักฐานเชิง ประจักษ์ไม่ได้จำเป็นต่อการ รักษาผู้ป่วยทุกอาการ				
	7. การปฏิบัติตามหลักฐานเชิง ประจักษ์ทำให้เสียค่าใช้จ่ายใน การรักษามากขึ้น				
	8. ขั้นตอนการประยุกต์หลักฐานเชิง ประจักษ์มาใช้มีมากเกินไป				

## 3. พฤติกรรมการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

วัตถุประสงค์	คำถาม	ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจทางคลินิกของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษากายภาพบำบัดในประเทศไทยในรอบ 1 เดือน	1. อ่าน / ทบทวนงานวิจัย / บทความที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางคลินิก				
	2. สร้างคำถาม / ข้อสงสัยเพื่อใช้ในการหาคำตอบต่อปัญหาทางคลินิก				
	3. ใช้วิธีการสืบค้นหลักฐาน งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง				
	4. ทำการประเมินความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของบทความหรือผลการวิจัยที่พบ				
	5. ใช้บทความหรือผลการวิจัยที่น่าเชื่อถือในกระบวนการตัดสินใจทางคลินิก				
	6. ทำการประเมินผลการปฏิบัติจากการนำบทความหรือผลการวิจัยมาใช้ทางคลินิก				

ส่วนที่ 3 อุปสรรคต่อการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

วัตถุประสงค์	คำถาม	ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขา กายภาพบำบัด ในประเทศไทย	1. ขาดความสนใจในการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์				
	2. ขาดความรู้ในการประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้จริง				
	3. การไม่มีเวลาในการค้นคว้าหรืออ่านหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้				
	4. อุปสรรคด้านภาษา				
	5. ความรู้ในการประเมินคุณภาพหลักฐานประจักษ์ไม่เพียงพอ				
	6. ผู้ให้บริการไม่ให้ความร่วมมือ				
	7. ขาดการสนับสนุนจากที่ทำงาน/องค์กร				
	8. มีความแตกต่างของข้อสรุประหว่างหลักฐานในหัวข้อเดียวกัน				
	9. มีค่าใช้จ่ายในการนำหลักฐานมาใช้				
	10. ขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับหัวข้อที่สนใจ				

## ภาคผนวก ง ตารางแสดงการกำหนดประเด็นหลัก

ประเด็นหลัก (Theme)	รหัส (Code)	นิยาม (Definition)
ทัศนคติของนักรายภาพบำบัดต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์	att	ความรู้สึกลึกซึ้งของนักรายภาพบำบัดในทั้งด้านบวกและด้านลบต่อ EBP
พฤติกรรมของนักรายภาพบำบัดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์	prac	พฤติกรรมการนำ EBP ไปใช้ในการรักษาหรือดูแลผู้ป่วยทางคลินิกของนักรายภาพบำบัด
ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์	fact	ปัจจัยที่มีผลต่อการนำ EBP มาใช้ทางคลินิกของนักรายภาพบำบัด
อุปสรรคต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์	barr	อุปสรรคภายในหรือภายนอกตัวนักรายภาพบำบัดที่ขัดขวางการนำ EBP มาใช้ทางคลินิก
แนวทางแก้ไขอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์	solve	แนวทางการส่งเสริมการใช้หรือแก้ไขอุปสรรคภายในหรือปัจจัยภายนอกตัวนักรายภาพบำบัดที่ขัดขวางการนำ EBP มาใช้ทางคลินิก
การเรียนการสอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา	edu	กระบวนการการเรียนการสอน EBP ของนักรายภาพบำบัดที่ได้รับจากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา



## ประวัติผู้วิจัย

**ชื่อ-นามสกุล** นาย วิวิทย์ วิริยะสกุลพันธุ์

**วัน เดือน ปี เกิด**

**ที่อยู่ปัจจุบัน**

**ที่ทำงานปัจจุบัน** งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

**ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน** นักกายภาพบำบัด

**ประสบการณ์การทำงาน** วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

**ประวัติการศึกษา** กภ.บ. (กายภาพบำบัด) มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

**ผลงานตีพิมพ์** Buttagat, V., Wiriyaakunphan, W., Muenpan, K., Pomsuwan, S., Kluayhomthong, S., & Areeudomwong, A. (2021). A comparative study of Thai massage and muscle energy technique for chronic neck pain: A single-blinded randomized clinical trial. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 27, 2021, 647-653.

Heamawatanachai, S., Wiriyaakunphan, W., Srisupornkornkool, K., & Jorrakate, C. (2021). Test-retest reliability of low-cost posturography for assessing postural stability control performance during standing. *Journal of Aging Research*, 1-11.