



รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจตามโมเดล
COM-B ที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ
CAUSAL RELATIONSHIP MODEL AND EFFECTS OF MOTIVATION ENHANCING
PROGRAMME BASED ON THE COM-B MODEL ON SERVICE BEHAVIOR ACCORDING
TO EMERGENCY MEDICAL STANDARDS AMONG HEALTH PERSONNELS

ทัศนัย ลิ้มเจียมรังษี

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจตามโมเดล
COM-B ที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ



ปริญญานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2567
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

CAUSAL RELATIONSHIP MODEL AND EFFECTS OF MOTIVATION ENHANCING
PROGRAMME BASED ON THE COM-B MODEL ON SERVICE BEHAVIOR ACCORDING
TO EMERGENCY MEDICAL STANDARDS AMONG HEALTH PERSONNELS



An Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of DOCTOR OF PHILOSOPHY
(Applied Behavioral Sc.Research)

Behavioral Science Research Insitute, Srinakharinwirot University

2024

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจตามโมเดล COM-B
ที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ

ของ

ทักษิณย์ ลิ้มเจียมรังษี

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก ประธาน
(ศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารยา เขียงทอง)

..... ที่ปรึกษาร่วม กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชชาดา ประสทธิโชค) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุดาร์ตน์ ตันติวิวัฒน์)

..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.ชาวิน สุวรรณวงศ์)

ชื่อเรื่อง	รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจตามโมเดล COM-B ที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ
ผู้วิจัย	ทัศนัย ลิ้มเจียมรังษี
ปริญญา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา	2567
อาจารย์ที่ปรึกษา	ศาสตราจารย์ ดร. อังคินันท์ อินทรกำแหง
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิษาดา ประสิทธิโชค

การวิจัยแบบพหุวิธีในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักฉุกเฉินการแพทย์ และพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามมาตรฐานค่า 6 ระดับ มีความเที่ยงตรงอยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับอยู่ที่ 0.97 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ภายหลังจากปรับโมเดล (ไค-สแควร์ = 147.78, df = 78, CFI = 0.98, NFI = 0.96, RMSEA = 0.06, SRMR=0.04) และผลการทดสอบอิทธิพลของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง พบว่า 1.1) ความฉลาดทางอารมณ์ และแรงจูงใจมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน 1.2) ความฉลาดทางอารมณ์ และปัจจัยคำจูนมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินโดยส่งผ่านแรงจูงใจ 2) บุคลากรสุขภาพกลุ่มในทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ มีคะแนนเฉลี่ยของแรงจูงใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และบุคลากรสุขภาพในกลุ่มทดลองมีแรงจูงใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินในระยะหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : พฤติกรรมบริการ, มาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน, ความฉลาดทางอารมณ์, แรงจูงใจ

Title	CAUSAL RELATIONSHIP MODEL AND EFFECTS OF MOTIVATION ENHANCING PROGRAM BASED ON THE COM-B MODEL ON SERVICE BEHAVIOR ACCORDING TO EMERGENCY MEDICAL STANDARDS AMONG HEALTH PERSONNELS
Author	THADSANAI LIMJEAMRANGSRI
Degree	DOCTOR OF PHILOSOPHY
Academic Year	2024
Thesis Advisor	Professor Dr. Ungsinun Intarakamhang
Co Advisor	Assistant Professor Dr. Pitchada Prasittichok

This multi-method research aimed to test the causal relationship model and study the effectiveness of a motivation enhancement program on emergency medical service behaviors among personnel working in the Bangkok emergency medical service system, consisting of professional nurses, paramedics, and emergency medical technicians. The research was divided into two phases: Phase 1 was a study of the causal relationship of variables affecting emergency medical service behavior, and Phase 2 was an experimental study. The instrument used to collect data was a 6-level rating scale questionnaire with item validity values ranging from between 0.60 to 1.00 and a total reliability of 0.97 for the entire questionnaire. Data were analyzed using a statistical software program. The research found that 1) The causal relationship model was consistent with the empirical data. After adjusting the model (Chi-square = 147.78, df = 78, CFI = 0.98, GFI = 0.91, NFI = 0.96, RMSEA = 0.06, SRMR = 0.04) and the results of the effect test of related variables showed that 1.1) emotional intelligence and motivation had a direct positive influence on emergency medical service behaviors. 1.2) Emotional intelligence and supporting factors indirectly influence emergency medical service behaviors through motivation. 2) The health personnel in the experimental group who received the motivation enhancement program had significantly higher mean scores for motivation and emergency medical service behaviors than those in the control group at the .05 statistical significance level. Furthermore, the health personnel in the experimental group maintained significantly higher levels of motivation and emergency medical service immediately after the experiment at the one-month follow-up period, also at the 05 significance level.

Keyword : service behavior emergency medical standards emotional quotient motivation

กิตติกรรมประกาศ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ข้าพเจ้าสามารถดำเนินการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการศึกษา ณ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ซึ่งได้รับความเมตตากรุณา ให้คำแนะนำ และให้ความเอาใจใส่เป็นอย่างดีจากท่านอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ศาสตราจารย์ ดร. อังศิรินทร์ อินทรกำแหง และท่านอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชชาดา ประสทธิโชค ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาทั้งสองท่านที่ตอบรับเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาและให้ความช่วยเหลือชี้แนะแนวทางในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและการทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ และให้กำลังใจในส่วนการดำเนินชีวิต การทำงานที่ต้องดำเนินไปควบคู่กับการเรียนปริญญาเอกนี้อย่างยากลำบาก ด้วยความเอาใจใส่ ติดตาม สอบถามความคืบหน้า รวมถึงแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ให้ข้าพเจ้าตลอดมา

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์ ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารยา เขียงของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุदारัตน์ ตันติวิวัฒน์ และอาจารย์ ดร. ชาริน สุวรรณวงศ์ ที่ได้กรุณาตอบรับเป็นกรรมการสอบปริญญานิพนธ์ และให้คำแนะนำตลอดจนให้แนวทางการแก้ไขปริญญานิพนธ์ฉบับนี้เพื่อให้ความถูกต้อง ชัดเจน และสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กาญจนา ภัทรวินวัฒน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุदारัตน์ ตันติวิวัฒน์ อาจารย์ ดร. ชาริน สุวรรณวงศ์ นายแพทย์ยุทธนา เศรษฐนันท์ และแพทย์หญิง ธันยา ปิตียะกุลธร ในฐานะผู้เชี่ยวชาญตรวจประเมินเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ต่าง ๆ ให้แก่ข้าพเจ้า และขอขอบคุณพี่อุ้ม พี่वास และบุคลากรเจ้าหน้าที่ของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ทุกท่านที่ได้ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงานด้านเอกสารของมหาวิทยาลัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เฮอร์วีน) สำนักการแพทย์ และหน่วยงานเครือข่ายในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานครทุกแห่ง รวมถึงบุคลากรผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินทุกตำแหน่งงานที่ให้ความร่วมมือเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และขอขอบคุณพี่ ๆ เพื่อน ๆ และน้อง ๆ ซึ่งเป็นเพื่อนร่วมงานและเป็นกัลยาณมิตรที่ดีในการสนับสนุน ส่งความปรารถนาดี ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณกรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำนักการแพทย์ ซึ่งหน่วยงานต้นสังกัดของผู้วิจัยที่ให้การสนับสนุนทุนการศึกษาในระดับปริญญาเอกในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้บริหารสำนักการแพทย์ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนอนุมัติให้ทุนแก่ผู้วิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นายแพทย์

พรเทพ แซ่เอ็ง และดร.ปิยรัตน์ พรหมรังษี ผู้บังคับบัญชาอันเป็นที่เคารพรักที่ช่วยเสนอและสนับสนุนในการขอทุนการศึกษาปริญญาเอกนี้ของข้าพเจ้าจนสำเร็จลุล่วง และได้รับการอนุมัติให้ได้ศึกษาต่อจนประสบความสำเร็จในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณครอบครัว คุณพ่อ คุณแม่ คุณยาย คุณน้า น้องสาว น้องชาย และญาติ ๆ อันเป็นที่รักยิ่งที่เป็นกำลังใจสนับสนุน และแรงผลักดันจนทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในการศึกษาระดับปริญญาเอกตามที่ตั้งใจไว้ในครั้งนี้ คุณประโยชน์ทุกสิ่ง ทุกประการที่ได้เกิดจากปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้กับผู้มีพระคุณทุกท่านที่ได้ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้กำลังใจต่อข้าพเจ้าเสมอมา



ทศไนย ลัมเจียมรังษี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญรูปภาพ	๗
บทที่ 1	1
บทนำ.....	1
ภูมิหลัง	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย	6
ความสำคัญของการวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย	7
ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย	8
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย.....	8
ตัวแปรที่ศึกษา	9
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	10
บทที่ 2.....	11
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน : ความหมาย การวัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12

2. แนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุของแรงจูงใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน.....	26
3. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อแรงจูงใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน 30	
3.1 แรงจูงใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน	30
ความหมายของแรงจูงใจ	30
องค์ประกอบของแรงจูงใจ	36
การวัดแรงจูงใจ.....	37
งานวิจัยแรงจูงใจ และพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน	38
3.2 ความฉลาดทางอารมณ์.....	39
ความหมายของความฉลาดทางอารมณ์	39
องค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์	40
การวัดความฉลาดทางอารมณ์.....	42
งานวิจัยความฉลาดทางอารมณ์ แรงจูงใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน	42
3.3 ปัจจัยค้ำจุน แรงจูงใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน	44
ความหมายและองค์ประกอบของปัจจัยค้ำจุน.....	44
การวัดปัจจัยสุขอนามัยหรือปัจจัยค้ำจุน	46
งานวิจัยปัจจัยค้ำจุน แรงจูงใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน	47
4. โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน.....	48
4.1 แนวคิดกระบวนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์.....	51
4.2 แนวคิดวงจรการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	54
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	55
5. นิยามเชิงปฏิบัติการ	57

6. กรอบแนวคิดของงานวิจัย.....	62
7. สมมติฐานในการวิจัย.....	66
บทที่ 3.....	67
วิธีดำเนินการวิจัย.....	67
การวิจัยระยะที่ 1 การตรวจสอบแบบวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และ ศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ของบุคลากรสุขภาพ	67
1.1 การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	68
1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	69
1.3 การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	74
1.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	75
1.5 การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	75
การวิจัยระยะที่ 2 ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจภายในที่มีต่อพฤติกรรมบริการ ตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ	78
1.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	78
1.2 แบบแผนการทดลอง.....	79
1.3 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	80
1.4 การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	87
1.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	88
1.6 การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	89
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	89
บทที่ 4.....	90
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	90

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยระยะที่ 1 : การตรวจสอบแบบวัดพฤติกรรมบริการตาม มาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ	90
ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยระยะที่ 2 : การวิจัยเชิงทดลอง.....	102
บทที่ 5	114
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	114
สรุปและอภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 1	114
สรุปและอภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 2	124
ข้อเสนอแนะ	132
ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์.....	132
ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป	133
บรรณานุกรม	135
ภาคผนวก.....	146
ภาคผนวก ก	147
ภาคผนวก ข	149
ภาคผนวก ค	160
ภาคผนวก ง.....	170
ภาคผนวก จ	193
ประวัติผู้เขียน.....	196

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 มาตรฐาน ขอบเขตและหลักเกณฑ์การแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย	13
ตาราง 2 รายละเอียดองค์ประกอบของนักวิจัยที่ได้ศึกษา และพัฒนาแบบวัดที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน	25
ตาราง 3 เกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องแบบจำลอง	78
ตาราง 4 แบบแผนการทดลองเพื่อทดสอบสมมติฐาน.....	80
ตาราง 5 โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน85	
ตาราง 6 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	91
ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) ของแบบวัด 93	
ตาราง 8 ค่าเฉลี่ย (Means) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviations) ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของข้อมูลที่ได้จากการวัดตัวแปรของกลุ่มตัวอย่าง	95
ตาราง 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่ใช้ในการวิจัย.....	97
ตาราง 10 ค่าดัชนีความกลมกลืนของแบบจำลองที่ได้จากการวิเคราะห์ (ก่อนและหลังปรับ แบบจำลอง) เทียบกับเกณฑ์การพิจารณา.....	99
ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ค่าอิทธิพลของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมบริการ ตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ	100
ตาราง 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร ความฉลาดทางอารมณ์ แรงจูงใจ และ พฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามกลุ่มการทดลอง และระยะของการ ทดลอง (ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล)	103
ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและแรงจูงใจ ด้วยความแปรปรวนหลายตัวแปรในระะวัดผลก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม.....	106

ตาราง 14 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และแรงจูงใจ ด้วยความแปรปรวนหลายตัวแปรในระยะวัดผลหลังการทดลองทันทีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม.....	106
ตาราง 15 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทีละตัวแปรเพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของ พฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและแรงจูงใจในระยะหลังการทดลองระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	107
ตาราง 16 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของพฤติกรรม บริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและแรงจูงใจ	107
ตาราง 17 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และแรงจูงใจ ด้วยความแปรปรวนหลายตัวแปรในระยะวัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผลใน กลุ่มทดลอง	108
ตาราง 18 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทีละตัวแปรเพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของ พฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและแรงจูงใจในระยะหลังการทดลองและติดตาม ผลเทียบกับก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง	109
ตาราง 19 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ในกลุ่มทดลองของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐาน การแพทย์ฉุกเฉินและแรงจูงใจจำแนกตามช่วงเวลาของการวัด	110
ตาราง 20 ผลการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับ/ไม่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มี ต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินกับระดับการรับรู้ปัจจัยคำจุนที่มีต่อพฤติกรรม บริการ และแรงจูงใจในระยะหลังการทดลอง.....	111
ตาราง 21 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทีละตัวแปร เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของ พฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามกลุ่มการทดลองและระดับการรับรู้ ปัจจัยคำจุนในระยะหลังการทดลอง	112
ตาราง 22 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยรายคู่ของแรงจูงใจจำแนกตามระดับการรับรู้ปัจจัยคำจุนและ การได้รับ/ไม่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ ฉุกเฉิน ในระยะหลังการทดลอง.....	113

สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพประกอบ 1 สัญลักษณ์รูปดวงดาว 6 แฉก (Star of Life) ของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	18
ภาพประกอบ 2 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความสามารถ โอกาส แรงจูงใจ และพฤติกรรม	29
ภาพประกอบ 3 วงล้อการเปลี่ยนพฤติกรรม (Behaviour Change Wheel).....	55
ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดของการวิจัย	63
ภาพประกอบ 5 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐาน	64
ภาพประกอบ 6 โมเดลการวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินตามสมมติฐาน ข้อที่ 1	94
ภาพประกอบ 7 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ.....	100

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพในระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล (Pre-hospital) ซึ่งเป็นบริการในช่วงนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังสถานพยาบาล เป็นระยะที่สำคัญเพราะช่วยลดความรุนแรงและอัตราการตายของผู้ป่วยฉุกเฉินได้เป็นอย่างดี การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการรักษาผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินระหว่างการนำส่งสถานพยาบาลนั้น จะไม่เกิดผลดีหากบุคลากรสุขภาพในที่ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินมีความล่าช้า ไม่สามารถเข้าถึงผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้ทันเวลา จะส่งผลให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินมีโอกาสเสียชีวิต หรือทุพพลภาพถาวรได้ รวมทั้งการปฏิบัติที่เป็นไปตามมาตรฐาน เช่น การลำเลียง การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การปฐมพยาบาลฉุกเฉินที่ไม่เหมาะสม อาจจะเป็นการช่วยเหลือที่ซ้ำเติมให้แก่ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินได้ สอดคล้องกับหลักฐานสถิติสุขภาพของโลก ในปี 2022 ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2022) ได้ประมาณการไว้ว่าในแต่ละปีมีผู้คนกว่า 1.3 ล้านคนทั่วโลกบาดเจ็บจนถึงขั้นเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ และพบว่าในปัจจุบันผู้บาดเจ็บหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับการช่วยเหลือปฐมพยาบาลฉุกเฉินและกู้ชีพด้วยการกดหน้าอกโดยผู้พบเหตุสูงขึ้น ซึ่งจะช่วยให้โอกาสการรอดชีวิตได้โดยการช่วยเหลือด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้บาดเจ็บหัวใจหยุดเต้นสามารถลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ร้อยละ 25 ในประเทศกำลังพัฒนาทั้งสังคมชนบทและสังคมเมือง นอกจากนี้ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินหากได้รับการช่วยเหลือจากทีมบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีอัตราการรอดชีวิตถึงร้อยละ 40 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2565)

สำหรับในประเทศไทยจากรายงานสถิติผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติระหว่างปี 2559 - 2563 พบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินเฉพาะที่มาใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินจากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน Information Technology for Emergency Medical System : ITEMS) มีจำนวนเท่ากับ 179.60 ต่อแสนประชากร โดยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในปี 2559 และปี 2562 จาก 32.56 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มเป็นอัตราเสียชีวิต 41.97 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเสียชีวิตก่อนชุดปฏิบัติการไปถึงจุดเกิดเหตุ ในปี 2559 และ 2563 มีอัตรา 13.57 เพิ่มเป็น 20.87 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นรักษาแล้ว เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ มีอัตรา 3.20 - 6.95 ต่อประชากรแสนคน

เมื่อวิเคราะห์การเสียชีวิตนอกโรงพยาบาล แบ่งตามกลุ่มเจ็บป่วยฉุกเฉินกับกลุ่มบาดเจ็บ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการเสียชีวิตของกลุ่มเจ็บป่วยฉุกเฉิน (Non Trauma) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยสาเหตุอันดับแรกได้แก่ หัวใจหยุดเต้น อัตราป่วยตาย ร้อยละ 26.00 รองลงมาเป็นเหตุจากไฟไหม้ สารเคมี ไฟฟ้าช็อต ร้อยละ 18.20 และอุบัติเหตุทางรถยนต์ ร้อยละ 15.00 ซึ่งกลุ่มที่เสียชีวิตนอกโรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนชุดปฏิบัติการไปถึง จุดเกิดเหตุมากกว่า 8 นาที นอกจากนี้สถิติการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังเห็นได้จากสถิติการออกปฏิบัติการสะสมตั้งแต่ปี 2562, 2563 และ 2564 มีจำนวน 1,793,172 ราย, 1,769,017 ราย และ 1,806,072 ราย ตามลำดับ หรือคิดเป็นร้อยละซึ่งอยู่ระหว่าง 22.50 – 24.60 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2565)

อย่างไรก็ตามจากข้อมูลรายงานตามแผนกลยุทธ์สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) พบว่า ยังมีความเหลื่อมล้ำในแต่ละพื้นที่ของประเทศ โดยค่าเฉลี่ยอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยฉุกเฉินต่อประชากรแสนคน ปี 2560 เท่ากับ 2,324.57 SD = 1,047 ซึ่งแสดงว่าข้อมูลมีการกระจายสูง สะท้อนให้เห็นว่ามีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการที่สูงมาก โดยจังหวัดที่ผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าถึงบริการสูงสุด คือ จังหวัดขอนแก่น เท่ากับอัตรา 5,724.59 ต่อประชากรแสนคน ส่วนจังหวัดที่ผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าถึงบริการต่ำสุด คือ กรุงเทพมหานคร เท่ากับ 726.54 ต่อประชากรแสนคน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2561)

ความพยายามในการบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมจึงได้เกิดขึ้น เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้น ประเทศไทยได้ออกกฎหมายเพื่อคุ้มครองและให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยตราพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 กำหนดให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อกำหนดมาตรฐานหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน และจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้นเป็นหน่วยงานรับผิดชอบการบริหารจัดการ ประสานระหว่าง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกันอันจะทำให้ได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่ทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น และมีประสิทธิภาพ (อัจฉริยะ แพงมา, 2564)

จากสภาพปัญหา และความสำคัญของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการให้บริการดังกล่าว ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีผลต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital Care) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ซึ่งปัจจุบันภารกิจการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงาน ได้แก่ ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ) สำนักการแพทย์ โดยเป็นศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ให้คำปรึกษาแนะนำด้านปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน และให้บริการสายด่วนทางการแพทย์ อีกทั้งยังเป็นศูนย์กลางประสานงานและพัฒนาเครือข่าย เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์ปกติและกรณีเกิดสาธารณภัย จัดให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตพื้นที่รับผิดชอบตลอด 24 ชั่วโมง เช่น เหตุสาธารณภัย อุบัติภัย วินาศภัย ภัยจากสารเคมี โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ รวมถึงภารกิจพิเศษ เช่น จัดทำแผนยุทธศาสตร์ พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผลตามมาตรฐานของประเทศ พัฒนาบุคลากร และดำเนินการวิจัย ส่งเสริมความรู้ และบริการทางวิชาการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (ราชกิจจานุเบกษา, 2562) ซึ่งจากการทบทวนเอกสารรายงานปัญหาและสถิติการให้บริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่ามีการเข้าถึงผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่ล่าช้าของทีมปฏิบัติการ ความไม่ครอบคลุมของการให้บริการ และการให้บริการที่อาจจะยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ฉุกเฉิน ดังเห็นได้จากเป้าหมายตัวชี้วัดตามแผนพัฒนากรุงเทพมหานครระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) ที่กำหนดร้อยละการเข้าถึงเพื่อช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยในปี 2566 พบว่าร้อยละของการเข้าถึงเพื่อช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในภาพรวม ให้ได้ภายใน 10 นาที ในขณะที่ทำได้เพียงร้อยละ 12.37 ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 30 และภายใน 15 นาที ทำได้ร้อยละ 61.07 ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 65 (ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ), 2565) และตัวชี้วัดการเพิ่มจุดจอดนอกโรงพยาบาลตามหน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานครในพื้นที่ที่วิเคราะห์ว่าประสบปัญหาการเข้าถึงผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังพบสถิติการสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการภายนอกของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ศูนย์เอราวัณ พบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ความพึงพอใจเฉลี่ยของผู้ใช้บริการ อยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 92.00) โดยยังพบปัญหาทั้งในเรื่องของพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ในศูนย์รับแจ้งเหตุ ในด้านการของใช้ว่าจาไม่เหมาะสม การโทรประสานงานที่ติดต่อยากลำบาก ร้อยละ 6.00 และพฤติกรรมบริการของทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 2.00 ในด้านการให้บริการที่ไม่เหมาะสม ไม่เป็นไปตามมาตรฐานของเจ้าหน้าที่ (ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ), 2566)

ดังนั้นผู้วิจัยสนใจศึกษาพฤติกรรมบริการให้บริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพในเชิงสาเหตุทั้งในด้านจิตและสภาพแวดล้อม ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดและทฤษฎีในการศึกษาทางพฤติกรรมศาสตร์ที่มีความครอบคลุม โดยเริ่มตั้งแต่การค้นหาค้นหากรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมบริการ การค้นหาตัวแปรเชิงสาเหตุ การพัฒนาและตรวจสอบเครื่องมือ

วัดตัวแปรที่มีคุณภาพ และทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริการของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน และนำผลการศึกษาซึ่งเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริการมาเป็นข้อมูลประกอบในการออกแบบโปรแกรมทางจิตวิทยา (Psychological Intervention) เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จากเหตุผลและความจำเป็นในการพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อแก้ไขปัญหาการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยพบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยพบว่า แบบจำลองความสามารถ โอกาส แรงจูงใจ และพฤติกรรม (Capability Opportunity Motivation Behaviour : COM-B) สามารถนำมาอธิบายการเกิด และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลโดยผ่านตัวแปรคั่นกลาง ได้แก่ แรงจูงใจ ซึ่งแบบจำลองดังกล่าวถูกสร้างและพัฒนาขึ้นโดย Michie et al. (2014) ซึ่งได้นำเสนอว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์นั้นขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ ความสามารถ (Capability-C) โอกาส (Opportunity-O) โดยส่งผ่าน แรงจูงใจ (Motivation-M) ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behaviour Change-B) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบจำลองที่ประกอบไปด้วย 3 ปัจจัย มาเป็นกรอบแนวทางในการศึกษา และส่งเสริมพัฒนาพฤติกรรม ได้แก่ ความสามารถ (Capability) ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โอกาส (Opportunity) ทั้งในด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อม นโยบาย และสังคม โดยส่งผ่านมายังแรงจูงใจ (Motivation) ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นความต้องการภายในของตนเองในการส่งผ่านมาสู่การเกิดพฤติกรรมใหม่ที่ดียิ่งขึ้น

โดยแนวคิดแบบจำลอง COM-B เป็นแนวคิดที่นิยมใช้ศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ในต่างประเทศ อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องยังไม่พบการศึกษาวิจัยใดที่ใช้แนวคิดแบบจำลอง COM-B เพื่อมาพัฒนาพฤติกรรมบุคคลในประเทศไทยมากนัก แต่จากการค้นคว้างานวิจัยในต่างประเทศ พบว่าแนวคิดแบบจำลอง COM-B ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งงานวิจัยเชิงคุณภาพ และเชิงทดลองในการอธิบาย และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมการทำงาน เช่น งานวิจัยของ Jee et al. (2023) ที่ศึกษาการสำรวจอุปสรรคและปัจจัยที่ทำให้เกิดการฝึกอบรมตามสถานการณ์จำลอง (Simulation-Based Training: SBT) ในแผนกฉุกเฉิน : การศึกษาเชิงคุณภาพระดับนานาชาติ (การศึกษา BEST-ED) ในกลุ่มของผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับการฝึกอบรมตามสถานการณ์จำลอง โดยใช้แบบจำลอง COM-B มาเป็นกรอบในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง เพื่อกำหนดปัจจัยที่

เป็นอุปสรรคต่อการฝึกอบรม และการพัฒนาโปรแกรมสถานการณ์จำลองในแผนกฉุกเฉิน โดยพบว่าปัจจัยทางด้านวัฒนธรรมท้องถิ่น ความเป็นผู้นำ ความต้องการแต่ละบุคคลเป็นสิ่งสำคัญต่อการสร้างโปรแกรม STD และ Smith et al. (2020) ได้ศึกษาการกำหนดปัจจัยและการแก้ไขปัญหาในการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจภายนอกแบบอัตโนมัติ (AED) โดยอาสาสมัครกู้ภัยด้วยแอปพลิเคชัน GoodSAM คนแรกในภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลโดยใช้กรอบโดเมนทางทฤษฎี COM-B และวงจรเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์อาสาสมัครกู้ภัยผ่านโทรศัพท์จำนวน 30 คน ผลพบว่า โปรแกรมการพัฒนาวิธีการรักษาช่วยเพิ่มความสามารถและแรงจูงใจในการใช้เครื่อง AED ที่เข้าถึงได้ในพื้นที่สาธารณะในกลุ่มของอาสาสมัครกู้ภัย ในส่วนของงานวิจัยในประเทศไทย พบว่ามีการนำแนวคิดของแบบจำลอง COM-B มาใช้ในงานวิจัยเชิงทดลองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย และลดพฤติกรรมเนือยนิ่งของพนักงานออฟฟิศ ดังนั้นงานวิจัยของ แพรวพรรณ อ่วมพรรณเจริญ (2563) ที่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการเคลื่อนไหวออกกำลังตามโมเดล COM-B สามารถลดพฤติกรรมเนือยนิ่งของพนักงานออฟฟิศในกรุงเทพมหานครได้อย่างมีนัยสำคัญ ($P < .05$)

ซึ่งในปัจจุบันผู้วิจัยยังไม่พบงานวิจัยที่นำแบบจำลอง COM-B มาใช้อธิบายพฤติกรรมบริการการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพในรูปแบบของการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ และนอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมภายใต้กรอบแนวคิดแบบจำลองของ COM-B ยังพบปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยพบว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงสาเหตุหรือมีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อพฤติกรรมบริการ หรือประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานเช่นเดียวกับแรงจูงใจ ได้แก่ 1) ความฉลาดทางอารมณ์ต่อพฤติกรรมบริการ (Kuncoro & Putra, 2020; Najimi et al., 2021; จารุวรรณ แป้นแจ้, 2560; ญาณี ขำพวง, 2558; ศยามล เอกะกุลนันต์, 2561) ในกลุ่มเป้าหมายของพนักงานโรงแรม พนักงานโรงพยาบาล พนักงานธนาคาร พนักงานบริการลูกค้า 2) แรงจูงใจที่มีผลต่อพฤติกรรมบริการ ได้แก่ งานวิจัยของ Huang et al. (2022) ที่ศึกษาแรงจูงใจภายในจากการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงจูงใจภายนอกจากบริบททางสังคมที่ส่งผลต่อการบริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของบุคลากรทางการแพทย์ โดยผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทั้ง 2 ด้านมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมบริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สอดคล้องกับผลวิจัย (Stefurak et al., 2020) ที่พบว่าแรงจูงใจในบริการสาธารณะสามารถทำนายความพึงพอใจในงานและการปฏิบัติงานของผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และยังมีงานวิจัยในประเทศไทยอีกหลากหลายงานที่พบว่า แรงจูงใจมีผลต่อพฤติกรรมในการทำงานหรือการปฏิบัติงาน และประสิทธิภาพการทำงานด้านการบริการ (ประยูร ศรีอุดมกุล, 2565; พระมหาสุเมธ สมานิต, 2561; อาทิตย์ แก้ว

แทน, 2562) ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในและภายนอกของแต่ละตัวบุคคล และ 3) ปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยสุขอนามัย (Hygiene factor) ต่อพฤติกรรมบริการ (Akintola & Chikoko, 2016; Byrne, 2006; แก้วบุตรา สิงห์ประทุม, 2563; ปาณิสรา คงหมื่นรักษ์, 2562) ในกลุ่มเป้าหมาย พยาบาลวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และผู้วิจัยยังไม่พบว่ามีการศึกษาปัจจัยเหล่านี้ในพฤติกรรมของบุคลากรสุขภาพที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย

โดยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องข้างต้นจึงกล่าวได้ว่า ผู้วิจัยพบช่องว่างของการศึกษาวิจัยทั้งในเชิงแนวคิดทฤษฎี และระเบียบวิธีการวิจัยที่ยังไม่พบบางงานวิจัยใดทั้งในไทยและต่างประเทศที่นำแบบจำลอง COM-B มาเป็นกรอบแนวคิดทฤษฎีในการศึกษาหาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรสุขภาพซึ่งมีบทบาทเป็นผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้นงานวิจัยในครั้งนี้จึงนำเอาแนวคิดแบบจำลอง COM-B มาเป็นกรอบเพื่อกำหนดแนวทางในการศึกษา โดยแบ่งระยะของการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 เพื่อตรวจสอบแบบวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และภายหลังที่ได้เครื่องมือวัดตัวแปรที่มีประสิทธิภาพและได้ข้อค้นพบตัวแปรสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินโดยส่งผ่านปัจจัยด้านแรงจูงใจ จึงนำตัวแปรดังกล่าวมาใช้พัฒนากิจกรรมและเป็นเครื่องมือวัดการประเมินในโปรแกรมของการศึกษาวิจัยในระยะที่ 2 ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ และใช้เป็นหลักสูตรต้นแบบในการพัฒนาคุณภาพการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ ดังนี้

1. เพื่อตรวจสอบเครื่องมือวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน
2. เพื่อตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจตามโมเดล COM-B ที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ

ความสำคัญของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาทางพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร โดยผลที่ได้จากการศึกษาวิจัย มีดังนี้

ความสำคัญเชิงวิชาการ

- 1) นักวิชาการสาธารณสุข นักทรัพยากรบุคคล หรือบุคลากรสุขภาพมีเครื่องมือประเมินการทำงานของบุคลากรสุขภาพในบริบทการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศซึ่งผ่านการตรวจสอบที่มีคุณภาพสูง และทราบข้อค้นพบในการอธิบายพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน
- 2) ผลจากการค้นพบขนาดอิทธิพลของตัวแปรปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินจะช่วยเป็นข้อมูลสำคัญในการศึกษาต่อยอดงานวิจัยเพื่อพัฒนาปัจจัยสาเหตุที่สำคัญในลำดับแรก
- 3) หน่วยงานการแพทย์ฉุกเฉินได้โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร ที่ทดลองและประเมินผลแล้วว่ามีประสิทธิภาพ นำไปปรับใช้ในการขยายผลการทดลองในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ตามบริบทในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

ความสำคัญเชิงปฏิบัติ

- 1) นักทรัพยากรบุคคลในหน่วยงานการแพทย์ฉุกเฉินสามารถนำเครื่องมือที่ได้ไปใช้ในการวางแผนในการบริหารงานบุคคลได้เพื่อที่จะส่งเสริมหรือพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากรสุขภาพต่อไป
- 2) ผู้บริหารหน่วยงานการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่จังหวัดต่าง ๆ สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้กำหนดแนวทางในการกำหนดหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไปได้

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณพหุวิธี (Multi-methods) ซึ่งมีลักษณะการศึกษาโดยใช้วิธีวิทยา จำนวน 2 วิธี ภายใต้แนวคิดของกระบวนทัศน์ปฏิฐานนิยม (Positivism) และแบ่งระยะของการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 เพื่อตรวจสอบแบบวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและภายหลังเมื่อค้นพบตัวแปรและเครื่องมือวัดที่มีคุณภาพแล้ว นำมาสู่การออกแบบกิจกรรมเพื่อพัฒนาตัวแปรสาเหตุที่สำคัญมาศึกษาในการ

วิจัยระยะที่ 2 ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจตามโมเดล COM-B ที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพต่อไป

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือ บุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทในการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร จำนวน 60 หน่วยงานเครือข่ายประกอบไปด้วย กลุ่มวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและนักฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน 648 คน และกลุ่มสนับสนุน ได้แก่ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน 535 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 1,183 คน (รายงานประจำปี ศูนย์เฮอร์วีน, 2565)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1

กำหนดขนาดตัวอย่างผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมตามเกณฑ์ของ Hair et al. (2010) ที่ได้เสนอไว้ว่าการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structure Equation Model: SEM) กลุ่มตัวอย่างควรมีขนาดขั้นต่ำอย่างน้อย จำนวน 200 คน และเพื่อป้องกันการได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนผู้วิจัยจึงกำหนดให้เก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีกร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่าง รวมเป็น 220 คน ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) โดยใช้ตำแหน่งเป็นตัวแปรแบ่งชั้นภูมิและกำหนดตามสัดส่วนและเนื่องจากเป็นการสุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีจำนวนมากและมีความแตกต่างกันระหว่างหน่วยสุ่มที่สามารถจำแนกออกเป็นชั้นภูมิ (Stratum) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้อาจมีความครบถ้วนและครอบคลุมและเป็นตัวแทนที่ดี โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มวิชาชีพคือ พยาบาลวิชาชีพและนักฉุกเฉินการแพทย์ ซึ่งมีหน้าที่ที่คล้ายคลึงกันทั้งในด้านวิชาชีพ และความรับผิดชอบ เป็นตัวอย่างจำนวน 120 คน และกลุ่มสนับสนุน ได้แก่ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ เป็นตัวอย่างจำนวน 100 คน ได้มาจากจำนวนตัวอย่างต่อประชากรเท่ากับ 1.00 : 5.40 รวมจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 220 คน

การวิจัยระยะที่ 2

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร โดยใช้หลักการคำนวณของ Cohen (2012) และใช้โปรแกรม G*power เวอร์ชัน 3.1.9.4 ซึ่งเป็นโปรแกรมที่สร้างจากสูตรของ Cohen และผ่านการทดสอบและใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากนักวิจัยหลากหลายท่าน (Faul et al., 2009; พีรณิธิ สิริวัชราราดล, 2565) ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวใช้ค่าเพาเวอร์เท่ากับ 0.85 ค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 และค่าขนาดอิทธิพล 0.5 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดกลาง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน ทั้งนี้

ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมการวิจัย จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ จำนวน 40 คน แบ่งเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน โดยผู้วิจัยใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบจำแนกกลุ่ม (Random Assignment Sampling) จัดให้มีบุคลากรทางการแพทย์ในตำแหน่งวิชาชีพ และพนักงานเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากัน ทั้งนี้บุคลากรสุขภาพที่เข้าร่วมแต่ละกลุ่มต้องมีความสมัครใจและยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัย

ตัวแปรที่ศึกษา

การวิจัยระยะที่ 1

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบจำลอง Capability Opportunity Motivation Behaviour (COM-B) โดยมีตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

1. ตัวแปรแฝงภายนอก (Exogenous variables) ประกอบด้วย 2 กลุ่ม

1.1 กลุ่มตัวแปรด้านความสามารถ (Capability) ประกอบด้วย

1.1.1 ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient) วัดจากตัวแปรสังเกต

3 ด้านคือ ด้านดี ด้านเก่ง และด้านสุข

1.2 กลุ่มตัวแปรด้านโอกาส (Opportunity) ประกอบด้วย

1.2.1 ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factors) วัดจากตัวแปรสังเกต 6 ด้าน คือ นโยบายองค์กร การสัมพันธ์ที่ดี การปกครองบังคับบัญชา สภาพการทำงาน เงินเดือน (Salary) และความมั่นคงในงาน

2. ตัวแปรแฝงภายใน (Endogenous variables) ประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรคั่นกลาง (Mediator) ได้แก่ แรงจูงใจ วัดจากตัวแปรสังเกต 2 ด้าน คือ แรงจูงใจโดยตรง และแรงจูงใจสะท้อนกลับ

2.2 ตัวแปรตาม (Dependent variable) คือ พฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน วัดจากตัวแปรสังเกต 4 ด้าน คือ การตอบสนองบริการด้วยความพร้อม การให้บริการอย่างมีศักยภาพ การให้บริการตรงความต้องการ การให้บริการอย่างน่าเชื่อถือ

การวิจัยระยะที่ 2

การวิจัยในระยะที่ 2 แบ่งตัวแปรออกเป็น 2 ประเภท คือ

ตัวแปรอิสระ (Independent variable) ได้แก่ ตัวแปรจัดกระทำ คือ การได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน

ตัวแปรตาม (Dependent variable) ได้แก่ พฤติกรรมการบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน

นิยามศัพท์เฉพาะ

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร หมายถึง หน่วยงานซึ่งเป็นเครือข่ายความร่วมมือที่ร่วมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร มีจำนวน 60 แห่งซึ่งประกอบด้วยศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เฮอร์วีน) สำนักงานการแพทย์ จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลภาครัฐ จำนวน 20 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน จำนวน 31 แห่ง และองค์กรมูลนิธิตาธารณประโยชน์ทั้ง 8 แห่ง

มาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงเท่าเทียม ได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์ตั้งแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินและการฟื้นภาวะวิกฤติของผู้ป่วย

บุคลากรสุขภาพ หมายถึง บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในสังกัดของ 60 หน่วยงานซึ่งเป็นเครือข่ายความร่วมมือที่ร่วมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร ซึ่งประกอบไปด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักฉุกเฉินการแพทย์ และพนักงานฉุกเฉินการแพทย์

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการประมวลเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดจุดมุ่งหมายการวิจัยที่ตรวจสอบเครื่องมือวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจตามโมเดล COM-B ที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยได้ประมวลแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดตัวแปร องค์ประกอบ และวิธีการวัด การหาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ แบ่งเนื้อหาเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน : ความหมาย องค์ประกอบ การวัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. แนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุของแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน
3. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อแรงจูงใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน
 - 3.1 แรงจูงใจกับพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน : ความหมาย องค์ประกอบ การวัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 3.2 ความฉลาดทางอารมณ์กับแรงจูงใจ และพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน : ความหมาย องค์ประกอบ การวัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 3.3 ปัจจัยค้ำจุนกับแรงจูงใจ และพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน : ความหมาย องค์ประกอบ การวัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน
 - 4.1 แนวคิดแผนการจัดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์
 - 4.2 แนวคิดวงล้อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
5. นิยามเชิงปฏิบัติการ
6. กรอบแนวคิดของการวิจัย
7. สมมติฐานงานวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน :

ความหมาย การวัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความหมาย ขอบเขตของมาตรฐานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ได้กำหนดความหมายของคำว่า มาตรฐาน ไว้ว่า สิ่งที่เกี่ยวข้องเป็นเกณฑ์และรับรองกันทั่วไป, สิ่งที่เกี่ยวข้องเป็นเกณฑ์สำหรับเทียบกำหนด ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ

การแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medicine) โดยสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งสหรัฐอเมริกา (America College of Emergency Physicians : ACEP) ได้ให้ความหมายการแพทย์ฉุกเฉินไว้ว่า ระบบบริการการแพทย์สำหรับการเจ็บป่วยเฉียบพลัน มีความรุนแรงที่บุคคลทั่วไปมีความรู้ระดับปานกลางเชื่อว่าต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน (ณิชาภัทร ชันสาครและคณะ, 2559)

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2551 ได้ให้นิยามว่า เป็นการปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้า และการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน

มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติของระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 11 (1) ได้กำหนดให้คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดมาตรฐาน และหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน และมาตรา 15 (2) กำหนดให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) มีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์ เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เสนอต่อ กพฉ. รวมทั้งกำหนดเกณฑ์และวิธี การปฏิบัติการฉุกเฉินตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด อีกทั้ง แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2556 - 2559) กลยุทธ์ที่ 1 ได้กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานใน “การพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินให้ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม” พร้อมทั้งข้อเสนอแนะของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในการสัมมนาการขับเคลื่อนระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทย ภายใต้แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2556 - 2559) และเมื่อวันที่ 7 มีนาคม 2556 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ข้อเสนอเชิงนโยบาย ในการจัดทำมาตรฐานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนี้

1. ควรจัดทำมาตรฐานทั้งระดับหน่วยงานและบุคคล
2. มีระดับ (level) ของมาตรฐาน เช่น มาตรฐานระดับพื้นฐาน ดี ดีเยี่ยม
3. มีการประเมินทั้ง output และ outcome

4. ผู้กำหนดมาตรฐานควรมาจาก 3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (regulator) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (purchaser) และ กระทรวงสาธารณสุข (provider)

ต่อมาในปี พ.ศ. 2557 คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) ได้เห็นชอบ “การพัฒนามาตรฐาน หลักเกณฑ์ เกณฑ์ และวิธีการ ปฏิบัติการฉุกเฉิน” (Emergency Operational Standard, Principle, Criteria and Protocol) ซึ่งประกอบด้วย 3 มาตรฐาน ดังนี้

มาตรฐานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน : ระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่บุคคลเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม มีคุณภาพ ทั้งในภาวะปกติและสถานการณ์ภัย

มาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน : ผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม ได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และทันต่อเหตุการณ์ตั้งแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนกระทั่งผู้ป่วยฉุกเฉินพ้นภาวะวิกฤติ

มาตรฐานและหลักเกณฑ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน 5 มาตรฐานย่อย ดังนี้

- 1) มาตรฐานปฏิบัติการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ (Emergency Prevention)
- 2) มาตรฐานปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนสถานพยาบาล (Pre- Hospital)
- 3) มาตรฐานปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ สถานพยาบาล (In-Hospital Emergency)
- 4) มาตรฐานปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล (Inter Facility Patient Transfer)
- 5) มาตรฐานปฏิบัติการฉุกเฉินในสถานการณ์สาธารณสุขภัย (Emergency Operation in Disaster)

ซึ่งแต่ละมาตรฐานสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้กำหนดรายละเอียดขอบเขตและหลักเกณฑ์ไว้ ดังตาราง 1

ตาราง 1 มาตรฐาน ขอบเขตและหลักเกณฑ์การแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย

ที่มา: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2557)

มาตรฐาน	ขอบเขต	หลักเกณฑ์
1. มาตรฐานปฏิบัติการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น	1. ผู้รับบริการ Pre-hospital และ In-hospital	1. ความปลอดภัยของผู้ป่วย 2. การป้องกันการเจ็บป่วย

มาตรฐาน	ขอบเขต	หลักเกณฑ์
ฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ (Emergency Prevention)	2. ผู้ให้บริการ Pre-hospital และ In-hospital 3. การป้องกันการเจ็บป่วยใน สถานการณ์สาธารณภัย	ฉุกเฉินที่เกิดขึ้น 1. ความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติการ 2. การป้องกันการเจ็บป่วยใน สถานการณ์สาธารณภัย
2. มาตรฐานปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนสถานพยาบาล (Pre- Hospital)	1. การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) 2. การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) 3. การออกปฏิบัติการของ หน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) 4. การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care) 5. การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit) 6. การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to definite care)	1. การปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนสถานพยาบาล 2. การแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน 1. การอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ 2. การรับแจ้งเหตุและสั่งการ 3. การจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 4. การรายงานการปฏิบัติการฉุกเฉิน 1. การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการและชุดปฏิบัติการตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย 1. การดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน (ณ จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาล) 2. ขอบเขตอำนาจหน้าที่ขอบเขตความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ. 2554 3. การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554 4. ขอบเขตอำนาจหน้าที่ และการปฏิบัติการตามคำสั่งของแพทย์

มาตรฐาน	ขอบเขต	หลักเกณฑ์
		อำนาจการ พ.ศ. 2556 5. มาตรฐานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน 6. มาตรฐานของชุดปฏิบัติการ
3. มาตรฐานปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ สถานพยาบาล (In-Hospital Emergency)	1. สถานพยาบาล	1. ข้อกำหนดว่าด้วยสถานพยาบาล พ.ศ. 2554 2. มาตรฐานศูนย์บริการผู้บาดเจ็บสำหรับประเทศไทย 3. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
	2. ผู้ปฏิบัติการ	1. มาตรฐานศูนย์บริการผู้บาดเจ็บสำหรับประเทศไทย 2. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) 3. อำนาจหน้าที่ ขอบเขต รับผิดชอบ ข้อจำกัดของผู้ปฏิบัติการในสถานพยาบาล 4. การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554 5. การให้ประกาศนียบัตรและการปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ. 2554 6. ขอบเขตอำนาจหน้าที่ และการปฏิบัติการตามคำสั่งของแพทย์อำนาจการ พ.ศ. 2556 7. การบริหารจัดการภายใน ER ตามมาตรฐานวิชาชีพ

มาตรฐาน	ขอบเขต	หลักเกณฑ์
4. มาตรฐานปฏิบัติการ ฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล (Inter Facility Patient Transfer)	1. ผู้ปฏิบัติการ	1. อำนาจหน้าที่ขอบเขตความ รับผิดชอบและข้อจำกัดในการ ปฏิบัติการในการส่งต่อผู้ป่วย ฉุกเฉิน 2. การประเมินและคัดแยกระดับ ความฉุกเฉินและมาตรฐานการ ปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554
	2. สถานพยาบาล	1. ประเภทและระดับอำนาจ หน้าที่ของเขตความรับผิดชอบ ของสถานพยาบาล 2. การจำแนกระดับความเจ็บป่วย เพื่อเตรียมพร้อมก่อนการส่งต่อ 3. การจัดตั้งศูนย์ประสานงานการ รับส่งต่อผู้ป่วยของสถานพยาบาล
	3. หน่วยปฏิบัติการ	1. ประเภทและระดับอำนาจ หน้าที่ของเขตความรับผิดชอบ ของหน่วยปฏิบัติการ
5. มาตรฐานปฏิบัติการ ฉุกเฉินในสถานการณ์สา ธารณภัย (Emergency Operation in Disaster)		1. การพร้อมรับสาธารณภัยด้าน การแพทย์ฉุกเฉินตามระดับความ รุนแรง 2. การตอบสนองด้าน การแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์ สาธารณภัย 3. การประเมินคัดแยกระดับความ รุนแรงและมาตรฐานการ ปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554

ซึ่งจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินในช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) โดยจากมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนสถานพยาบาล ประกอบไปด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) การตัดสินใจในการแจ้งเหตุเมื่อพบเหตุเป็นสิ่งที่จำเป็นมากเพราะจะทำให้กระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยมาถึงได้เร็ว 2) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การแจ้งเหตุที่รวดเร็วการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง รวมถึงระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้สามารถดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม 3) การออกปฏิบัติการของหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน (Response) โดยทุกหน่วยจะต้องมีความพร้อมเสมอที่จะออกปฏิบัติการตามคำสั่ง และจะต้องมีมาตรฐาน กำหนดระยะเวลาในการออกตัวระยะเวลาเดินทาง ซึ่งศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจะต้องคัดแยกระดับความรุนแรง หรือความต้องการของเหตุและสั่งการหน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออกปฏิบัติการ 4) การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care) จะประเมินสภาพแวดล้อมและจัดการความปลอดภัยสำหรับตนเองและทีมผู้ปฏิบัติงาน จากนั้นเข้าประเมินสภาพผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสม หรือตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ที่ควบคุมระบบ 5) การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit) หลักที่สำคัญในการลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉิน คือ การไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเดิมต่อผู้ป่วย ผู้ขนย้ายจะต้องผ่านการฝึกอบรมเทคนิควิธีการมาเป็นอย่างดี ในขณะที่ขนย้ายต้องมีการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะๆ และ 6) การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to Definitive care) จะเป็นการชี้ชะตาชีวิตและมีผลต่อผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นอย่างมาก การนำส่งจะต้องใช้ดุลพินิจว่าโรงพยาบาลที่จะนำส่งสามารถรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินรายนั้นได้ (กัญญา วังศรี, 2556)

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service system) หมายถึงการจัดให้มีการบริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่มีความรวดเร็ว โดยการนำเอาทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่มาพัฒนาเพื่อให้เกิดการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่มีความรวดเร็ว ทันทั่วถึง และมีประสิทธิภาพในพื้นที่หนึ่ง ๆ ซึ่งประกอบไปด้วยการจัดให้มีการประชาสัมพันธ์ มีระบบรับแจ้งเหตุและสั่งการ มีหน่วยปฏิบัติการที่มีคุณภาพและเหมาะสมต่อพื้นที่ที่ให้บริการ มีการให้การดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ มีการให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างนำส่ง และมีการนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสม (กัญญา วังศรี, 2556) นอกจากนี้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้กำหนดนิยามความหมายของมาตรฐานระบบการแพทย์ฉุกเฉินไว้ว่า ระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่บุคคลเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม มีคุณภาพทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย และได้กำหนดนิยามความหมายของมาตรฐานการปฏิบัติการของ

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงเท่าเทียม ได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์ตั้งแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนกระทั่งผู้ป่วยฉุกเฉินพ้นภาวะวิกฤติ โดยแบ่งระยะการปฏิบัติการตามองค์ประกอบสำคัญของการช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินตามสัญลักษณ์รูปดวงดาว 6 แฉก (Star of Life) ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 สัญลักษณ์รูปดวงดาว 6 แฉก (Star of Life) ของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
ที่มา: มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (2551)

มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้กำหนดองค์ประกอบของระบบการแพทย์ฉุกเฉินไว้ 6 ด้าน ดังนี้

1) การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุที่เกิดขึ้น โดยไม่สามารถคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้แม้ว่า จะสามารถเตรียมการป้องกันไว้แล้วการจัดให้มีผู้ที่มีความรู้ในการตัดสินใจแจ้งเหตุเมื่อพบเหตุซึ่งผู้นั้นอาจเป็นผู้เจ็บป่วยเองหรือคนข้างเคียง เป็นเรื่องที่สำคัญอย่างมากเพราะจะสามารถทำให้กระบวนการช่วยเหลือมาถึงได้รวดเร็วตรงกันข้ามหากล่าช้า นาที่ที่สำคัญต่อชีวิตของผู้เจ็บป่วยจะหมดไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งสายเกินแก้ไขได้

2) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การแจ้งเหตุที่รวดเร็วโดยระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและใช้เบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน เช่น 1669, 191 หรือเบอร์โทรศัพท์ของโรงพยาบาลที่ใกล้ที่เกิดเหตุโดยแจ้งข้อมูลเหตุการณ์จำนวนผู้บาดเจ็บ อาการเจ็บป่วย สถานที่เกิดเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การให้การช่วยเหลือเบื้องต้น ชื่อผู้แจ้งที่ขอความช่วยเหลือเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อกลับได้ แต่ผู้แจ้งเหตุอาจจะต้องมีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องรวมทั้งมีความสามารถ ในการให้การดูแลขั้นต้น ตามความเหมาะสมอีกด้วย

3) การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) หน่วยปฏิบัติการซึ่งโดยทั่วไปจะแบ่งเป็น 2 ระดับ คือระดับ Advanced life support และระดับ Basic life support จะต้องมีความพร้อมที่จะปฏิบัติการตามคำสั่งและจะต้องมีมาตรฐานกำหนด กำหนดระยะเวลาในการออกตัว ระยะเวลาเดินทาง โดยศูนย์รับแจ้งเหตุจะต้องคัดแยกกระตือรือร้นหรือความต้องการของเหตุและสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออกปฏิบัติการ

4) การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care) หน่วยปฏิบัติการจะทำการประเมินสภาพแวดล้อม (Scene size-up) การประเมินสถานที่เกิดเหตุและสภาพแวดล้อมเพื่อหาข้อมูลสำคัญ สำหรับการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

4.1 ความปลอดภัยของสถานที่เกิดเหตุ (Scene Safety) ประเมินสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของตนเองและทีมปฏิบัติการ ควรจัดรถห่างจากจุดเกิดเหตุประมาณ 100 ฟุต อยู่ในที่สูงกว่าจุดเกิดเหตุเหนือลม มองและสังเกตรอบ ๆ จุดเกิดเหตุวิเคราะห์เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น บุคลากรอยู่ในตำแหน่งที่ปลอดภัย และแจ้งศูนย์รับแจ้งเหตุให้ส่งตำรวจมาที่จุดเกิดเหตุก่อนเข้าไปในสถานการณ์พร้อมป้องกันการเกิดอันตรายซ้ำซ้อนในที่เกิดเหตุควบคุมฝูงชน และการควบคุมจราจรควรใช้กรวยจราจรไฟรถพยาบาลฉุกเฉิน ไฟจราจรเป็นเครื่องเตือนอันตราย และป้องกันการอันตรายที่จะเกิดกับผู้ช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ การวางกรวยจราจรหรือไฟเตือนควรวางให้ห่างจากจุดเกิดเหตุในระยะทางเป็น 3 เท่าของป้ายจำกัดความเร็ว ซึ่งจะเป็นการเตือนให้หยุดรถได้ในเวลาที่เหมาะสม และหากเป็นทางโค้งควรวางกรวยจราจรก่อนถึงและสิ้นสุดทางโค้งการประเมินความจำเป็นในการเคลื่อนย้ายผู้ได้รับบาดเจ็บออกจากที่เกิดเหตุมายังที่ปลอดภัย การป้องกันตนเองของผู้ช่วยเหลือ เช่น ต้องใส่เครื่องป้องกันตนเองก่อนทำงาน เป็นต้น ประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเพื่อให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสม และให้การพยาบาลฉุกเฉินตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ผู้ควบคุมระบบโดยมีหลักในการดูแลรักษาว่าจะไม่เสียเวลา ณ จุดที่เกิดเหตุนานจนเป็นผลเสียต่อผู้ป่วย กล่าวคือในผู้ป่วยที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจะเน้นความรวดเร็วในการนำส่งมากกว่าผู้ป่วยฉุกเฉินทางอายุรกรรม

4.2 กลไกการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ (Mechanism of injury) ประเมินว่ากลไก การเกิดอุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไรเพื่อประเมินอาการบาดเจ็บของผู้ป่วยได้ เช่น ชนคนเดินถนน รถพลิกคว่ำ การกระเด็นออกจากรถ

4.3 ความรุนแรงของอุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ (Situation) ประเมินสถานการณ์โดยดูจากการเสียหายของรถ สอบถามจากผู้พบเห็นเหตุการณ์ผู้ป่วยรู้สึกตัวหรือไม่ผู้ช่วยเหลือต้องพิจารณาว่ามีผู้ป่วยจำนวนเท่าไรและต้องช่วยเหลือใครบ้าง ช่วยเหลืออย่างไร ถ้ามีผู้ป่วยจำนวนมาก

ต้องคัดกรอง (Triage) และจัดลำดับการช่วยเหลือตามความรุนแรง ต้องเตรียมความพร้อมรับมืออุบัติเหตุมหุ้ (Mass Casualty) ณ จุดเกิดเหตุทำให้ต้องมีการจัดระบบมารองรับและมีการซ่อมแผนเป็นระยะ ๆ

5) การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit) หลักที่สำคัญยิ่งในการลำเลียงขนย้ายผู้เจ็บป่วยคือการไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมต่อผู้เจ็บป่วย ผู้ลำเลียงขนย้ายจะต้องผ่านการฝึกอบรมมาเป็นอย่างดีในขณะขนย้ายจะต้องมีการประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเป็นระยะ ๆ ปฏิบัติการบางอย่างอาจจะทำบนรถในขณะลำเลียงนำส่งได้ เช่น การให้สารน้ำ การดาม เป็นต้น

6) การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to definitive care) การนำส่งไปยังสถานที่ใดเป็นการชี้ชะตาชีวิตและมีผลต่อผู้เจ็บป่วยได้เป็นอย่างมากการนำส่งจะต้องใช้ดุลยพินิจว่าโรงพยาบาลที่จะนำส่งสามารถรักษาผู้เจ็บป่วยรายนั้น ๆ ได้ มิฉะนั้นแล้วเวลาที่เสียไปกับความไม่พร้อมของสถานพยาบาลนั้น ๆ จะทำให้เกิดการเสียชีวิต พิกการ หรือปัญหาในการรักษาพยาบาลอย่างไม่ควรจะเกิดขึ้น หลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล มุ่งเน้นการดูแลระดับประคองจนกระทั่งอาการคงที่ก่อนนำส่งโรงพยาบาลใกล้เคียง (Stay and stabilized) ส่วนการดูแลผู้บาดเจ็บที่เกิดเหตุ มักเน้นการขนส่งผู้บาดเจ็บไปยังสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถเหมาะสมโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้และให้การดูแลระดับประคองในระหว่างทาง (Scoop and run) การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit) ยึดหลักสำคัญคือ ไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บเพิ่มขึ้น มีการประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเป็นระยะ ๆ จนถึงสถานพยาบาล (Transfer to definitive care) ที่เหมาะสม เมื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแล้ว รีบนำส่งโรงพยาบาลโดยโทรแจ้งล่วงหน้าป้องกันกระดุกสันหลัง ส่วนคอไม่ให้ได้รับการกระทบกระเทือน เมื่อไม่แน่ใจโทรศัพท์ปรึกษาศูนย์สั่งการแม่ข่ายแล้วนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสมและใกล้ที่สุด ซึ่งจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องในเรื่องของมาตรฐานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมถึงกิจกรรมหลักของการบริการการแพทย์ฉุกเฉินผู้วิจัยจะนำเอาข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในบริบทของข้อคำถามและนิยามเชิงปฏิบัติการร่วมกับตัวแปรที่จะศึกษาในเชิงสาเหตุต่อไป

ความหมายของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีนักวิชาการทั้งไทยและต่างประเทศ เช่น Grönroos (1990) ได้ให้ความหมายของ การบริการ (service) คือ ชุดกิจกรรมที่ไม่สามารถจับต้องได้ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อมีการติดต่อสื่อสารระหว่างลูกค้าและผู้ให้บริการ หรือระหว่างลูกค้ากับทรัพยากรที่จับต้องได้และชุดกิจกรรมนั้นสามารถแก้ไขปัญหาของลูกค้าให้ได้รับความพึงพอใจ ในขณะที่ Stanton (1981) ได้ให้ความหมายการบริการว่า หมายถึง กิจกรรมหรือผลประโยชน์

ใด ๆ ที่สามารถตอบสนองความต้องการให้เกิดความพึงพอใจด้วยลักษณะเฉพาะในตัวของมันเองที่จับต้องไม่ได้และไม่จำเป็นต้องรวมอยู่กับการขายสินค้าหรือบริการใด การให้บริการอาจจะเกี่ยวข้องกับการใช้หรือไม่ใช้สินค้าที่มีตัวตน แต่ไม่ได้แสดงความเป็นเจ้าของสินค้านั้น สำหรับประเทศไทยตามพจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ได้ให้ความหมายบริการว่า หมายถึง การปฏิบัติรับใช้การให้ความสะดวกต่าง ๆ เช่น ให้บริการ ใช้บริการ เป็นต้น และนักวิชาการไทยตามที่ กุลธิดา วรเมจกานนท์ (2556) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมบริการ หมายถึง การกระทำและหรือการแสดงออกของพนักงานในการปฏิบัติงานด้านบริการและการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพนักงานผู้ให้บริการกับลูกค้าผู้รับบริการ โดยพิจารณาการแสดงออกแห่งการตอบสนองทั้งทางด้านความคิดและความรู้สึกของผู้ให้บริการที่มีต่อผู้ใช้บริการ เพื่อให้ลูกค้าเกิดความพอใจ นอกจากนี้ ญาณิ ขำพวง (2558) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมบริการว่า หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพนักงานผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ โดยพิจารณาเกี่ยวกับกิริยา อากัร และการสนทนาของพนักงานผู้ให้บริการที่แสดงออกขณะให้บริการต่อผู้รับบริการ คือ ความรู้ความสามารถในงาน การตอบสนอง ความจริงใจ การยกย่องให้เกียรติ การติดต่อสื่อสาร และการเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ เช่นเดียวกันกับ สมรรถพงศ์ ขจรเมณี (2558) ที่ได้นิยามความหมายของพฤติกรรมบริการว่า หมายถึง การแสดงออกของผู้ให้บริการซึ่งมีหน้าที่ในการส่งมอบการบริการให้กับผู้รับบริการ โดยมีวัตถุประสงค์ในการส่งมอบคือการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งการบริการอาจไม่สามารถจับต้องได้ มองเห็นได้ยาก และอาจไม่สามารถครอบครองเป็นเจ้าของได้ และพัช พัทธเสฐียร (2562) ได้ให้ความหมายการบริการว่า เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกผ่านการกระทำ ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงความปรารถนาดี มีมิตรไมตรี เอื้อเฟื้อ อาทร ยินดีที่จะให้ความช่วยเหลือเพื่อให้อีกฝ่ายได้รับประโยชน์และเกิดความพึงพอใจ บริการเป็นนามธรรมคือจับต้องไม่ได้

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การกระทำของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีการแสดงออกในการปฏิบัติงานบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ เพื่อทำให้เกิดความพึงพอใจ

องค์ประกอบของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน

นับตั้งแต่อดีตมาจนถึงปัจจุบันพบว่า มีนักวิชาการได้ศึกษาองค์ประกอบของพฤติกรรมบริการในกลุ่มพนักงานที่หลากหลาย ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งส่วนใหญ่ได้กำหนดองค์ประกอบและการประเมินพฤติกรรมบริการ ตามแนวคิดของ Parasuraman et al. (1988) ที่กำหนดมิติที่ในการวัดคุณภาพการให้บริการ (Dimension of service quality) ไว้ 10 ด้าน ได้แก่ 1) สิ่งที่จับต้องได้ (Tangibility) คือ หลักฐานการให้บริการ ลักษณะทางกายภาพ ได้แก่ การอำนวยความสะดวก

สะดวกทางกายภาพ การแต่งตัวของบุคลากร มีอุปกรณ์ที่พร้อมจะให้บริการ 2) ความน่าเชื่อถือของสินค้าบริการ (Reliability) คือ ความพร้อมที่จะให้บริการอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ความพร้อมในการให้บริการอย่างถูกต้อง สามารถให้บริการตามกำหนดเวลาที่สัญญาไว้กับลูกค้า 3) ความสามารถในการตอบสนอง (Responsiveness) คือ ความเต็มใจที่พร้อมจะให้บริการทันที 4) ศักยภาพ (Competency) คือ ทักษะความรู้ที่จะปฏิบัติงานนั้น ๆ ความชำนาญที่จะต้องติดต่อกับลูกค้า และหน่วยงานที่จะต้องสนับสนุนกับงานบริการ 5) อหยาศัยไมตรี (Courtesy) หมายถึง ความสุภาพ การรู้จักให้เกียรติ การคำนึงถึงความรู้สึกผู้อื่น การรู้จักสร้างมิตรภาพ และมนุษยสัมพันธ์ให้เกิดขึ้น 6) ความเชื่อถือและไว้วางใจได้ (Creditability) คือ ความมีคุณค่า น่าเชื่อถือ ความซื่อสัตย์ ซึ่งสัมพันธ์กับการคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของลูกค้า ต้องอาศัยชื่อเสียงของบริษัท และบุคลิกภาพส่วนตัวเป็นสำคัญ 7) การให้ความมั่นคงและปลอดภัย (Security) คือ ความเสี่ยงและความเคลือบแคลงสงสัยในบริการ การเก็บรักษาความลับของลูกค้า และความมั่นคงทางการเงิน 8) การเข้าถึง (Accessibility) คือ ความสะดวกความคล่องตัวที่ลูกค้าได้รับการติดต่อ มีขั้นตอนไม่ซับซ้อน ใช้เวลาน้อย ลูกค้าไม่ต้องรอนาน 9) การติดต่อสื่อสาร (Communication) คือ ความสามารถในการให้ข้อมูลแก่ลูกค้าด้วยภาษาที่ลูกค้าเข้าใจง่าย ทำให้ลูกค้าไม่สับสนในขั้นตอนการให้บริการตลอดจนสามารถสร้างความมั่นใจให้ลูกค้าเมื่อเกิดปัญหา 10) การเข้าใจรู้จักลูกค้าจริง (Understanding) คือ ความพยายามเข้าใจความต้องการของลูกค้า ความสนใจของลูกค้าเป็นรายบุคคล สามารถจำลูกค้าของตนได้

ต่อมา Parasuraman et al. (1990) ได้ทำการศึกษาและปรับปรุงเกณฑ์การวัดคุณภาพการให้บริการลง จาก 10 ด้าน เหลือเพียง 5 ด้าน ซึ่งใช้ชื่อเรียกเครื่องมือการวัดคุณภาพการให้บริการนี้ว่า SERVQUAL จำแนกได้ดังนี้ 1) ความเป็นรูปธรรมของการบริการ (Tangibility) หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ได้แก่ สถานที่ บุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ เอกสารที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร รวมถึงสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการดูแล ห่วงใยและความตั้งใจจากผู้ให้บริการ บริการที่ถูกนำเสนอออกมาอย่างเป็นรูปธรรม จะทำให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงการให้บริการนั้นชัดเจนยิ่งขึ้น 2) ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการได้ตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการ บริการที่ให้ทุกครั้งจะต้องมีความถูกต้อง เหมาะสม และได้ผลออกมาเช่นเดิมในทุกจุดของการบริการ ความสม่ำเสมอนี้จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการที่ได้นั้นมีความน่าเชื่อถือสามารถวางใจได้ 3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) หมายถึง ความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันท่วงที ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและได้รับความสะดวกจากการมาใช้บริการ รวมทั้งต้องกระจายการให้บริการไป

อย่างทั่วถึงและรวดเร็ว 4) การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (Assurance) หมายถึง ความสามารถในการสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดกับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการจะต้องแสดงถึงทักษะ ความรู้ ความสามารถในการให้บริการและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยความสุภาพ นุ่มนวล มีกิริยามารยาทที่ดี ใช้ในการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและให้ความมั่นใจว่าผู้รับบริการจะได้รับบริการที่ดีที่สุด และ 5) ความรู้สึกและเข้าใจในผู้รับบริการ (Empathy) หมายถึง ความสามารถในการดูแลเอาใจใส่ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างกันของผู้รับบริการแต่ละคน

ในส่วนขององค์การภาครัฐกับการบริการของเจ้าหน้าที่หรือข้าราชการ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ได้กำหนดแนวคิดและคุณลักษณะของผู้ให้บริการไว้ว่า ควรเป็นผู้มีความเป็นนักบริการ กล่าวคือ ต้องมีหัวใจของการให้บริการทั้งภายในขอบเขตงาน มีความรับผิดชอบในส่วนงานของตนเอง และนอกขอบเขตงานที่รับผิดชอบมีความยินดีให้บริการเป็นอย่างดี โดยผู้ให้บริการหรือนักบริการควรมีลักษณะที่สำคัญ 7 ประการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Parasuraman และคณะ ที่ผู้วิจัยได้กล่าวไว้ข้างต้น ประกอบด้วย 1) มีความยิ้มแย้ม (Smiling) 2) ตอบสนองต่อความต้องการอย่างรวดเร็ว ทันใจ (Early Responsibility) 3) แสดงออกถึงความนับถือและให้เกียรติแก่ผู้รับบริการ (Respectful) 4) ให้บริการด้วยความสมัครใจ เต็มใจ 5) แสดงออกซึ่งการรักษาภาพลักษณ์ขององค์กร (Image Enhancing) 6) กิริยาอ่อนน้อม สุภาพและมีมารยาทที่ดี (Courtesy) และ 7) มีความกระฉับกระเฉง กระตือรือร้นในการให้บริการ (Enthusiasm) (สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, 2548)

นอกจากนั้นการบริการทางการแพทย์ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และบุคลากรทางด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาตรฐานการบริการทางด้านสาธารณสุข เช่นเดียวกันกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ที่ได้กำหนดมาตรฐานและคุณภาพของการบริการ การแพทย์ฉุกเฉินโดยมุ่งเน้นและให้ความสำคัญในเรื่องของการให้บริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ สามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง โดยคำว่า บริการตามมาตรฐานการบริการของกระทรวงสาธารณสุข (2550) ได้กำหนดไว้ 3 ส่วน ได้แก่ 1) สิ่งที่มีมอบให้แก่ผู้รับบริการ (Product content in service) 2) สิ่งของหรือสถานที่ที่ให้ผู้รับบริการใช้ (Facility content in service) 3) ผลงานที่กระทำแก่ผู้รับบริการ (Work content in service) โดยแต่ละส่วนดังกล่าวเป็นพฤติกรรมบริการที่พึงประสงค์ของบุคลากรสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้มารับบริการอย่างมีคุณภาพ

การวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน

การวัดพฤติกรรมบริการ หรือพฤติกรรมการทำงาน โดยส่วนใหญ่ผู้วิจัยมักจะสร้างเครื่องมือแบบวัดภายใต้บริบทของการทำงานในแต่ละสาขาอาชีพของประชากรที่ต้องการจะศึกษา เช่น แบบวัดพฤติกรรมบริการให้บริการของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดชายแดนใต้ (ณัฐภูมิอรินทร์, 2555) โดยมีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริการให้บริการ ในประเด็นให้พิจารณาข้อคำถามที่ตรงกับพฤติกรรมของท่านมากที่สุด และให้ผู้ตอบเลือกตอบให้ระดับคะแนนตนเอง 6 ระดับ ไม่จริงที่สุด จนถึงจริงที่สุด ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ “ข้าพเจ้าให้บริการแก่ประชาชนด้วยความสุภาพเป็นมิตร” และ “ข้าพเจ้าแต่งกายเรียบร้อย เหมาะสมทุกครั้งที่มาทำงาน เพื่อสร้างความเชื่อถือให้แก่ผู้รับบริการ” นอกจากนี้ สาริต เชื้ออยู่นาน (2559) ได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมการทำงานของพนักงานสายสนับสนุนวิชาการมหาวิทยาลัยของรัฐ แบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 6 ระดับ ไม่จริงที่สุด จนถึงจริงที่สุด ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ “ฉันสามารถพัฒนาทักษะการทำงานให้ดีขึ้นได้ด้วยตัวฉันเอง” และ “เมื่อมีอุปสรรคในงาน ฉันจะทำงานต่อไปด้วยความมุ่งมั่น” นอกจากนี้ยังมีการวัดพฤติกรรมบริการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพด้านการศึกษาของ จางและคณะ (Zhang et al., 2021) ที่วัดพฤติกรรมบริการให้บริการในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน และแบ่งการวัดเป็น 2 มิติ ได้แก่ พฤติกรรมในบทบาทหน้าที่ (In-role service behaviors) และพฤติกรรมนอกเหนือบทบาทหน้าที่ (Extra-role service behaviors) ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ให้เลือกตอบ 5 ระดับ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ครอบคลุมในองค์ประกอบ Caring, Law and Code, Rule, Instrument and Independent ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ “ฉันสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้วยความยินดีในหน้าที่ของฉัน” และ “ฉันมีความรู้ในขั้นตอนการให้บริการและเข้าใจการทำงานเป็นอย่างดี” และการศึกษาของ โคมาลีและคณะ (Komari & Djafar, 2023) ที่ได้ศึกษาและวัดพฤติกรรมบริการโดยประยุกต์ใช้เครื่องมือแบบวัด คุณภาพการบริการ (Service Quality) มีชื่อเรียกว่า SERVQUAL ของพาราซูรามานและคณะ (Parasuraman et al., 1988) โดยข้อคำถามครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบตามแนวคิดที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น มีจำนวน 22 คำถาม 7 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วย จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งให้บุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย ฝ้ายแพทย์ ฝ้ายพยาบาล เป็นผู้ตอบ ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น “อุปกรณ์และเครื่องมือในแผนกของท่านเหมาะสมกับการให้บริการ” และ “บุคลากรเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลควรแต่งกายเรียบร้อยและเหมาะสม”

โดยจากการทบทวนนิยามความหมาย องค์ประกอบของพฤติกรรมบริการ มาตรฐานของระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินจากเอกสารและงานวิจัยที่ได้ศึกษาการให้บริการ คุณภาพการบริการ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า พัฒนางค์ประกอบและการวัดด้วยการสร้างข้อคำถามขึ้นจากนิยามความหมายที่สรุปได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องข้างต้น และสร้างข้อคำถามภายใต้บริบทการให้บริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานครและมาตรฐานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยที่ได้กำหนดขึ้นเพื่อควบคุมและกำกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตามที่ผู้วิจัยได้ทบทวนและประมวลเกี่ยวกับมาตรฐานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในหัวข้อข้างต้น โดยเลือกองค์ประกอบที่มีความถี่สูงเป็นลำดับต้น 4 ด้าน และการวัดพฤติกรรมบริการในครั้งนี้ให้บุคลากรสุขภาพเป็นผู้ตอบ ดังนั้นพฤติกรรมบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงประกอบไปด้วย

- 1) การตอบสนองบริการด้วยความพร้อม (Service responsiveness) หมายถึง ความเต็มใจ และกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ พร้อมให้บริการแก่ประชาชนได้ทันที
- 2) การให้บริการอย่างมีศักยภาพ (Service potential) หมายถึง ความสามารถใช้ความรู้ และทักษะในการให้บริการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยความสุภาพ น่าเชื่อถือ สร้างความประทับใจ ความมั่นใจ ให้แก่ประชาชนที่ขอรับบริการ สามารถให้ข้อเสนอแนะ คำแนะนำที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนได้
- 3) การให้บริการตรงความต้องการ (Service for need) หมายถึง ความใส่ใจประชาชนที่ขอรับบริการ เข้าใจในความต้องการ และความคาดหวังของประชาชนในแต่ละรายบุคคล
- 4) การให้บริการอย่างน่าเชื่อถือ (Reliability of service) หมายถึง การให้บริการได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ให้บริการได้ตรงตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินที่กำหนด และสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างรวดเร็ว

2. แนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุของแรงจูงใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน

2.1 แนวคิด COM-B (Capability Opportunity Motivation Behaviour)

เป็นแนวคิดในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคลในแต่ละบริบทสภาพแวดล้อม โดยแนวคิด COM-B model นี้ ถูกพัฒนาขึ้นจาก Susan Michie และคณะ (2011) ซึ่ง Susan Michie เป็นนักจิตวิทยาและผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาสุขภาพ ณ University College London ซึ่งจากการศึกษาและทำความเข้าใจกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม พบว่า การเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์นั้นขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ ความสามารถ (Capability) และโอกาส (Opportunity) โดยส่งผ่าน แรงจูงใจ (Motivation) ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behaviour) โดยแต่ละปัจจัย Susan Michie และคณะได้กำหนดองค์ประกอบและความหมายไว้ ดังนี้

1. Capability (C) – ความสามารถ หมายถึง ความสามารถที่บุคคลต้องใช้ในการแสดงพฤติกรรม ซึ่งรวมทั้ง ด้านร่างกาย และ ด้านจิตใจ แบ่งออกเป็น

1.1 Physical Capability ได้แก่ ความสามารถทางร่างกายในการปฏิบัติ เช่น ความแข็งแรง ทักษะการเคลื่อนไหว การพูด

1.2 Psychological Capability ได้แก่ ความสามารถทางจิตใจ เช่น ความรู้ การตัดสินใจ ความสามารถในการเรียนรู้ จดจำ วิเคราะห์

2. Opportunity (O) – โอกาส หมายถึง เงื่อนไขหรือปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมภายนอกที่เอื้อต่อการแสดงพฤติกรรม แบ่งออกเป็น

2.1 Physical Opportunity ได้แก่ ปัจจัยทางวัตถุ เช่น สถานที่ ทรัพยากร เวลา อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ

2.2 Social Opportunity ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม เช่น บรรทัดฐานทางสังคม วัฒนธรรม ค่านิยม บทบาททางสังคม การสนับสนุนจากบุคคลอื่น

3. Motivation (M) – แรงจูงใจ หมายถึง กระบวนการภายในจิตใจที่กระตุ้น กำกับ และรักษาพฤติกรรม แบ่งออกเป็น

3.1 Reflective Motivation ได้แก่ แรงจูงใจไตร่ตรอง เช่น ความตั้งใจ ความเชื่อ ค่านิยม การวางแผน เป้าหมาย

3.2 Automatic Motivation – แรงจูงใจอัตโนมัติหรือแรงจูงใจสะท้อน เช่น อารมณ์ สัญชาตญาณ นิสัย การเรียนรู้แบบเงื่อนไข

โดยจากการค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ตัวแปรที่มีความสำคัญภายใต้แนวคิดข้างต้นที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย ตัวแปรด้านความสามารถ ได้แก่ ความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งพบผลการศึกษาวิจัยของ ปันณทัต วลาบุรณ์ เจริญวิษญ์ สมพงษ์ธรรมสิทธิพร นิยมศรีสมศักดิ์ (2559) ที่ว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อแรงจูงใจในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ที่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Kuncoro & Putra (2020) ที่พบว่าความฉลาดทางอารมณ์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงานของพนักงานในโรงพยาบาลอิสลามสุลต่านอาบูเซมราัง ประเทศอินโดนีเซียโดยมีแรงจูงใจภายในเป็นตัวแปรส่งผ่าน และผลการวิจัยของ Najimi et al., (2021) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์ ความรับผิดชอบต่อสังคม และการปฏิบัติงานในผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ในประเทศอิหร่าน ซึ่งพบว่าความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ในส่วนของตัวแปรด้านโอกาส ได้แก่ ปัจจัยคำจูน พบว่า งานวิจัยของ ปาณิสรา คงหมื่นรักษ์ (2562) ที่ศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตใจ ปัจจัยสุขอนามัยและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยพบว่าปัจจัยสุขอนามัยมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุพัชร์ กอกิตร์ตันกุล นิตยา เพ็ญศิริินภา พาณี สัตกะลิน (2561) ที่พบว่าแรงจูงใจในการทำงาน ด้านปัจจัยค่าจ้างมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสมรรถนะการส่งมอบความเชี่ยวชาญในงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r = .298$) และงานวิจัยของ สำราญ คำมี (2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามกระบวนการพยาบาลในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลสังกัด ผลการวิจัยพบว่า แรงจูงใจภายใน ด้านเจตคติต่อการปฏิบัติงานตามกระบวนการพยาบาล และทักษะพื้นฐานในการปฏิบัติงานตามกระบวนการพยาบาล สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติงานตามกระบวนการพยาบาลในหอผู้ป่วยได้ เป็นต้น จากการค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรดังกล่าวที่มีความเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจตามรูปแบบของแนวคิด COM-B โดยแต่ละปัจจัยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1.1 ความสามารถ (Capability) หมายถึง การมีองค์ความรู้ ทักษะในการมีความสามารถร่วมกันที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมาย ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องเพียงด้านเดียวซึ่งเป็นด้านความสามารถทางจิตใจเนื่องจากค้นพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่

- ความฉลาดทางอารมณ์ หมายถึง ความสามารถของบุคลากรสุขภาพที่จะรับรู้ เข้าใจ ในอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง และผู้อื่น สามารถจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกตนเองและผู้อื่นได้ รวมถึงสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีและดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

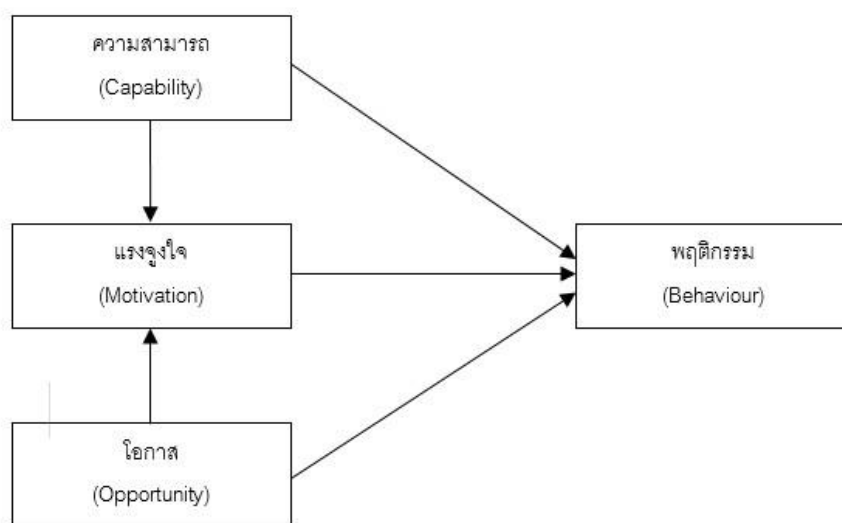
2.1.2 โอกาส (Opportunity) หมายถึง ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลหรือส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมเป้าหมาย ได้แก่ สภาพแวดล้อม บริบททางสังคมของบุคคล หรือกลุ่มบุคคล ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- ปัจจัยค่าจ้าง หมายถึง ปัจจัยภายนอกที่เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคลากรสุขภาพกระตือรือร้นในการทำงานให้มากยิ่งขึ้น และเป็นปัจจัยที่ป้องกันไม่ให้เกิดบุคลากรสุขภาพเกิดความรู้สึกไม่พอใจในงาน ซึ่งสาเหตุอันเกิดจากสภาวะแวดล้อม

2.1.3 แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง กระบวนการภายในจิตใจของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมเป้าหมาย ซึ่งมีส่วนกระตุ้น ผลักดัน ให้กับบุคคลที่มีความต้องการจะปรับปรุง เปลี่ยนแปลงที่จะพัฒนาตนเอง (Michie et al., 2014) ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- แรงจูงใจไตร่ตรอง หมายถึง การคิดทบทวนและพิจารณาอย่างรอบคอบของบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งการวางแผนและการประเมินอย่างมีสติ มีความเชื่อต่อการบริการที่จะกระทำต่อผู้ป่วยฉุกเฉินว่าเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดี

- แรงจูงใจสะท้อนกลับ หมายถึง ความต้องการ และความปรารถนา รวมถึงแรงกระตุ้น และการตอบสนองของบุคลากรสุขภาพซึ่งแสดงออกโดยการปฏิบัติงาน และการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน



ภาพประกอบ 2 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความสามารถ โอกาส แรงจูงใจ และพฤติกรรม
(Capability Opportunity Motivation Behaviour : COM-B)

ที่มา: Michie et al. (2014)

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะประยุกต์ใช้แนวคิด COM-B (Capability Opportunity Motivation Behaviour) มาเป็นกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี (Theoretical framework) ในการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีแรงจูงใจเป็นตัวส่งผ่านในการวิจัยระยะที่ 1 ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า และทบทวนวรรณกรรมตัวแปรที่เกี่ยวข้อง และนำมารวบรวมซึ่งจะกล่าวถึงในหัวข้อถัดไป

3. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อแรงจูงใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ ฉุกเฉิน

3.1 แรงจูงใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน

ความหมายของแรงจูงใจ

แรงจูงใจ (Motivation) เป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการทางจิตใจอันจะทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมที่มีความตื่นตัว (Arousal) มีทิศทาง (Direction) และมีความยืนหยัดอดทน (Persistence) ในการปฏิบัติงานตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Mitchell, 1982) กล่าวคือ บุคคลที่มีแรงจูงใจในการทำงานสูงก็จะมีพฤติกรรมการทำงาน หรือมีการแสดงออกถึงจุดมุ่งหมายอย่างชัดเจน และมีทิศทาง โดยบุคคลนั้นจะกระทำพฤติกรรมนั้นอย่างเต็มความสามารถด้วยความกระตือรือร้น และยืนหยัดอดทนต่ออุปสรรคเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายในการทำงานของตน เช่นเดียวกันกับ Woolfolk A.E. (1995) ได้ให้ความหมายของการจูงใจว่า การจูงใจเป็นภาวะภายในของบุคคลที่ถูกกระตุ้นให้กระทำพฤติกรรมอย่างมีทิศทางและต่อเนื่อง ในขณะที่ Domjan (1996) ให้ความหมายของแรงจูงใจว่า การจูงใจเป็นภาวะในการเพิ่มพฤติกรรมการกระทำกิจกรรมของบุคคลโดยบุคคลจูงใจกระทำพฤติกรรมนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งนักจิตวิทยาได้แบ่งแรงจูงใจของบุคคลออกเป็น 2 ประเภท คือแรงจูงใจภายนอก (Extrinsic Motivation) และแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) แรงจูงใจภายนอกเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากองค์ประกอบภายนอกตัวบุคคล องค์ประกอบดังกล่าวอาจเป็นสิ่งชวนใจ เช่น รางวัล หรือ กิจกรรมต่าง ๆ ที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่กระทำโดยตรง ในทางกลับกันแรงจูงใจภายในเป็นสิ่งที่จูงใจและก่อให้เกิดการกระทำ โดยสิ่งนั้นต้องเป็นความพึงพอใจโดยธรรมชาติที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล มากกว่าที่จะพึงพอใจจากสิ่งที่เป็นผลลัพธ์ภายนอก เช่น เมื่อบุคคลเกิดแรงจูงใจภายใน หมายถึงบุคคลจะมีการกระทำที่เป็นไปเพื่อความสนุกสนานหรือความท้าทายมากกว่าเป็นไปเพราะสิ่งของ รางวัล หรือสิ่งเร้าภายนอก (Ryan and Deci, 2000) และ Michie et al. (2014) ได้ให้ความหมายของแรงจูงใจ (Motivation) หมายถึงกระบวนการภายในจิตใจของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมเป้าหมายซึ่งมีส่วนกระตุ้น ผลักดัน ให้กับบุคคลที่มีความต้องการจะปรับปรุง เปลี่ยนแปลงที่จะพัฒนาตนเอง ในส่วนของนักวิชาการไทยได้ให้ความหมายของแรงจูงใจ ดังเช่น ชูชัย สมितिไกร (2553) กล่าวว่าแรงจูงใจ หมายถึง แรงผลักดันหรือความต้องการที่แสดงออกเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง วิไลพรรณ โพธิวรรณ (2563) ได้ให้ความหมายแรงจูงใจเป็นสิ่งที่เร้าจากภายในถือเป็นพลังผลักดันที่สำคัญที่ทำให้คนพยายามกระทำเพื่อให้ไปสู่เป้าหมาย ยิ่งถ้าบุคคลมีแรงจูงใจสูง ยิ่งทำให้มีความพยายามสูงโดยแรงจูงใจของแต่ละคนอาจแตกต่างกันไป

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น จึงสรุปได้ว่า แรงจูงใจ หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคลากรสุขภาพที่เกิดขึ้นและมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมเป้าหมาย ซึ่งมีส่วนกระตุ้น ผลักดัน ให้กับบุคคลที่มีความต้องการจะปรับปรุง เปลี่ยนแปลงที่จะพัฒนาตนเอง

แนวคิด ทฤษฎีแรงจูงใจ

แนวคิด ทฤษฎีและองค์ประกอบของแรงจูงใจ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าพบว่ามีหลากหลายแนวคิด ทฤษฎี ที่ได้ให้ความหมายและจำแนกองค์ประกอบไว้หลากหลาย ได้แก่

Haywood (1986) ได้เสนอแนวคิดแรงจูงใจในงาน โดยมีแนวคิดว่าคุณคนมีแนวโน้มที่จะแสดงสภาวะแรงจูงใจเฉพาะอย่างไม่ว่าสถานการณ์ใด ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับคุณลักษณะ ทางบุคลิกภาพที่ค่อนข้างคงตัว แรงจูงใจตามแนวคิดนี้จึงเป็นการประพฤติ การทำงาน การเรียนรู้ การแก้ปัญหา การเสาะแสวงหา และการปรับประสพการณ์ใหม่ ๆ พากเพียรในงาน และประมวผลข้อมูลเพื่อความพึงพอใจทางจิตใจในการทำสิ่งเหล่านี้มากกว่าโอกาสที่จะได้รับความมั่นคงจากรางวัลภายนอกงาน Haywood and Switzky ได้กล่าวถึงระบบสิ่งจูงใจ (Incentive System) ที่ทำให้คนอาจแปรเปลี่ยนจากสถานการณ์หนึ่งไปยังอีกสถานการณ์หนึ่งในวิถีทางที่บุคคลแสวงหา หรือตอบสนองสิ่งจูงใจภายในหรือภายนอกงาน โดยที่ Haywood ได้เสนอว่า แนวโน้มที่จะตอบสนองหรือเสาะแสวงหาสิ่งจูงใจเช่นนั้น บ่งบอกลักษณะของบุคคลได้ทุกสถานการณ์ สามารถวัดได้ และเป็นลักษณะที่ค่อนข้างคงตัวในบุคคล ดังนั้น งานของเฮย์วูด (Haywood) และคณะจะเป็นตัวแปรลักษณะแรงจูงใจที่มีต่อสิ่งจูงใจภายในงานและ ภายนอกงาน (orientation toward task - intrinsic versus task - extrinsic incentives) ประกอบเป็นคุณลักษณะบุคลิกภาพ Haywood and Switzky กล่าวว่าทุกคนจะมีแรงจูงใจทั้งสองชนิด นั่นคือ ตอบสนองต่อสิ่งจูงใจทั้งสองชนิดในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน โดยที่ตัวแปรคุณลักษณะ หมายถึง ความสมดุลเชิงเปรียบเทียบสัมพันธ์ (Relative Balance) ของตัวบุคคลนั้นที่มีต่อแรงจูงใจทั้งสองประเภทในการเลือกสิ่งจูงใจ ในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน บุคคลมีแนวโน้มที่จะแสวงหาและตอบสนองต่อสิ่งจูงใจที่แตกต่างกัน ไม่มีใครที่จะมีแรงจูงใจภายในหรือแรงจูงใจภายนอกที่บริสุทธิ์เพียงอย่างเดียว ซึ่งแนวคิดแรงจูงใจในงานนี้ได้มาจากทฤษฎีสองปัจจัยของแรงจูงใจในงานที่สร้างโดย Herzberg ที่ศึกษาความพึงพอใจและไม่พึงพอใจในงานของคนงานอุตสาหกรรม โดยการสอบถามคนงานให้นึกถึงเวลาที่คนงานพอใจในงานและศึกษาถึงเวลาที่คนงานไม่พึงพอใจในงาน ซึ่งช่วงเวลาที่คนงานไม่พึงพอใจจะประกอบไปด้วย การจ่ายเงินที่ต่ำ สภาวะการทำงานที่แย ไม่สบาย ไม่มีสุขลักษณะที่ดี มีความอันตรายขาดความมั่นคงปลอดภัยในการทำงาน ซึ่งเงื่อนไขเหล่านี้อยู่นอกตัวงาน ในช่วงที่คนงานแสดงความพึงพอใจในงาน แทนที่

คนงานจะอ้างถึงข้อตรงข้ามของสภาวะภายนอกงานที่ไม่พึงพอใจ คนงานระบุตัวแปรภายในงาน ได้แก่ ความพึงพอใจทางจิตใจที่อิสระในการทำงาน โอกาสที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ โอกาสที่จะสร้างสรรค์ รับผิดชอบ หรือมีประสบการณ์ มีสุนทรียะในงาน และแนวคิดแรงจูงใจในแบบจำลองความสามารถ โอกาส แรงจูงใจ และพฤติกรรม (Capability Opportunity Motivation and Behaviour : COM-B) ของ Susan Michie และคณะ (2014) ได้กล่าวถึงแรงจูงใจของบุคคลซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมไว้ว่า แรงจูงใจนั้นเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคลที่เกิดขึ้นและมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมเป้าหมาย ซึ่งมีส่วนกระตุ้น ผลักดัน ให้กับบุคคลที่มีความต้องการจะปรับปรุง เปลี่ยนแปลงที่จะพัฒนาตนเอง โดยประกอบไปด้วย 2 ด้าน ได้แก่ แรงจูงใจ ไตร่ตรอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเชื่อ กระบวนการคิดทบทวน และพิจารณาอย่างรอบคอบของบุคคล รวมไปถึงการวางแผนที่จะแสดงออกของพฤติกรรม และแรงจูงใจสะท้อนกลับ ได้แก่ ความต้องการ ความปรารถนา และแรงกระตุ้นจากภายในของบุคคล ซึ่งส่งผลให้บุคคลแสดงออกถึงพฤติกรรมนั้น ๆ

ทฤษฎีแรงจูงใจ

ทฤษฎีแรงจูงใจ ได้มีนักวิชาการมากมายได้กำหนดแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจ โดยทฤษฎีที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายมาจนถึงปัจจุบัน ผู้วิจัยได้นำมาสรุปไว้ดังนี้

1. ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ มาสโลว์ (Maslow's Need Hierarchy Theory) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ โดยทฤษฎีของ มาสโลว์ (Maslow, 1970) ถือว่าเป็นทฤษฎีพื้นฐานที่สุดที่เมื่อกล่าวถึงเรื่องแรงจูงใจ ตามแนวคิดมาสโลว์ได้อธิบายความต้องการของบุคคลสามารถเรียงลำดับขั้นได้จากต่ำไปสูง ได้แบ่งลำดับขั้นความต้องการ (The hierarchy of psychological need) ออกเป็น 5 ขั้น ได้แก่

1.1 ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological Needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของลำดับขั้นความต้องการความต้องการพักผ่อน รวมถึงความต้องการปัจจัยสี่ เพื่อความอยู่รอด (Survival) ซึ่งเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของคน เช่น ความต้องการอาหาร ความต้องการน้ำ อากาศ อุณหภูมิที่พอเหมาะ ความต้องการทางเพศ และส่วนใหญ่จะมีความต้องการอยู่ในระดับนี้มากที่สุด

1.2 ความต้องการความปลอดภัย (Safety Needs) เป็นความต้องการขั้นที่สองเกิดขึ้น เมื่อความต้องการด้านร่างกายและได้รับการตอบสนองแล้วการมีบ้านที่อยู่อาศัยเพื่อเป็นความต้องการ ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตการได้มีงานทำการได้รับการปกป้องจากภัยอันตรายทั้งด้านร่างกายและ จิตใจ

1.3 ความต้องการทางสังคม (Social Needs) เป็นความต้องการขั้นที่ 3 จะเกิดขึ้นต่อเมื่อขั้นของความต้องการความปลอดภัยได้รับการตอบสนองแล้ว ซึ่งเป็นความต้องการความรัก การมีเพื่อน การได้รับความเข้าใจ การมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับจากคนอื่น และความรู้สึกมีส่วนร่วมในกลุ่มของความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการความปลอดภัย และความต้องการทางสังคม รวมเรียกว่า ความต้องการที่ขาดแคลนหรือไม่สมบูรณ์ (Deficiency Needs) Maslow มีแนวคิดว่าหากความต้องการเหล่านั้นไม่ได้รับการตอบสนอง คนจะไม่สามารถพัฒนาเป็นคนที่สมบูรณ์ได้ (Healthy) ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในทางกลับกัน ความต้องการขั้นสูงอีก 2 ขั้นขึ้นไปนั้น คือความต้องการได้รับการนับถือและความต้องการพัฒนาศักยภาพของตนเองตามความเป็นจริง เรียกว่าเป็นความต้องการเจริญงอกงาม (Growth Needs) หากความต้องการเหล่านี้ได้รับการตอบสนองและจะช่วยให้คนเติบโตและพัฒนาศักยภาพของพวกเขาอย่างสูงที่สุด

1.4 ความต้องการได้รับการนับถือ (Esteem Needs) การนับถือตนเอง ความต้องการที่จะเป็นตัวของตัวเองและต้องการที่จะประสบความสำเร็จมีเกียรติหรือมีชื่อเสียงองค์ประกอบต่าง ๆ ที่แสดงว่าได้รับการยกย่องนับถือ เป็นความต้องการขั้นที่สี่เกิดเมื่อความต้องการทางสังคมได้รับการตอบสนอง การเห็นว่าตนเองมีคุณค่า

1.5 ความต้องการพัฒนาศักยภาพตนเองตามความเป็นจริง (Self-Actualization Needs) หรือความต้องการความสำเร็จในชีวิตของตน เป็นความต้องการขั้นสูงสุดของ Maslow เกิดขึ้นเมื่อความต้องการขั้นต่ำกว่าได้รับการตอบสนองแล้ว คือ ความต้องการเพื่อตระหนักรู้ความสามารถของตนตามสภาพที่เป็นจริงจึงเข้าใจถึงความต้องการ

2. ทฤษฎีแรงจูงใจในไฟล์สมฤทธิ์ของแมคเคลแลน (McClelland, 1961) ซึ่งเชื่อว่าความต้องการของคนมาจากการเรียนรู้มากกว่าอย่างอื่น ความต้องการที่เกิดจากการเรียนรู้มีอิทธิพลสูงใจ หมายถึง ความต้องการทำงานที่ตนเองได้รับมอบหมายสำเร็จ ซึ่งเมื่อทำงานสำเร็จก็จะเป็นแรงกระตุ้นให้การทำงานครั้งต่อไปสำเร็จต่อไปทำให้คนแสดงหรือประพฤติปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของตนเองและทฤษฎีนี้เน้นอธิบายการจูงใจของบุคคลที่กระทำการเพื่อให้ได้ซึ่งความต้องการความสำเร็จมิได้หวังรางวัลตอบแทนจากการกระทำของเขา ซึ่งความต้องการความสำเร็จทางด้านการทำงาน แมคเคลแลนได้สรุปคุณลักษณะของคนที่มีแรงจูงใจในการที่จะเข้าใจถึงพฤติกรรมของบุคคลได้ดังนี้

2.1 ความต้องการความสำเร็จ (Need for achievement: nach) เป็นความต้องการ จะเห็นผลงาน เป็นความต้องการที่จะบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ต้องการบรรลุมาตรฐานที่ดีเลิศ (Standard of Excellence) ลักษณะคนที่มีความต้องการความสำเร็จหรือแรงจูงใจไฟล์สมฤทธิ์สูง

คือ เป็นคนที่มีความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะรับภาระหรือความรับผิดชอบในการทำงาน และสนุกกับการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้นต้องการแข่งขันกับตัวเองต้องการประสบความสำเร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในงานที่ยากและท้าทาย ต้องการทำสิ่งที่ดีกว่าคนอื่นแสวงหาสถานการณ์ที่เขาสามารถที่จะรับผิดชอบในการหาทางแก้ปัญหาได้มีการตั้งเป้าหมายไว้สูงกว่าปกติชอบเสี่ยงกับเป้าหมายนั้นต้องการทราบข้อมูลย้อนกลับว่ามีความก้าวหน้าหรือไม่

2.2 ความต้องการความผูกพัน (Need for affiliation: naf) เป็นความต้องการยอมรับจากบุคคลอื่น ต้องการรักษาสัมพันธภาพที่สนิทสนมใกล้ชิดกับคนอื่น ต้องการสัมพันธ์หรือแรงจูงใจใฝ่สัมพันธสูง คือ มีความปรารถนาต่อการยอมรับสูง ความเชื่อมั่นหรือกำลังใจ มีแนวโน้มที่จะปรับตัวเข้ากับผู้อื่นเป็นคนที่มีความใส่ใจในความรู้สึกของผู้อื่นอย่างจริงใจ เห็นความสำคัญต่อความรู้สึกของผู้อื่นต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

2.3 ความต้องการอำนาจ (Need for power: npow) เป็นความต้องการที่จะรับผิดชอบ ในการควบคุมผู้อื่นหรือโน้มน้าวผู้อื่นให้ทำในสิ่งที่ตนต้องการ ต้องการงานให้เหนือกว่าบุคคลอื่น และจะกังวลเรื่องอำนาจมากกว่าการทำงานให้มีประสิทธิภาพหรือไม่ทำในสิ่งที่ตนต้องการ มีความปรารถนาที่จะมีอิทธิพลต่อผู้อื่น และมีกิจกรรมในการควบคุมเหนือผู้อื่น

3. ทฤษฎีการจูงใจของแมคเกรเกอร์ (McGregor's Theory X and Theory Y)

McGregor (1969) ได้ทำการศึกษาวิจัยพฤติกรรมการทำงานของมนุษย์ และได้สร้างทฤษฎีการจูงใจในการทำงานเป็น 2 ทฤษฎี ดังนี้

ทฤษฎี X ทฤษฎีนี้มองความเป็นมนุษย์ในแง่ไม่ดี สรุปแนวคิดที่สำคัญของทฤษฎีนี้ได้เป็น 3 ประการ ได้แก่

1) ธรรมชาติของมนุษย์ที่แท้จริงนั้น มนุษย์ไม่ชอบทำงาน หากมีโอกาส หลีกเลียงได้ก็จะพยายามหลีกเลียง

2) วิธีที่จะทำให้มนุษย์ทำงานได้นั้นต้องใช้วิธีบังคับควบคุม ช่มชู้ สั่งการ และลงโทษ เพื่อให้งานบรรลุวัตถุประสงค์

3) มนุษย์ส่วนใหญ่ชอบเป็นผู้ตามมากกว่าผู้นำ และพยายามหลีกเลียงความรับผิดชอบไม่ค่อยหวังความก้าวหน้า ทะเยอทะยานน้อยแต่สิ่งที่ต้องการมากเหนืออย่างอื่นคือ ความมั่นคงปลอดภัย จากแนวคิดที่มองว่ามนุษย์ไม่ดีดังกล่าว จึงเห็นได้ว่าผู้ที่เชื่อตามแนวคิดของ ทฤษฎีนี้ หากจะมอบหมายให้ใครทำงานอะไร จึงต้องมีหัวหน้างานคอยควบคุมบังคับบัญชาเพราะเห็นว่าถ้าไม่มีหัวหน้าบังคับบัญชาหรือไม่มีใครมาชี้แจงสั่งการงานก็มักไม่เดินการที่มีหัวหน้ามาบังคับบัญชาใน

ความหมายของกลุ่มนี้คือการว่ากล่าวและลงโทษ เหตุที่ต้องทำดังนี้โดยมีเหตุผลว่าพื้นฐานของคนมักเกียจคร้านและขาดความรับผิดชอบ คือทฤษฎีในกลุ่มนี้จะมองมนุษย์ในแง่ลบเป็นส่วนใหญ่

ทฤษฎี Y ทฤษฎีนี้มองความเป็นมนุษย์ในแง่ดีแนวคิดของทฤษฎีนี้สรุปสาระสำคัญได้ 6 ประการ ดังต่อไปนี้

1) โดยธรรมชาติของมนุษย์ส่วนใหญ่มีความมานะ พยายามทั้งทางจิตใจและร่างกาย ความพยายามมีคู่กับความเป็นมนุษย์ เช่นเดียวกับการพักผ่อน หรือการแสวงหาความเพลิดเพลิน มนุษย์ มิได้รังเกียจการทำงาน เห็นว่างานช่วยสนองความต้องการของตน และเห็นว่าบางครั้งบางคราวที่มนุษย์จำต้องหลีกเลี่ยงงานนั้นน่าจะเนื่องมาจากลักษณะการควบคุมของหัวหน้างาน หรืออำนาจการควบคุมจากภายนอก

2) การทำให้ผลงานบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร อาจไม่จำเป็นต้องใช้การควบคุม และบังคับการให้โอกาสคนงานได้ทำงานในบรรยากาศที่เขาเป็นตัวของตัวเอง และยอมรับในวัตถุประสงค์ของงานได้จะส่งผลให้งานบรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

3) มนุษย์โดยทั่วไปให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นกลุ่มเป็นทีมเป็นคณะทำงาน อยู่แล้วดังตัวอย่างที่เห็นในบางประเทศ หรือบางท้องถิ่นนิยมมารวมกลุ่มทำงานด้วยกัน เรียกว่า ประเพณีลงแขกในสมัยโบราณ

4) มนุษย์มักยึดมั่นกับวัตถุประสงค์ของงานเมื่อทำงานสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของงาน แต่ละอย่างจะเกิดความรู้สึกพอใจ สมใจ เกิดความพยายามในการทำงานมากขึ้นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรโดยส่วนรวม

5) มนุษย์เกิดการเรียนรู้จากสถานการณ์ที่เหมาะสมพร้อมต่อการยอมรับในความรับผิดชอบของตน และพร้อมต่อการแสวงหาความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น ใครก็ตามที่หลีกเลี่ยงความรับผิดชอบ ขาดความทะเยอทะยานและแสวงหาความมั่นคง ความปลอดภัยอย่างเดียวน่าจะไม่ใช่ว่าลักษณะที่แท้จริงของเขา การกระทำนั้น ๆ น่าจะเนื่องมาจากอิทธิพลของสิ่งผลักดันบางอย่าง

6) บุคคลในองค์กรแต่ละคน มักมีคุณลักษณะในตัวด้วยกันทั้งนั้น ในด้านความสามารถทางการคิด ความฉลาด การสร้างจินตนาการ และความคิดสร้างสรรค์

โดยจากการค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในข้างต้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะนำองค์ประกอบแรงจูงใจตามแนวคิดของแบบจำลองความสามารถ โอกาส แรงจูงใจ และพฤติกรรม (Capability Opportunity Motivation and Behaviour : COM-B) ของ (Michie et al., 2014.) มาใช้ในการศึกษาวิจัยแรงจูงใจของบุคลากรสุขภาพในครั้งนี เนื่องจากเป็นแนวคิดใหม่และยังไม่มีพบการศึกษาวิจัยในกลุ่มบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

องค์ประกอบของแรงจูงใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า มีนักวิชาการในต่างประเทศได้แบ่งองค์ประกอบของแรงจูงใจไว้ 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) ทิศทาง หรือเป้าหมาย (Direction) คือสิ่งที่เราเลือกจะกระทำจากหลากหลายทางเลือกที่จะเป็นไปได้ 2) ความเข้ม (Intensity) เป็นความชัดเจน หรือความพยายามในการตอบสนองตามทางเลือกที่จะเป็นไปได้ 3) ความคงอยู่ (Persistence) ความคงอยู่ของพฤติกรรม และระยะเวลาที่คนเราจะมี ความพยายามในการแสดงพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง (Ivancevich, 1990) ในด้านของ Michie et al. (2014) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของแรงจูงใจประกอบไปด้วย 2 ด้าน ได้แก่ 1) แรงจูงใจไตร่ตรอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับเชื้อ กระบวนการคิดทบทวน และพิจารณาอย่างรอบคอบของบุคคล รวมไปถึงการวางแผนที่จะแสดงออกของพฤติกรรม 2) แรงจูงใจสะท้อนกลับ ได้แก่ ความต้องการ ความปรารถนา และแรงกระตุ้นจากภายในของบุคคล ซึ่งส่งผลให้บุคคลแสดงออกถึงพฤติกรรมนั้น ๆ ในส่วนของนักวิชาการไทย ได้ศึกษาและกำหนดองค์ประกอบของแรงจูงใจ ดังเช่น (เทพนม เมืองแมน และสรวง สุวรรณ, 2529) ได้กล่าวถึงแรงจูงใจว่าเกิดขึ้นจากองค์ประกอบ 3 อย่างที่ปฏิสัมพันธ์กัน และมีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน ประกอบด้วย 1) ความต้องการ (Need) คือ ความไม่เพียงพอ หากมองในภาวะสมดุลของมนุษย์ ความต้องการที่เกิดขึ้น เมื่อมีความไม่สมดุลทางด้านร่างกายและจิตใจ ยกตัวอย่างเช่น ความต้องการอาหารเกิดขึ้น เมื่อเซลล์ในร่างกายขาดอาหาร 2) แรงขับ (Drive) แรงขับจะถูกสร้างขึ้นเพื่อบรรเทาความต้องการให้ลดน้อยลง ซึ่งเราอาจให้ความหมายของแรงขับได้ว่าเป็นพฤติกรรมที่จูงใจให้กระทำ ตัวอย่างของความต้อการน้ำอาหารจะถูกแปลงออกมาในรูปของแรงขับของความกระหาย และความหิว ความต้องการมีเพื่อนพ้อง ซึ่งจะแปลงออกมาในรูปของแรงขับที่ต้องการจะมีคนคบหาสมาคมเป็นพวกพ้องด้วย 3) เป้าหมาย (Goals) เป้าหมายที่ใช้ในวงจรของการจูงใจ คือ สิ่งใดสิ่งหนึ่งที่จะเป็นอะไรที่บรรเทาความต้องการ และลดแรงขับให้น้อยลงได้ ดังนั้นการได้รับเป้าหมายนั้น ๆ จะหมายความว่า การทำให้สภาพร่างกาย หรือจิตใจฟื้นฟูสู่สภาพที่มีความสมดุล และจะลดหรือขจัดแรงขับให้หมดไป การกินอาหาร ดื่มน้ำ การมีเพื่อนจะมีหน้าที่เสมือนเป็นการฟื้นฟูสภาวะและลดแรงขับเกี่ยวกับสิ่งนั้น ๆ ลงได้ สอดคล้องกับดาร์วิน ปฏิเมธีภรณ์ (2556) แบ่งแรงจูงใจออกได้เป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ทิศทางหรือเป้าหมาย (Direction) หมายถึง การกำหนดเป้าหมายหรือมีการเลือกแนวทางที่จะเป็นไปได้ในหลายๆ ทางเลือก 2) ความเข้ม (Intensity) หมายถึง ความชัดเจนของบุคคลนั้น ที่มีความพยายามที่จะทำการตอบสนองจากสิ่งที่บุคคลนั้นได้ทำการเลือกไว้ 3) ความคงอยู่ (Persistence) หมายถึง ความคงอยู่ของพฤติกรรม และ ระยะเวลาในการที่บุคคลนั้นจะมีความพยายามในการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ อย่างต่อเนื่อง

การวัดแรงจูงใจ

การวัดแรงจูงใจภายในมีนักวิชาการได้พัฒนาแบบวัดหลากหลายรูปแบบ ซึ่งสามารถวัดได้จากการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมา หรือวัดจากแบบสอบถาม โดย (Deci, 1990) ได้พัฒนาทฤษฎีการประเมินทางการรู้คิดของแรงจูงใจ พัฒนาการวัดคุณลักษณะเพื่อประเมินสาเหตุของพฤติกรรมของผู้ใหญ่ ชื่อ General Causality Orientation Scale ซึ่งประกอบด้วย 3 มาตรการที่มีการให้คะแนนเป็นอิสระต่อกัน ได้แก่ 1) มาตรการวัดความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy Orientation) คือ บุคคลที่ได้คะแนนสูงในมาตรานี้เป็นผู้มีประสบการณ์การเลือกสูง เกี่ยวข้องกับการริเริ่มและกำหนดพฤติกรรมของตนเอง บุคคลเหล่านี้เชื่อว่าตัวเองเป็นจุดเริ่มต้น (Origins) ของพฤติกรรมในตนเอง 2) มาตรการควบคุม (Control Orientation) บุคคลที่ได้คะแนนสูงในมาตรานี้ มองโลกซึ่งอาจเป็นสภาพแวดล้อมหรือสิ่งที่อยู่ภายในตัวเองเป็นสิ่งที่ควบคุมพฤติกรรมของบุคคลเหล่านี้ในระบบ 3) มาตรการที่ไม่ใช่ส่วนบุคคล (Impersonal Orientation) บุคคลที่ได้คะแนนสูงในมาตรานี้ แสดงว่าพฤติกรรมของเขาอยู่นอกเหนือการควบคุมของเขา Deci and Ryan ไม่ได้เสนอการวัดแรงจูงใจภายในและภายนอก แต่ได้พยากรณ์ความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุและแรงจูงใจภายในกับภายนอกโดยเสนอว่า บุคคลที่มีแนวทางเป็นตัวของตัวเองมักจะถูกลงใจภายใน และบุคคลที่มีแนวทางการควบคุมมักจะถูกลงใจภายนอก เช่นเดียวกันกับบุคคลที่มีแนวทางที่ไม่ใช่ส่วนบุคคล มักจะถูกลงใจภายนอก นอกจากนี้ Amabile et al. (1994) ได้เสนอแบบสำรวจความชอบในการทำงานเพื่อประเมินความแตกต่างระหว่างบุคคลในเรื่องแรงจูงใจ โดยแบบสำรวจนี้วัดองค์ประกอบหลักของแรงจูงใจภายใน 5 ด้าน ได้แก่ 1) การลิขิตของตนเอง ได้แก่ ความชอบในการเลือกและเป็นตัวของตัวเอง 2) ความสามารถ ได้แก่ ความรู้ความสามารถและความชอบสิ่งที่ท้าทาย 3) ความเกี่ยวข้องกับงาน ได้แก่ การซึมซับในงานและการหลงใหลในงาน 4) ความอยากรู้อยากเห็น ได้แก่ ความชอบในเรื่องความซับซ้อน 5) ความสนใจ ได้แก่ ความเพลิดเพลินและความสนุกสนาน แบบสำรวจที่ Amabile et al. (1994) สร้างขึ้น เป็นมาตราวัดประเมินค่า 4 ระดับตั้งแต่ 1 ไม่จริงเลย ไปจนถึง 4 จริงที่สุด โดยข้อคำถามต่าง ๆ สร้างขึ้นเพื่อวัดแรงจูงใจทั่วไป เน้นให้ผู้ตอบคำนึงถึงงานของผู้ตอบ โดยข้อคำถามต่าง ๆ มีจำนวนข้อที่ถามเกี่ยวกับแรงจูงใจซึ่งมีข้อคำถามทั้งทางบวก และทางลบ เพื่อหลีกเลี่ยงความโน้มเอียงในการตอบแบบเดียวกัน อังคินันท์ อินทรกำแหงและวรสรณ์ เนตรทิพย์ (2554) ได้พัฒนาแบบวัดแรงจูงใจในงานขึ้นโดยลักษณะของแบบวัดเป็นแบบสอบถาม แบบมาตรวัดประเมินค่า 5 ระดับ (มากที่สุด 5 คะแนน จนถึงน้อยที่สุด 1 คะแนน) ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบ 2 ด้าน ได้แก่ แรงจูงใจภายใน และแรงจูงใจภายนอก จำนวน 10 ข้อ โดยมีค่าอำนาจ

จำแนกของแรงงูใจภายในอยู่ระหว่าง 0.650 – 0.755 แรงงูใจภายนอกอยู่ระหว่าง 0.525 – 0.678 และค่าความเชื่อมั่นของข้อคำถามทั้งฉบับอยู่ที่ 0.896

ดังนั้น การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้แบบวัดแรงงูใจในงานของ อังคินันท์ อินทรกำแหง และวรรณ เนตรทิพย์ (2554) โดยจะนำมาปรับปรุงข้อคำถามให้สอดคล้องแนวคิดทฤษฎีแรงงูใจที่ใช้กับนิยามเชิงปฏิบัติการและกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา

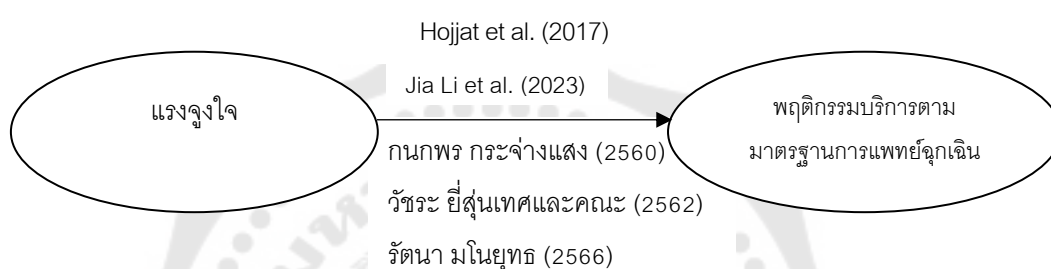
งานวิจัยแรงงูใจ และพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน

ในการประมวลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาแรงงูใจกับพฤติกรรมบริการยังไม่พบว่า มีนักวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน แต่มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่น ดังนี้

Hojjat et al. (2017) ได้ทำการศึกษาแรงงูใจของพยาบาลที่ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินและการศึกษาทางด้านการแพทย์ฉุกเฉินในภาคตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศอิหร่าน จำนวน 275 คน โดยผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางด้านแรงงูใจนั้นมีความสำคัญต่อการพัฒนาการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ ดังนั้นควรมีการกำหนดนโยบายทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่นในการส่งเสริมและพัฒนาแรงงูใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้บริการที่ดี (Li, 2023) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงงูใจในการทำงานและการบริการสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมูลฐานของประเทศจีน โดยผลการศึกษาพบว่า แรงงูใจในการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อการใช้เวลาในการบริการด้านสาธารณสุข (β : -1.01, $p < 0.05$) นอกจากนี้ กนกพร กระจำแสง วิโรจน์ เจษฎาลักษณ์ (2560) ได้ศึกษาอิทธิพลของแรงงูใจในการทำงานที่ส่งผลต่อคุณภาพของการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม ซึ่งรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 265 คน ใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามมีทั้งหมด 6 ส่วน ค่าความเที่ยงอยู่ระหว่าง .950 - .954 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า แรงงูใจในการทำงานมีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม โดยสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงได้ร้อยละ 23.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกันกับ วรเชษฐ์ ยี่สุนเทศ ทศพร มะหะหมัด จอมขวัญ ถิ่นใหญ่ (2562) ที่ศึกษาแรงงูใจที่มีผลต่อขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดสมุทรปราการของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการและหัวหน้างาน จำนวน 206 คน ใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.961 ผลการวิจัยพบว่า แรงงูใจมีอิทธิพลต่อขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานในระดับมาก ที่ระดับความเชื่อมั่น .05 และ รัตนา มโนยุทธ (2566) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผล

ต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลนครศรีธรรมราช ซึ่งผลการวิจัยพบว่า แรงจูงใจในการทำงานสามารถร่วมกันทำนายประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลได้ ร้อยละ 75.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ซึ่งพบว่าแรงจูงใจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริการ หรือการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า หากบุคลากรสุขภาพมีระดับแรงจูงใจที่สูงจะส่งผลให้มีพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินที่สูงเช่นกัน ดังภาพประกอบ



3.2 ความฉลาดทางอารมณ์

ความหมายของความฉลาดทางอารมณ์

ความฉลาดทางอารมณ์ หรือ EQ เป็นคำที่ย่อมาจากคำว่า Emotional Quotient หรือ Emotional Intelligence (EI) เริ่มเป็นที่รู้จักอย่างเป็นวงกว้าง เมื่อ Goleman (1995) ได้เขียนหนังสือเรื่อง Emotional Intelligence : Why it can matter more than IQ ทำให้สังคมรู้จัก และเริ่มให้ความสนใจในความสำคัญของอารมณ์ว่าเป็นส่วนหนึ่งของความฉลาดและความสำเร็จในชีวิตของบุคคล โดย Goleman ได้ให้ความหมายของความฉลาดทางอารมณ์ไว้ว่า เป็นความสามารถในการตระหนักรู้ถึงความรู้สึกของตนเองและความรู้สึกของผู้อื่น เพื่อการสร้างแรงจูงใจในตนเองบริหารจัดการอารมณ์ต่าง ๆ ของตนเอง และอารมณ์ที่เกิดจากความสัมพันธ์ต่าง ๆ ได้ ใกล้เคียงกับ Salovey and Sluyter (1997) ได้ให้ความหมายของคำว่า ความฉลาดทางอารมณ์ หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจและรับรู้อารมณ์ ความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น รู้จักเห็นใจและเข้าใจผู้อื่น สามารถบริหารจัดการกับอารมณ์ให้เป็นไปในทิศทางที่ส่งเสริมให้เกิดความสงบสุขและความสำเร็จในชีวิต และเป็นชาวนหนึ่งที่มีความสำคัญและส่งผลต่อความสำเร็จของบุคคลนอกจากชาวนั้นปัญญา นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้นิยามของความฉลาดทางอารมณ์ว่า ความสามารถทางอารมณ์ที่จะช่วยให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างสร้างสรรค์และมีความสุข เช่นเดียวกับ สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา (2552) ได้ให้ความหมายของความฉลาดทางอารมณ์ไว้ว่า ความสามารถในการตระหนักรู้ถึงความรู้สึกของตนเองและความรู้สึกของผู้อื่น

สามารถควบคุมอารมณ์และแรงกระตุ้นภายใน รวมทั้งสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างถูกกาลเทศะ ตลอดจนสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีและดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ความฉลาดทางอารมณ์ในงานวิจัยครั้งนี้หมายถึง ความสามารถของบุคคลากรสุขภาพที่จะรับรู้เข้าใจในอารมณ์ความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นสามารถจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกตนเองและผู้อื่นได้ รวมถึงสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีและดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

องค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์ ทั้งในอดีตและปัจจุบันมีนักวิชาการทั้งในและต่างประเทศได้กำหนดองค์ประกอบ และโครงสร้างของความฉลาดทางอารมณ์ไว้ได้แก่ Goleman (1995) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์ซึ่งแบ่งไว้ 5 ด้านดังต่อไปนี้ 1) การตระหนักรู้ในตนเอง (Self - Awareness) หมายถึง การตระหนักรู้ตนเอง เป็นการรับรู้และเข้าใจความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเองตามความเป็นจริงและสามารถควบคุมอารมณ์ความรู้สึกของตนเองได้ 2) การจัดการอารมณ์ของตนเอง (Managing Emotions) คือ ความสามารถในการควบคุมจัดการกับความรู้สึก หรือภาวะอารมณ์ของคนที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์และสามารถควบคุมตนเองได้เพื่อไม่ให้เกิดความเครียด มีเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด สลับความวิตกกังวลที่รุนแรงต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว สามารถนำพาอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของตนให้กลับสู่ภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว 3) การจูงใจตนเอง (Motivating Oneself) เป็นความสามารถในการจูงใจตนเองสามารถควบคุมความต้องการและแรงกระตุ้นได้อย่างเหมาะสมสามารถรอคอยการตอบสนองความต้องการเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่ดีกว่ามองโลกในแง่ดีสามารถจูงใจและให้กำลังใจตนเองได้ 4) การเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น (Recognizing Emotions in Other) เป็นการรับรู้อารมณ์และความต้องการของผู้อื่น เห็นอกเห็นใจผู้อื่น เอาใจเขามาใส่ใจเราและสามารถแสดงออกได้อย่างเหมาะสม 5) การมีทักษะทางสังคม (Handling Relationships) หมายถึง ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและสามารถรักษาสัมพันธภาพไว้ได้เป็นอย่างดีซึ่งต่อมา Goleman (1998) ได้เสนอกรอบแนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์ (the Emotion Competence) ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คือ ความสามารถของบุคคล (Personal Competence) เป็นการบริหารจัดการตนเองประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ การตระหนักรู้ตนเอง การจัดการอารมณ์ตนเอง และการจูงใจตนเอง ส่วนที่ 2 คือ ความสามารถทางสังคม (Social Competence) เป็นการสร้างและรักษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ

การเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นและการมีทักษะทางสังคม นอกจากนี้ Salovey and Sluyter (1997) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับลักษณะของความฉลาดทางอารมณ์ โดยแบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ ดังนี้ 1) การรู้อารมณ์ตนเอง (Knowing One's Emotion) หรือการเข้าใจตนเองซึ่งเป็นกุญแจสำคัญของความฉลาดทางอารมณ์ที่จะช่วยให้เข้าใจอารมณ์ที่เกิดขึ้น และสามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ 2) บริหารจัดการกับอารมณ์ (Managing Emotion) การรับรู้อารมณ์ตนเองได้จะทำให้เกิดความเข้าใจตนเองที่จะช่วยให้ผ่อนคลายจากความตึงเครียดที่รุนแรง ความเศร้าโศกหรือสิ่งที่มารบกวนจิตใจเพราะความล้มเหลวในชีวิตล้วนมีพื้นฐานมาจากอารมณ์ทั้งสิ้น 3) การสร้างแรงจูงใจในตนเอง (Motivating Oneself) อารมณ์เป็นแรงจูงใจให้เกิดความคิดอย่างสร้างสรรค์ 4) การยอมรับอารมณ์ผู้อื่น (Recognizing Emotion in Others) เมื่อเราเข้าใจตนเองจะทำให้เราสามารถเข้าใจถึงอารมณ์ของผู้อื่นได้โดยเฉพาะบุคคลที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องกับผู้อื่น เช่น อาชีพ ครู พนักงานขาย และผู้จัดการซึ่งเป็นพื้นฐานของมนุษยสัมพันธ์ ทั้งนี้ข้อสังเกตองค์ประกอบของ ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ในต่างประเทศ พบว่ามีการศึกษาองค์ประกอบเสริมสร้างแรงจูงใจภายใน ซึ่งมีความใกล้เคียงกับตัวแปรคั่นกลางแรงจูงใจ (Motivation) ในโมเดล COM-B ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ในส่วนของประเทศไทยของกรมสุขภาพจิต (2543) ซึ่งมีการประยุกต์บางส่วนแนวคิดของ Goleman (1995) และ Salovey and Sluyter (1997) มาศึกษาและแบ่งองค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์ไว้ 3 ด้าน ตามบริบทของคนไทย คือ ด้านดี ด้านเก่ง และด้านสุข โดยในแต่ละด้านได้อธิบายไว้ ดังนี้

1. ด้านดี หมายถึง การที่สามารถควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเอง การเห็นใจผู้อื่น และมีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม ได้แก่ 1.1) ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเอง 1.2) การเห็นใจผู้อื่น คือ การใส่ใจผู้อื่น การเข้าใจและยอมรับผู้อื่น และการแสดงความเห็นใจอย่างเหมาะสม 1.3) ความรับผิดชอบ คือ การรู้จักการให้ รู้จักการรับ การรู้จักรับผิดชอบ รู้จักให้อภัยและการเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม

2. ด้านเก่ง หมายถึง การที่รู้จักการตัดสินใจและ แก้ปัญหาการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น แบ่งออกเป็น 2.1) ความสามารถในการรู้จัก คือการรู้ศักยภาพของตนเองการสร้างขวัญและกำลังใจให้ตนเองได้และการมี ความมุ่งมั่นที่จะไปให้ถึงเป้าหมาย 2.2) ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา คือ การรับรู้ และเข้าใจปัญหา การมีขั้นตอนในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม และการมีความยืดหยุ่น 2.3) การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น คือ การรู้จักการสร้างสัมพันธที่ดีกับผู้อื่น ความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม การแสดงความคิดเห็นที่ขัดแย้งได้อย่างสร้างสรรค์

3. ด้านสุข หมายถึง การที่บุคคลความภาคภูมิใจในตนเอง การมีความสุขทางใจ และความพึงพอใจในชีวิต แบ่งออกเป็น 3.1) ความภูมิใจในตนเอง กล่าวคือ การที่บุคคลนั้นเห็นคุณค่าในตนเอง และมีความเชื่อมั่นในตนเอง 3.2) ความพึงพอใจในชีวิต คือ การที่บุคคลรู้จักมองโลกในแง่ดีมีอารมณ์ขัน รวมถึงพอใจในสิ่งที่ตนมี 3.3) ความสงบทางใจ กล่าวคือ การที่บุคคลนั้นรู้จักและมีกิจกรรมที่สร้างความผ่อนคลาย ความสนุก และความสงบทางจิตใจ

โดยการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากการเป็นนักศึกษาในกลุ่มของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินในบริบทการแพทย์สุขภาพ และสาธารณสุขของประเทศไทย ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดและแบ่งองค์ประกอบความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงและสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายของการศึกษา

การวัดความฉลาดทางอารมณ์

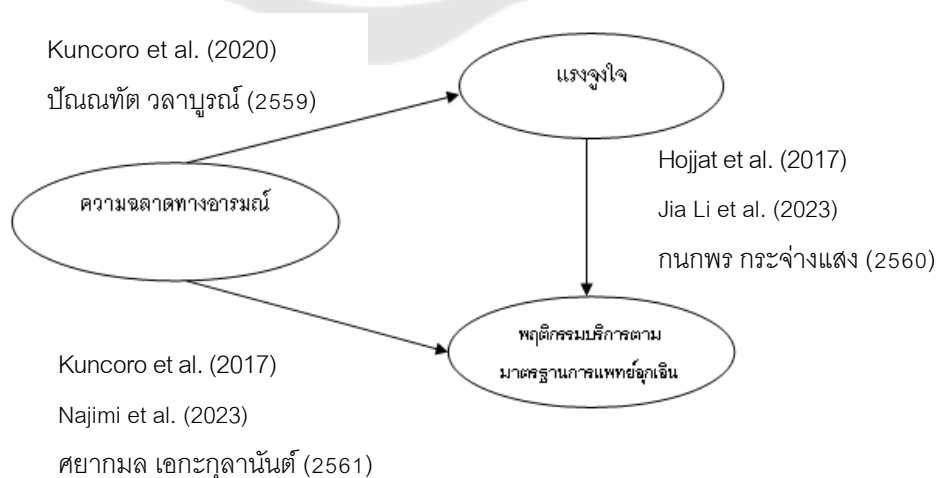
การวัดความฉลาดทางอารมณ์มีการวัดในหลายลักษณะ ทั้งในลักษณะของแบบทดสอบที่มีความเป็นปรนัย การให้รายงานตนเอง และแบบวัดเชิงอัตวิสัย (Objective, Self-report and Subjective measures) ยกตัวอย่างเช่น แบบวัดการให้รายงานตนเองของ สโลเวย์และคณะ ในปี ค.ศ. 1995 ได้สร้างเครื่องมือวัดที่ชื่อ Trait Meta – Mood Scale (TMMS) จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การใส่ใจในความรู้สึก ความชัดเจนของอารมณ์ และการปรับปรุงภาวะอารมณ์ โดยให้ผู้เข้าทดสอบรายงานว่าตนเองเห็นด้วยในแต่ละข้อความในระดับใด เป็นมาตรวัด 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ไปจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) แบบทดสอบวัดความฉลาดทางอารมณ์หรือเขาว์อารมณ์ของคูเปอร์และสว๊อฟ ในปี ค.ศ. 1997 ได้สร้างเครื่องมือ EQ Map วัดทักษะด้านเขาว์อารมณ์ของผู้บริหาร ประกอบด้วย 5 หมวด 21 ด้าน จำนวน 259 ข้อความ โดยให้ผู้ตอบคิดทบทวนเหตุการณ์ในรอบระยะเวลาที่ผ่านมาว่าคิดและรู้สึกอย่างไร และให้ตอบว่าตรงกับข้อความนั้นในระดับใด 4 ช่วง ในส่วนของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางอารมณ์โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ โกลด์แมน สโลเวย์และคณะ โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 52 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ 4 ลักษณะ ตั้งแต่ ไม่จริง จริงบางครั้ง ค่อนข้างจริง และจริงมาก ซึ่งกรมสุขภาพจิตได้จำแนกการประเมินแบบวัดเทียบตามเกณฑ์ปกติของคะแนนตามกลุ่มอายุที่กำหนด โดยงานวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้แบบวัดความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต นำมาปรับปรุงข้อคำถามให้เข้ากับกลุ่มตัวอย่าง และนำไปทดสอบเพื่อใช้วัดต่อไป

งานวิจัยความฉลาดทางอารมณ์ แรงจูงใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน

จากการที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม เอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีผลต่อการบริการ และประสิทธิภาพในการทำงาน ดังการศึกษาต่อไปนี้ Kuncoro and Putra

(2020) ได้ศึกษาโมเดลเชิงสาเหตุและอิทธิพลของความเป็นผู้นำ ความฉลาดทางอารมณ์ที่มีต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพนักงานในโรงพยาบาลอิสลาม ประเทศอินโดนีเซีย โดยมีแรงจูงใจภายในเป็นตัวแปรส่งผ่านผลการวิจัยพบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ($\beta = .402, P = .000$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการวิจัยของ Najimi et al. (2021) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์ ความรับผิดชอบต่อสังคม และการปฏิบัติงานในผู้ให้บริการด้านสุขภาพในประเทศอิหร่าน ซึ่งพบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ สอดคล้องกับ (ปัทมทัต วลาบุรณ์ เจริญวิทย์ สมพงษ์ธรรม สิทธิพร นิยมศรีสมศักดิ์, 2559) ที่ศึกษาพบว่า ความฉลาดทางอารมณ์กับแรงจูงใจในการทำงานของครูผู้สอนโรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดจันทบุรีสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 17 มีความสัมพันธ์กันในทางบวกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจากการทบทวนและศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวมาข้างต้น ผลการศึกษาแต่ละงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันซึ่ง พบว่าความฉลาดทางอารมณ์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริการ พฤติกรรมการทำงาน และประสิทธิภาพการปฏิบัติงานได้ ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความคาดหวังว่า บุคลากรสุขภาพที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงจะมีพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินที่สูงด้วยเช่นกัน

ดังนั้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ซึ่งพบว่าความฉลาดทางอารมณ์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริการ หรือประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่าหากบุคลากรสุขภาพมีระดับความฉลาดทางอารมณ์ที่สูงจะส่งผลให้มีพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินที่สูงเช่นกัน ดังภาพประกอบ



3.3 ปัจจัยค่าจูน แรงจูงใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ความหมายและองค์ประกอบของปัจจัยค่าจูน

ปัจจัยสุขอนามัย หรือปัจจัยค่าจูน (Hygiene Factor) เป็นปัจจัยหนึ่งในสองของ ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg (Herzberg's Two Factor Theory) ซึ่งทฤษฎีนี้ได้พัฒนามาจาก ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow (Abraham H. Maslow) ซึ่งกล่าวถึงความต้องการ พื้นฐานของมนุษย์ตั้งแต่ขั้นต่ำสุดถึงขั้นสูงสุด โดย Herzberg ได้ทำการศึกษาค้นคว้าพบทฤษฎีที่เป็น มูลเหตุที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและไม่พึงพอใจในงานที่เรียกว่า ปัจจัยจูงใจ - ปัจจัยค่าจูน (Motivation - Herzberg et al. (1959) ทำการศึกษาและ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติในการ ทำงานของวิศวกรและนักบัญชีที่เมืองพิตส์เบิร์ก (Pittsburgh) ในประเทศ สหรัฐอเมริกา จำนวน 200 คน โดยการสัมภาษณ์ว่ามีสิ่งใดที่ทำให้คนงานไม่มีความสุขหรือไม่พึงพอใจ มีสิ่งใดบ้างที่ทำให้ คนงานมีความสุขและพึงพอใจ และความรู้สึกพึงพอใจและไม่พึงพอใจในงานนั้นมีผลต่อการ ปฏิบัติงานหรือไม่ และจากผลการวิจัยสรุปว่า แรงจูงใจในการทำงานและความไม่พึงพอใจในงานนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นต่อเนื่องกันแต่เป็นคนละส่วนกัน และไม่มีความสัมพันธ์กัน ปัจจัยที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจใน การทำงานและความไม่พึงพอใจในงาน แบ่งเป็น 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยจูงใจ (Motivation factors) และ ปัจจัยค่าจูน (Hygiene factors) แต่ละปัจจัยประกอบไปด้วยความหมายและองค์ประกอบ ดังนี้

ปัจจัยจูงใจ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานโดยตรง ซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิด ความ พพอใจ และเป็นแรงจูงใจให้บุคคลในองค์การปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยปัจจัย จูงใจประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความสำเร็จของงาน (Achievement) หมายถึง การที่ บุคคลใช้พลังความสามารถทำงานจนบรรลุวัตถุประสงค์ใช้สติปัญญาจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นจน สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผลสำเร็จที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลเกิดความภาคภูมิใจ เกิดความพึงพอใจ เมื่อ บุคคลได้รับรู้ถึงความสำเร็จของตนเองก็จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความกระตือรือร้นที่จะ ปฏิบัติงานต่อไป 2) การยอมรับนับถือ (Recognition) หมายถึง การได้รับการยอมรับนับถือจาก ผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และบุคคลอื่นในสังคม โดยการรับจากพฤติกรรมที่ กลุ่มแสดงออกในรูปของการยกย่อง ชมเชย และเลื่อนขั้นเงินเดือน การประกาศเกียรติคุณรางวัลที่ เป็นสิ่งของหรือการแสดงออกอื่น ๆ 3) ความรับผิดชอบ (Responsibility) หมายถึง การได้รับ มอบหมายให้รับผิดชอบในภาระหน้าที่สำคัญ มีความรับผิดชอบที่ท้าทายความสามารถงานใหม่ ๆ ที่ไม่ใช่งานประจำ รวมถึงการได้รับอำนาจอย่างเพียงพอในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย 4) ความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน (Advancement) หมายถึง การได้รับ โอกาสก้าวหน้า ได้รับการ พัฒนาไปในทิศทางที่ตนเองต้องการ มีความก้าวหน้าไปในตำแหน่งที่สูงขึ้น มีโอกาสได้ศึกษาหา ความรู้เพิ่มเติม มีโอกาสได้รับการพัฒนาทักษะในการทำงานเพื่อพัฒนาตนเองให้มีความสามารถใน

การปฏิบัติงาน 5) ลักษณะงานที่ปฏิบัติ (Work Itself) หมายถึง ลักษณะงานที่น่าสนใจ งานไม่จำเจ งานที่ท้าทายความสามารถจะช่วยกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ งานที่น่าสนใจมีความแปลกใหม่ จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีโอกาสที่จะได้เรียนรู้ และศึกษา อย่างเต็มความรู้ความสามารถ ทำให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน มีความ ต้องการที่จะปฏิบัติงานนั้น ๆ และเกิดความผูกพันกับงาน งานที่มีความหลากหลาย พอประมาณ และงานที่มีความเป็นอิสระจะสร้างแรงจูงใจในการทำงานได้ สูงที่สุด

ปัจจัยห้าจุด เป็นปัจจัยที่มีใช้สิ่งจูงใจโดยตรงในการเพิ่มประสิทธิภาพ ในการทำงาน ตลอดจนไม่เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลกระตือรือร้นในการทำงานให้มากยิ่งขึ้น แต่เป็นข้อกำหนดเบื้องต้นที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความรู้สึกไม่พอใจในงาน ซึ่งสาเหตุอันเกิดจากสภาวะแวดล้อม โดยไม่เกี่ยวข้องกับส่วนประกอบของงานเลย ปัจจัยเหล่านี้ ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่

- 1) นโยบายการบริหารขององค์การ (Company Policy and Administration) ได้แก่ การวางแผนการบริหารงานขององค์การที่มีความชัดเจน การติดต่อสื่อสาร เชื้อต่อการประสานงาน และการปฏิบัติงานนโยบายการบริหารงานเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีผลต่อแรงจูงใจในการทำงาน
- 2) ความสัมพันธ์ที่ดี (Good Relationship) หมายถึง การติดต่อรวมทั้งไม่ว่าจะเป็นทางการ และไม่ เป็นทางการที่แสดงความสัมพันธ์อันดีต่อกัน สามารถทำงานร่วมกัน มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน
- 3) การปกครองบังคับบัญชา (Supervision) หมายถึง การบังคับบัญชาในการดำเนินงานที่มีความ ยุติธรรม มีความโอบอ้อมอารีและเป็นผู้ให้การปรึกษาที่ดีจะช่วยลดความไม่พึงพอใจ แก่ผู้ใต้บังคับบัญชา ผู้บังคับบัญชาไม่เพียงแต่มีหน้าที่ควบคุมดูแลงานให้สำเร็จเพียงอย่างเดียวแต่ ต้องมีวิธีการที่จะให้ผู้ใต้บังคับบัญชา มีความพึงพอใจและเต็มใจทำงานจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี
- 4) สภาพการทำงาน (Working Condition) หมายถึง สิ่งแวดล้อมในที่ทำงานสิ่งอำนวยความสะดวก ต่าง ๆ เช่น บรรยากาศ แสง เสียง ห้องพักผ่อน ตารางเวลา การทำงานความสะอาดของสถานที่ รวมถึงการจัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอและพร้อมที่จะใช้ได้ตลอดเวลา
- 5) เงินเดือน (Salary) หมายถึง ค่าตอบแทนหรือผลประโยชน์ที่ควรได้รับเหมาะสมกับงานที่ทำ ตลอดจนการเลื่อนขั้นเงินเดือนในหน่วยงานนั้นเป็นที่พอใจของบุคคลที่ปฏิบัติงาน
- 6) ความมั่นคงปลอดภัยในการทำงาน (Security) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความมั่นคงในการทำงาน ความมั่นคงขององค์การ ความมั่นคงตลอดอายุการทำงาน ลักษณะงานที่ไม่เสี่ยงต่ออันตราย จนเกินไป
- 7) ตำแหน่งงาน (Status) หมายถึง อาชีพนั้นเป็นที่ยอมรับนับถือของสังคมเป็นอาชีพที่มีเกียรติ และศักดิ์ศรี

โดยสรุปปัจจัยค่าจูนในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดนิยามว่าหมายถึง การรับรู้ของบุคลากรสุขภาพที่มีต่อปัจจัยภายนอกที่เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคลากรสุขภาพกระตือรือร้นในการทำงานมากยิ่งขึ้น และเป็นปัจจัยที่ป้องกันไม่ให้ตนเองเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในงาน

การวัดปัจจัยสุขอนามัยหรือปัจจัยค่าจูน

การศึกษาปัจจัยสุขอนามัยหรือปัจจัยค่าจูนตามทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg (Herzberg's Two Factor Theory) ผู้วิจัยโดยส่วนใหญ่จะศึกษาและพัฒนาเครื่องมือวัดผ่านตัวแปรแรงจูงใจในการทำงาน ตัวอย่างการศึกษาเช่นงานวิจัยของ แอบาดีและคณะ (Ebadi et al., 2019) ที่ศึกษาการออกแบบเครื่องมือสำหรับการประเมินความยืดหยุ่นของบุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉินในประเทอิหร่านและตรวจสอบคุณสมบัติไซโครเมตริกของเครื่องมือที่ออกแบบ โดยเป็นการศึกษาวิจัยในรูปแบบผสมวิธีทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (Mix - Method) เก็บข้อมูลการสัมภาษณ์กับกลุ่มผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 28 คน ผ่านตัวแปรอิสระ 6 ตัวแปร ได้แก่ แรงจูงใจในการทำงาน ความท้าทายในการสื่อสาร การสนับสนุนทางสังคม ความสงบนิ่ง การจัดการตนเอง และผลกระทบจากความเครียดในการปฏิบัติงาน และนำมาพัฒนาเป็นข้อคำถามในเชิงปริมาณ จำนวน 31 ข้อ เก็บข้อมูลเพื่อยืนยันในเชิงปริมาณกับกลุ่มผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 253 คน ซึ่งเป็นคำถามแรงจูงใจในการทำงาน จำนวน 18 ข้อ ตัวอย่างเช่น “ฉันจะพยายามนำส่งผู้บาดเจ็บฉุกเฉินไปยังศูนย์การแพทย์อย่างรวดเร็ว” และ “หลังภารกิจที่ยากลำบาก ฉันจะใช้อารมณ์ขันเพื่อให้สถานการณ์ต่าง ๆ ราบรื่น” เช่นเดียวกันกับ รัตตินาถ เพชรมณี (2559) ที่ศึกษาแรงจูงใจในการทำงาน บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง และความผูกพัน ต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวนกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 246 คน และพัฒนาเครื่องมือเป็นแบบสอบถามแบบประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด (4) ไปจนถึงน้อยที่สุด (1) โดยเป็นข้อคำถามแรงจูงใจในการทำงานภายใต้ทฤษฎี 2 ปัจจัยของ Herzberg จำนวน 36 ข้อ ตัวอย่างข้อคำถามด้านปัจจัยค่าจูน เช่น “เงินเดือนที่ท่านได้รับเหมาะสมกับค่าครองชีพในปัจจุบัน” และ “โรงพยาบาลมีการมอบหมายงานและความรับผิดชอบอย่างชัดเจน” และนัสรี ศุภมงคล (2565) ที่ศึกษาแนวทางการสร้างแรงจูงใจในการทำงานเพื่อเป็นสมาชิกที่ดีของพนักงานโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร โดยพัฒนาเครื่องมือแบบสอบถามแรงจูงใจในการทำงาน ทั้งปัจจัยจูงใจและปัจจัยค่าจูน และเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานของโรงพยาบาล จำนวน 197 คน เป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด (5) ไปจนถึง น้อยที่สุด (1) ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ “ท่านได้รับการยอมรับนับถือจากเพื่อนร่วมงาน” และ “ท่านได้รับความไว้วางใจในตำแหน่งงานที่ท่านปฏิบัติ” โดยผู้วิจัยจะนำข้อคำถามที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมไปปรับให้สอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการและบริบท

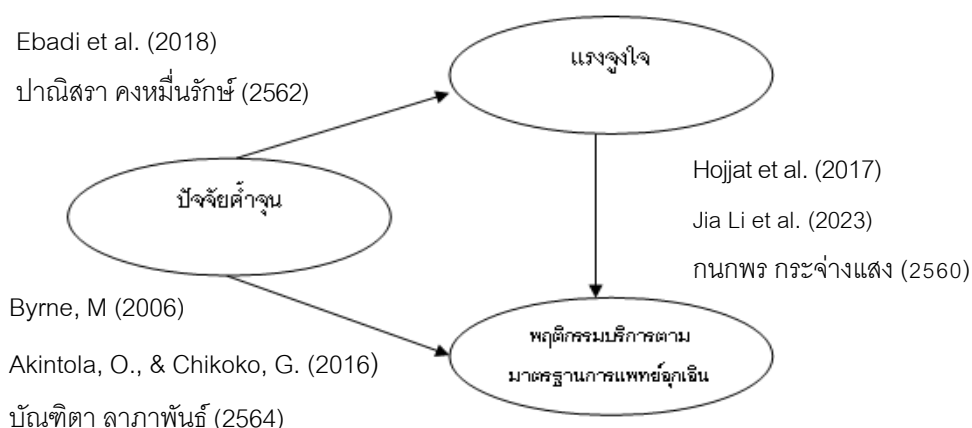
การให้บริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อพัฒนาแบบวัดตัวแปรปัจจัยคำจูนของบุคลากร
สุขภาพที่ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินต่อไป

งานวิจัยปัจจัยคำจูน แรงจูงใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐาน การแพทย์ฉุกเฉิน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยสุขอนามัยหรือปัจจัยคำจูนมี
อิทธิพลต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนี้

เบญจพร ปิยสิริวัฒน์ (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาล
วิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน เขต 2 กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างได้แก่
พยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 328 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยคำจูน
ในด้านความรับผิดชอบ การได้รับยอมรับ สภาพการทำงาน และลักษณะงาน สามารถร่วมกัน
พยากรณ์สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพได้ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 และสามารถอธิบายสมรรถนะ
พยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 53.20 สอดคล้องกับ บัณฑิตา ลาภาพันธ์ (2564) ศึกษาปัจจัยจูงใจและ
ปัจจัยคำจูนที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานระดับปฏิบัติการ
ห้างสรรพสินค้าสาขาชิดลม กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือพนักงานระดับปฏิบัติการใน
ห้างสรรพสินค้า จำนวน 287 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยคำจูนในการปฏิบัติงานด้านการได้รับการ
ยอมรับมีอิทธิพลทางบวกต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานด้านการปฏิบัติงานเป็นทีมและการ
ปฏิบัติงานร่วมมือกับผู้อื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถทำนายประสิทธิภาพการ
ปฏิบัติงานด้านการปฏิบัติงานเป็นทีมและการปฏิบัติงานร่วมมือกับผู้อื่นได้ร้อยละ 19.10

ดังนั้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพบว่าปัจจัยสุขอนามัยหรือ
ปัจจัยคำจูนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน หรือประสิทธิภาพการ
ปฏิบัติงานของบุคลากร ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่าหากบุคลากรสุขภาพมีระดับปัจจัยคำจูนในการ
ปฏิบัติงานที่สูงจะส่งผลให้มีพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินที่สูงเช่นกัน
จึงนำมาสู่การตั้งสมมติฐานการวิจัยดังภาพประกอบ



4. โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน

การออกแบบโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ ผู้วิจัยจะนำตัวแปรที่ค้นพบจากการวิจัยในระยะที่ 1 ซึ่งเป็นตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินมาพัฒนาเป็นโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Program) เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมากำหนดกิจกรรมการเรียนรู้และประยุกต์ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ ในการสร้างเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งผู้วิจัยได้พบงานวิจัยของ ไพโรจน์ เครือกาญจนา และคณะ (2554) ได้กำหนดกิจกรรมหลักของการช่วยเหลือและรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละหัวข้อของกิจกรรมหลักในการช่วยเหลือและรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมบริการของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital Care or EMS) มีรายละเอียดแต่ละกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. การป้องกันหรือการลดผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่ภาคประชาชน (prevention and mitigation)

1.1 การให้ความรู้ (education) แก่ประชาชน ดังนี้

1.1.1 การรณรงค์และให้การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้ร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ แข็งแรง ไม่เป็นโรค โดยเฉพาะโรคร้ายแรง/เรื้อรัง ซึ่งจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ง่าย

1.1.2 การป้องกันอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยฉุกเฉินสำหรับประชาชนทั่วไป เช่น การสร้างทัศนคติ และจิตสำนึกในการขับรถให้ปลอดภัย (เมาไม่ขับ ง่วงไม่ขับ การใส่หมวกกันน็อค การคาดเข็มขัดนิรภัย) การประกอบอาหารจัดเลี้ยงอย่างถูกสุขลักษณะ ความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อหรือโรคติดเชื้อร้ายแรงเฉียบพลัน เป็นต้น

1.1.3 การหลีกเลี่ยงสาเหตุหรือชนวน การป้องกันโรคหรืออาการกำเริบจากโรคเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนวิธีการหยุดยั้งอาการกำเริบให้ได้ทันเวลาที่ เช่น ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ควรรับประทานยาตามสั่งอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเหมาะสม หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายแบบฉุกเฉินหรือหนักเกินไป ระวังระวังการมีอารมณ์รุนแรงหรือเครียดเกินไป แต่หากเกิดอาการเจ็บหน้าอก คอหรือคางขึ้น ในเบื้องต้น ควรรับประทาน Isosorbide dinitrate ชนิดอมใต้ลิ้นทันที และปฏิบัติตามขั้นตอนในการแจ้งเหตุที่ถูกต้องเหมาะสม

1.2 การปรับปรุงหรือแก้ไขโครงสร้างต่างๆ (engineering) เพื่อช่วยป้องกันสาเหตุต่างๆ ที่อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การปรับปรุงจุดที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนเป็นประจำ โดยใช้ข้อมูลจาก Injury Surveillance

1.3 การกำหนดและการกำกับโดยกฎหมาย (enforcement) เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่ไม่สมควรต่างๆ (เมาไม่ขับ ใส่หมวกกันน็อค คาดเข็มขัดนิรภัย) การป้องกันฝุ่นหรือควัน (ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบในวงกว้างต่อผู้คนทั่วไปโดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรคประจำตัวของระบบทางเดินหายใจ)

2. การรับรู้ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและการปฐมพยาบาลของประชาชน และท้องถิ่น ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ โดยมีแนวทาง ดังนี้

2.1 การสอนให้ประชาชนทั่วไป มีความรู้ความเข้าใจหลักสูตรการปฐมพยาบาลและการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน (education and empowerment) ตั้งแต่ในชั้นการศึกษาระดับอนุบาลจนถึงอุดมศึกษา มีการรณรงค์และให้การฝึกอบรมเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่องให้แก่ประชาชนทั่วไป เพื่อที่จะสามารถมีผู้ที่จะมีความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชนในเบื้องต้นได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสมก่อนทีมแพทย์ไปถึง

2.2 การสร้างระบบชุมชนและความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ (Community and non-health personnel participation) ที่เข้มแข็ง เพื่อบรรเทาเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างไม่คาดหมาย รวมถึงการประเมินและระบบการกันพื้นที่เบื้องต้นเพื่อความปลอดภัยของเหตุการณ์ การทำโครงการ Public Access Defibrillation (PAD) เพื่อติดตั้งเครื่องกระตุกหัวใจอัตโนมัติ (Automated Electrical Defibrillator: AED) และอบรมให้ประชาชนทั่วไปให้รู้จักใช้ ซึ่งถือว่าเป็นโครงการที่ต้องใช้งบประมาณค่อนข้างมาก แต่จากการศึกษาพบว่า อาจจะมีมูลค่าในการลงทุน

3. การแจ้งเหตุและการให้คำแนะนำทางโทรศัพท์หรือช่องทางสื่อสารอื่นที่เหมาะสมประกอบด้วย

3.1 การจัดช่องทางในการรับข้อมูล (accessibility) การแจ้งเหตุที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพทางโทรศัพท์

3.2 การประเมินข้อมูลแจ้งเหตุ (assessment) เพื่อพิจารณาในการดำเนินการขั้นต่อไปว่า จะให้คำแนะนำหรือสั่งการให้ทีมปฏิบัติการขั้นพื้นฐานหรือขั้นสูงออกให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ

3.3 การให้คำแนะนำ (advice) ทางโทรศัพท์ที่ดี จะสามารถช่วยลดการนำส่งผู้ป่วยมายังห้องฉุกเฉินที่ไม่จำเป็น และอาจจะเป็นช่องทางในการแนะนำให้ผู้ที่อยู่ช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม

3.4 การส่งการให้ทีมปฏิบัติการออกให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ (dispatch) ซึ่งในประเทศไทยมีการแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ขั้นพื้นฐาน (มักเป็นบุคลากรจากมูลนิธิหรือท้องถิ่น) หรือขั้นสูง (จะเป็นทีมบุคลากรจากโรงพยาบาลที่ได้จัดเตรียมไว้)

3.5 การประสานงาน (help co-ordination) เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินมีความปลอดภัย ทันกาลก่อนที่ทีมช่วยเหลือและรักษาที่เหมาะสมจะเดินทางไปถึง ณ จุดเกิดเหตุ

4. การช่วยเหลือและรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ และการนำส่งสถานพยาบาล (pre-hospital care or EMS) จุดสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม เริ่มต้นจากศูนย์กู้ชีพ “นเรนทร โรงพยาบาลราชวิถี” ในปี 2538 จากนั้นในปี 2539 ขยายผลดำเนินการไปที่โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ของกรมการแพทย์ และได้รับมอบหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉิน 1669 ร่วมกับการพัฒนาให้มีทีมปฏิบัติการขึ้นในกรุงเทพฯ เป็น 2 ระดับ คือ ระดับขั้นพื้นฐานและขั้นสูง การพัฒนาของศูนย์กู้ชีพ “นเรนทร” ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนขยายเพิ่มเติมต่อไปยังทุกจังหวัด ทำให้แต่ละจังหวัดในปัจจุบัน มีศูนย์สั่งการและหน่วยปฏิบัติการในการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ซึ่งกิจกรรมย่อยของการช่วยเหลือและรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ และการนำส่งสถานพยาบาล มีดังนี้

4.1 การประเมินและคัดแยกผู้ป่วย (triage) ซึ่งจะมีความจำเป็นในกรณีที่มีจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินมากกว่าทรัพยากรทางการแพทย์ที่มี ณ จุดเกิดเหตุในขณะนั้นๆ เพื่อให้การรักษาก่อน/หลัง รวมทั้งการเคลื่อนย้ายนำส่งผู้ป่วยยังโรงพยาบาลที่เหมาะสมก่อน/หลังด้วย โดยสามารถติดต่อประสานงานกับศูนย์สั่งการเมื่อมีข้อสงสัยและต้องการสอบถาม

4.2 การรักษา ณ จุดเกิดเหตุ (treatment) ซึ่งจะมี 2 รูปแบบหลัก คือ Anglo-American Model หรือ “Scoop and Run” และ Franco-German Model หรือ “Stay and Play” ซึ่งประเทศไทยไม่มีการกำหนดตายตัวในวิธีใดแต่เป็นที่แนะนำโดยทั่วไปว่า การใช้วิธี “Scoop and Run” ในกรณีที่สาเหตุเป็นการบาดเจ็บ เช่น จากอุบัติเหตุ อาจจะมีโอกาสสรอดสูงกว่า แต่หากเกิดจากสาเหตุการป่วยฉุกเฉินร้ายแรง เช่น หมดสติจากภาวะน้ำตาลต่ำ หัวใจหยุดเต้น การใช้ “Stay and Play” เพื่อการรักษาผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุจนดีขึ้นพอที่จะเคลื่อนย้ายโดยปลอดภัย อาจจะทำให้มีโอกาสสรอดชีวิตสูงกว่า ทั้งนี้จะต้องมีกระบวนการพิจารณาถึงความจำเป็นของการลดการปนเปื้อน (decontamination) และการป้องกันที่เหมาะสมด้วย

4.3 การเคลื่อนย้ายและการนำส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสม (transfer) โดยควรมีการประสานงานกับศูนย์สั่งการ เพื่อให้มีการประสานแจ้งไปยังโรงพยาบาลปลายทางล่วงหน้าการนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่ปลอดภัยและเหมาะสมภายใต้การกำหนดสำหรับแต่ละพื้นที่ เพื่อให้สามารถนำส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสมภายในระยะทางที่ใกล้ หรือรวดเร็วที่สุด ก่อนการนำส่งไปถึงจะต้องมีระบบการแจ้งประสานล่วงหน้า เพื่อการเตรียมความพร้อมล่วงหน้าของสถานพยาบาล ทีมต่าง ๆ ที่เหมาะสม (ทีมศัลยกรรมพหุอุบัติเหตุ หากเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ) หรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ก่อนผู้ป่วยจะได้รับการนำส่งไปถึงโรงพยาบาล (pre-arrival notification) เช่น ณ โรงพยาบาลราชวิถี จะใช้มี code A B C M และ R ตามภาวะปัญหาฉุกเฉินของผู้ป่วยที่กำลังได้รับการนำส่ง โดยมีรายละเอียดในการเตรียมล่วงหน้าแต่ละรหัส Code ดังนี้

A = Airway (เตรียมอุปกรณ์สำหรับการช่วยใส่ท่อทางเดินหายใจรูปแบบต่าง ๆ)

B = Breathing (เตรียมอุปกรณ์สำหรับการช่วยใส่ท่อระบายลมในช่องปอด)

C = Circulation (เตรียมอุปกรณ์สำหรับการให้สารน้ำทาง Central Line)

M = Multiple injury (เตรียมทีมศัลยกรรมพหุอุบัติเหตุไว้ล่วงหน้า ณ ห้องฉุกเฉินเพื่อลดระยะเวลาในการเริ่มการรักษาจำเพาะ)

R = Resuscitation (เตรียมเตียงภายในห้องฟื้นคืนชีพ (resuscitation room) เพื่อรองรับผู้ป่วย)

การพัฒนาการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินในรูปแบบอื่น ๆ นอกเหนือจากโดยทางรถ เช่น การลำเลียงทางอากาศ หรือทางน้ำสำหรับโรงพยาบาลหรือพื้นที่เฉพาะ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของการช่วยเหลือและรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินทุกรูปแบบ ณ จุดเกิดเหตุ ได้อย่างทันกาลและมีประสิทธิภาพทั้งในสถานการณ์ปกติและไม่ปกติ ภายใต้การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและประหยัด นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ค้นพบแนวคิดและทฤษฎีที่สามารถนำมาใช้เป็นกรอบในการพัฒนากิจกรรมและสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้กับกลุ่มบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบไปด้วยแนวคิดและทฤษฎี ดังนี้

4.1 แนวคิดกระบวนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์

เป็นแนวคิดที่พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยให้ครูสามารถออกแบบการจัดทำหน่วยการเรียนรู้ให้นักเรียนได้ด้วยตนเอง และมองเห็นช่องทางการปรับปรุงวิธีการสอนเพื่อส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของนักเรียน โดยแบ่งเป็นขั้นตอนที่ชัดเจน เน้นการเพิ่มความสนุกสนาน ไร้ความกลัว และคลี่คลายความเชื่อมโยงระหว่างสาระการเรียนรู้กับความจริงในชีวิตของผู้เรียนได้ดียิ่งขึ้น โดย

กระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของตนเองนั้นมีทั้งหมด 6 ขั้นตอน (สันติ จิตระจินดา สมศักดิ์ กัณหา, 2548) ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 อุ่นเครื่อง (Warm-up) ประกอบด้วย

ภารกิจ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เหมาะสม และเตรียมความพร้อมให้กับกลุ่มการเรียนรู้ โดยสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เหมาะสมให้เกิดขึ้นระหว่างผู้อำนวยการเรียนรู้ และ/หรือ สาระการเรียนรู้กับผู้เรียน โดยคาดหวังให้บรรยากาศการเรียนรู้นั้นมีลักษณะ เป็นกันเอง (Friendly) ผ่อนคลาย (Relax) เสริมศักดิ์ศรีในตนเองของผู้เรียน (Self-esteem) มั่นคงปลอดภัย (Safe and Secure) สนุกท้าทาย (Challenge) และสุขใจ (Enjoy)

การจัดกิจกรรม เช่น รู้จักกันและกัน แนะนำเข้าสู่ประเด็นการเรียนรู้ การเชื่อมโยงปัญหาและชีวิตจริงกับสาระการเรียนรู้ และการพัฒนากลุ่มการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล รวมไปถึงการบำรุงรักษาความสามารถในการทำงานและการเรียนรู้ร่วมกันของกลุ่มการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นแล้วเอาไว้ได้ตลอดกระบวนการเรียนรู้

ขั้นที่ 2 แนะนำปัญหา (Problem Identification) ประกอบด้วย

ภารกิจ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อเสนอ “โจทย์สนุกเรียนรู้ ดูแล้วสะเทือนใจ” แก่ผู้เรียนหลังจากผู้เรียนพร้อมที่จะเรียนรู้ ผู้อำนวยการเรียนรู้ร่วมกำหนดขอบเขตปัญหา และนำเสนอปัญหาแก่ผู้เรียนด้วยอุบายที่สร้างสรรค์ แยกคายโดยเน้นผู้เรียนมีส่วนร่วม (Participation) ในทุกขั้นตอน

การจัดกิจกรรม การใช้คำถามปลายเปิด ใช้เทคนิคเล่นกับความคิดแบบต่าง ๆ สื่อสารได้อย่างเหมาะสม และเข้าถึง (Reach) กลุ่มเป้าหมาย คือ ก่อให้เกิดการรู้ชัดทั่วกันในกลุ่มผู้เรียน และก่อให้เกิดความรู้สึกสะเทือนใจ (Emotion) มีมโนภาพ (Conception) เกิดขึ้น

ขั้นที่ 3 ไตร่ตรองทางแก้ไขเฉพาะตน (Individual Exploration) ประกอบด้วย

ภารกิจ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง ให้เข้าใจปัญหา คิดแก้ไข โดยมุ่งให้ผู้เรียนคิดค้น ตรวจสอบความเข้าใจปัญหาจากมุมมองของตน (Point of View) ซึ่งมีบริบทแห่งภาวะและฐานะของตนหรือจุดยืน (Standpoint) ที่แตกต่างกันออกไปตามเงื่อนไขของแต่ละปัจเจกบุคคล

การจัดกิจกรรม การใช้โจทย์ และปัญหาที่ได้แนะนำมาแล้วในขั้นตอนที่ 2 เป็นตัวป้อน (Input) และให้ผู้เรียนประมวลผล (Processing) โดยมุ่งให้ผู้เรียนคิดค้น ตรวจสอบ เพื่อทำความเข้าใจในตัวปัญหาจากมุมมองของตน และ/หรือ สร้างข้อคิดเห็น (Idea) เกี่ยวกับทางออกของปัญหา

จากนั้นให้ผู้เรียนสื่อสารแสดงการประมวลผล (Output) ออกมาเป็นชิ้นงาน เช่น การแสดงออกทางศิลปะต่าง ๆ การวาดภาพ เป็นต้น

ขั้นที่ 4 ระดมสมองทางออกโดยกลุ่ม (Group Work) ประกอบด้วย

ภารกิจ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้จากกลุ่ม และมุมมองที่หลากหลาย เมื่อสมาชิกกลุ่มการเรียนรู้แต่ละคนได้มีโอกาสตรวจสอบความคิดเห็นของตนเองเกี่ยวกับปัญหาและมีผลงานข้อสรุปความคิดเห็นระดับหนึ่งของตนเองออกมาแล้ว กิจกรรมในขั้นนี้จะนำผลงานเหล่านั้นออกมาเป็นตัวป้อน (Input) ให้กลุ่มระดมสมองประมวลผล (Processing) สร้างข้อคิดเห็นเพิ่มเติม หรือพัฒนาข้อสรุปบางประการเพื่อใช้เป็นทางออกในการแก้ปัญหา

การจัดกิจกรรมการระดมสมอง (Brainstorming) แบบต่าง ๆ การอภิปรายโดยใช้ผลงานของสมาชิกในกลุ่มแต่ละคนเป็นตัวป้อน การถกเถียงแบบวิภาษวิธี (Dialectical Discourse) คือการจำแนก ตั้งข้อสังเกตพื้นฐาน (Thesis) พิจารณาข้อขัดแย้ง (Antithesis) และสรุปสังเคราะห์ (Synthesis) ที่ค้นพบ

ขั้นที่ 5 สื่อสารหาทางออก (Communication) ประกอบด้วย

ภารกิจ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อฝึกการตัดสินใจ การเสนอความคิดและทักษะการวิพากษ์จากนั้นกลุ่มสื่อสารแสดงผลออกมาเป็นชิ้นงาน เช่น การแสดงออกทางศิลปะต่าง ๆ และนำเสนอชิ้นงานนั้น ๆ โดยมีเป้าหมายในการเผยแพร่ความคิด และการโน้มน้าวใจ แต่ในขณะเดียวกันก็เปิดกว้างต่อการประเมิน หรือพิจารณาข้อเสนอเหล่านั้น จากกลุ่มรวบรวมข้อเสนอแนะและป้อนกลับ (Feed-Back) และคำวิพากษ์วิจารณ์ที่ได้รับกลับไปเสริมการสังเคราะห์ทางเลือกที่เหมาะสมต่อไป

การจัดกิจกรรม การเสนอผลงาน (Presentations) การแสดงสื่อต่าง ๆ การพูดคุยอภิปราย เป็นต้น

ขั้นที่ 6 ถอดรหัสปรับใช้ในชีวิต (Debriefing) ประกอบด้วย

ภารกิจ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้เรียนเข้าใจกระบวนการเรียนรู้ของตนเอง และเปลี่ยนแปลงการกระทำ โดยผู้อำนวยการเรียนรู้พูดคุยสอบถามระหว่างกระบวนการเรียนรู้ และ/หรือภายหลังเสร็จสิ้นการนำเสนอผลงาน การสื่อสารทางออกของกลุ่ม โดยเริ่มจากการสำรวจความรู้สึกของผู้เรียน (Feeling) ความระลึกได้ (Recalling) ความเข้าใจ (Comprehension) ทางเลือกต่าง ๆ (Options) และโอกาสกระทำการ (Commitment and Action)

การจัดกิจกรรม มีการสอบถามความรู้เปรียบเทียบก่อน - หลังการเรียนรู้ ช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจการกระทำระหว่างกันของประสบการณ์เดิมกับประสบการณ์ใหม่ที่ก่อให้เกิดข้อสรุปหรือ

มิติใหม่ในสนามประสบการณ์ของผู้เรียน ช่วยให้ผู้เรียนเห็นวิธีการนำความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ช่วยให้ผู้เรียนสรุปประสบการณ์สู่ศาสตร์เชื่อมโยงการค้นคว้าประเด็นเพิ่มเติมเชื่อมโยงไปสู่การขยายผลการกระทำอื่น ๆ และการเสริมแรงเพื่อการเรียนรู้เกิน (Overlearning)

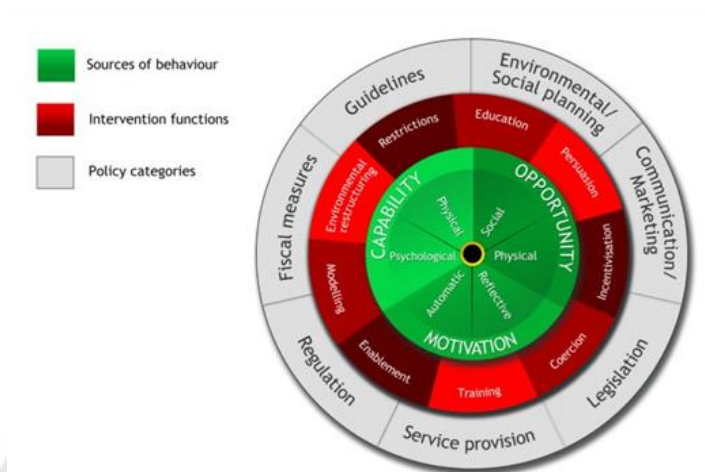
4.2 แนวคิดวงล้อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

วงล้อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (BCW) เป็นกรอบของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งพัฒนาขึ้นจากทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากกรอบแนวคิดและทฤษฎีในการพัฒนาพฤติกรรมกว่า 19 กรอบ ของ Michie et al. (2014) ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยาสุขภาพ ในประเทศอังกฤษ โดย BCW ประกอบด้วยวงล้อสามชั้น โดยศูนย์กลางของวงล้อระบุแหล่งที่มาของการวิเคราะห์พฤติกรรมเป้าหมายที่สามารถระบุปัจจัยเชิงสาเหตุได้โดยใช้โมเดล COM-B วงล้อชั้นที่สองคือ ชั้นของฟังก์ชันการแทรกแซง (Intervention) 9 ชั้นที่สามารถเลือกได้ขึ้นอยู่กับการวิเคราะห์พฤติกรรมที่ได้จากแบบจำลอง COM-B และวงล้อชั้นนอกสุดจะระบุถึงนโยบาย 7 ประเภทที่เราสามารถเลือกมาใช้ให้เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเป้าหมาย โดย Susan Michie, Lou Atkins และ Robert West ได้กำหนดฟังก์ชันการแทรกแซง (Intervention) ไว้ดังนี้

- 1) การศึกษา (Education) หมายถึง การให้ความรู้ เพิ่มความเข้าใจ โดยการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเป้าหมาย
- 2) การชักชวน (Persuasion) หมายถึง การใช้การสื่อสาร พูดคุยเพื่อกระตุ้นความรู้สึทั้งในด้านบวกและด้านลบ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมหรือการกระทำเป้าหมาย
- 3) การสร้างแรงจูงใจ (Incentivization) หมายถึง การสร้างความคาดหวังต่อสิ่งจูงใจหรือผลตอบแทนที่จะได้รับเพื่อให้เกิดพฤติกรรมเป้าหมาย
- 4) การบีบบังคับ (Coercion) หมายถึง การสร้างการรับรู้ถึงการลงโทษหรือผลเสียที่จะได้รับหากไม่กระทำพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมาย
- 5) การฝึกอบรม (Training) หมายถึง การถ่ายทอดทักษะ การฝึกปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความชำนาญในการกระทำพฤติกรรมเป้าหมาย
- 6) การสร้างข้อจำกัด (Restriction) หมายถึง การใช้กฎ เกณฑ์ เพื่อลดโอกาสในการมีส่วนร่วมในการลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และเพิ่มพฤติกรรมเป้าหมาย
- 7) การปรับโครงสร้างสิ่งแวดล้อม (Environmental Restructuring) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบริบททางกายภาพหรือทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมเป้าหมาย

8) การใช้ตัวแบบ (Modelling) หมายถึง การใช้บุคคลตัวอย่างเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลปรารถนาหรือเลียนแบบพฤติกรรมเป้าหมาย

9) การเพิ่มขีดความสามารถ (Enablement) หมายถึง การเพิ่มวิธีการ หรือลดอุปสรรคในการเพิ่มความสามารถในการกระทำพฤติกรรมเป้าหมาย



ภาพประกอบ 3 วงล้อการเปลี่ยนพฤติกรรม (Behaviour Change Wheel)

ที่มา: Michie et al. (2014)

ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้เมื่อผู้วิจัยได้ตรวจสอบแบบวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นผลจากการวิจัยในระยะที่ 1 โดยนำผลการวิจัยซึ่งค้นพบตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริการฯ จึงนำตัวแปรดังกล่าวมาพัฒนาเป็นโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่จะนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน โดยผู้วิจัยได้เลือกใช้ แนวคิดวงล้อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเฉพาะส่วนของ Intervention Function มาเป็นหลักการร่วมกับนำแนวคิดแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (Experiential Activities Planner : EAP) เพื่อกำหนดกิจกรรมในโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ และแรงจูงใจภายในพบว่า มีนักวิชาการทั้งในและต่างประเทศที่ได้ทำการศึกษา และพัฒนาโปรแกรมดังกล่าวในการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป้าหมายในกลุ่มบุคคลต่าง ๆ เช่น Jie et al. (2022) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการศึกษาเชิงบวกต่อความเบื่อหน่ายทางวิชาการ

และแรงงูใจภายในของนักศึกษาในวิทยาลัยของจังหวัดชานซี ประเทศจีน ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงทดลองแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 86 คน กลุ่มควบคุม 87 คน ซึ่งได้พัฒนาโปรแกรมเพื่อลดความเบื่อหน่ายทางวิชาการและเสริมสร้างแรงงูใจของนักศึกษาด้วย PERMA Model โดยใช้ระยะเวลา 13 สัปดาห์ และผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพโดยสามารถลดความเบื่อหน่ายทางวิชาการและเพิ่มแรงงูใจภายในของนักศึกษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในส่วนของนักวิชาการไทย ญัฐธัญญา ประสิทธิ์ศาสตร์ (2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงงูใจภายในต่อทักษะการจัดการความเครียดในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล โดยเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่ม (กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม) มีกลุ่มเป้าหมาย 70 คน กลุ่มละ 35 คน วัดผลก่อน - หลังการทดลอง โดยการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างแรงงูใจภายในผ่านกิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงงูใจภายใน ภายหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงงูใจภายใน ($M = 64.11$, $SD = 10.86$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M = 51.34$, $SD = 12.36$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.16$, $p < .001$) เช่นเดียวกับ ญัฐธัญญา ประสิทธิ์ศาสตร์ (2561) ได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงงูใจในการปฏิบัติงานด้วยสุนทรียสนทนาสำหรับพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งได้ทำการทดลองในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยในพิเศษ จำนวน 47 คน ระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยพบว่าภายหลังการใช้สุนทรียสนทนาพยาบาลวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยในพิเศษ มีแรงงูใจในการปฏิบัติงาน และการประเมินสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน การทำงานร่วมกันเป็นทีมและพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในงานสูงขึ้น และ ศิริพร สิริ (2565) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงงูใจต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการช้ำรถจักรยานยนต์ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม (กลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 36 คน) รวมกลุ่มเป้าหมาย 71 คน และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงงูใจ จำนวน 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงงูใจเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการช้ำรถจักรยานยนต์ ($\bar{X} = 4.26$, $SD = 0.31$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 3.71$, $SD = 0.43$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการอนามัยโรงเรียนตามปกติ ($\bar{X} = 3.88$, $SD = 0.34$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ศึกษาค้นคว้างานวิจัยเชิงทดลองที่ทดสอบโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างและพัฒนาพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (Experiential

Activities Planner : EAP) ทั้ง 6 ขั้นตอน ได้แก่ งานวิจัยของ รุ่งทิพา จันทน์วัฒนวงษ์ (2561) ที่ศึกษาผลการใช้แผนการออกแบบประสบการณ์เสริมด้วยการบริหารสมองเพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้ อย่างมีความสุขและพฤติกรรมการเรียนอย่างมีประสิทธิภาพของนักศึกษาที่เรียนในรายวิชา วิชาชีพครูและความเป็นครู กลุ่มตัวอย่าง 67 คน โดยนำแผนการออกแบบประสบการณ์มาใช้จริงในการพัฒนานักศึกษา จำนวน 15 แผน ระยะเวลา 15 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 3 ชั่วโมง ซึ่งผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเรียนอย่างมีความสุขและพฤติกรรมการเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ หลังการพัฒนาสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 80 และค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังได้รับการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกันกับ จำลองลักษณ์ ชาสังข์ (2561) ที่ใช้แผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ 6 ขั้นตอน เพื่อปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ติดยา ในกลุ่มตัวอย่างผู้ติดยาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 62 คน โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 8 ครั้ง ครั้งละ 2 ชม. ต่อ 1 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่า ผู้ติดยากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตหลังการทดลอง ($M = 199.64$, $SD = 17.60$) มากกว่าก่อนทดลอง ($M = 173.39$, $SD = 21.40$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.30$, $p < .05$)

5. นิยามเชิงปฏิบัติการ

5.1 พฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การกระทำของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินโดยมีการแสดงออกในการปฏิบัติงานบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการให้เกิดความพึงพอใจ วัดจากองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1) การตอบสนองบริการด้วยความพร้อม (Service responsiveness) หมายถึง ความเต็มใจ และกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ พร้อมให้บริการแก่ประชาชนได้ทันที

2) การให้บริการอย่างมีศักยภาพ (Service potential) หมายถึง ความสามารถใช้ความรู้ และทักษะในการให้บริการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยความสุภาพ น่าเชื่อถือ สร้างความประทับใจ ความมั่นใจ ให้แก่ประชาชนที่ขอรับบริการ สามารถให้ข้อเสนอแนะ คำแนะนำที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนได้

3) การให้บริการตรงความต้องการ (Service for need) หมายถึง ความใส่ใจประชาชนที่ขอรับบริการ เข้าใจในความต้องการ และความคาดหวังของประชาชนในแต่ละรายบุคคล

4) การให้บริการที่น่าเชื่อถือ (Reliability of service) หมายถึง การให้บริการได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ให้บริการได้ตรงตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินที่กำหนด และสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างรวดเร็ว

การวัดพฤติกรรมการบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินนั้น ผู้วิจัยวัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากนิยามเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของพาราสุรามานและคณะ (Parasuraman et al., 1988) และปรับปรุงข้อคำถามจากแบบวัดคุณภาพการให้บริการ และการให้บริการประชาชนของโคมารีและคณะ (Komari & Djafar, 2023) และ ณัฐวุฒิ อรินทร์ (2555) จำนวน 29 ข้อ ซึ่งเป็นแบบสอบถามประมาณค่า 6 ระดับ จากข้อคำถามที่ตรงกับการปฏิบัติจริงที่สุดให้ 6 คะแนน จนถึงไม่จริงเลยให้ 1 คะแนน ทั้งนี้ผู้ตอบแบบสอบถามได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีการบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

5.2 ความฉลาดทางอารมณ์ หมายถึง ความสามารถของบุคคลากรสุขภาพที่จะรับรู้ เข้าใจ ในอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง และผู้อื่น สามารถจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกตนเอง และผู้อื่นได้ รวมถึงสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีและดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข วัดจากองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ

1) ด้านดี หมายถึง ความสามารถของบุคคลากรสุขภาพในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเอง การเห็นใจผู้อื่น และมีความรับผิดชอบต่อส่วนรวมที่ครอบคลุมทั้งความสามารถในการควบคุม อารมณ์และความ ต้องการของตนเอง การเห็นใจผู้อื่น ซึ่งเป็นการใส่ใจผู้อื่น การเข้าใจและ ยอมรับผู้อื่น และการแสดงความเห็นใจอย่างเหมาะสม และความรับผิดชอบ คือ การรู้จักการให้ รู้จัก การรับ การรู้จักรับผิดชอบ รู้จักให้อภัยและการเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม

2) ด้านเก่ง หมายถึง ความสามารถของบุคคลากรสุขภาพในการที่รู้จักและมีแรงจูงใจในตนเอง มีการตัดสินใจและแก้ปัญหาการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ครอบคลุมทั้งความสามารถในการรู้จักและสร้าง แรงจูงใจให้ตนเอง คือ การรู้จักศักยภาพของตนเองการสร้างขวัญและกำลังใจให้ตนเองได้และการมี ความมุ่งมั่นที่จะไปให้ถึงเป้าหมาย ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา คือ การรับรู้ และเข้าใจปัญหา การมีขั้นตอนในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม และการมีความยืดหยุ่น และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น คือ การรู้จักการสร้างสัมพันธที่ดีกับผู้อื่น ความกล้าแสดงออกอย่าง เหมาะสม การแสดงความเห็นที่ขัดแย้ง ได้อย่างสร้างสรรค์

3) ด้านสุข หมายถึง ความสามารถของบุคคลากรสุขภาพที่แสดงออกถึงความภาคภูมิใจในตนเอง การมีความสุขทางใจ และความพึงพอใจในชีวิต ครอบคลุมทั้งความ

ภูมิใจในตนเอง กล่าวคือ การที่บุคคล นั้นเห็นคุณค่าในตนเอง และมีความเชื่อมั่นในตนเอง ความพึงพอใจในชีวิต คือ การที่บุคคล รู้จักมองโลกในแง่ดีมีอารมณ์ขัน รวมถึงพอใจในสิ่งที่ตนมี และความสงบทางใจ กล่าวคือคือ การที่บุคคลนั้น รู้จักและมีกิจกรรมที่สร้างความผ่อนคลาย ความสนุก และความสงบทางจิตใจ

การวัดความฉลาดทางอารมณ์นั้น ผู้วิจัยวัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากนิยามเชิงปฏิบัติการโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Goleman (1995) และ Salovey and Sluyter (1997) และปรับปรุงข้อคำถามจากแบบวัดความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 52 ข้อ ซึ่งเป็นแบบสอบถามประมาณค่า 6 ระดับ จากข้อคำถามที่ตรงกับการปฏิบัติจริงที่สุดให้ 6 คะแนน จนถึงไม่จริงเลยให้ 1 คะแนน ทั้งนี้ผู้ตอบแบบสอบถามได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์มากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

5.3 ปัจจัยคำจุน หมายถึง การรับรู้ของบุคลากรสุขภาพที่มีต่อปัจจัยภายนอกที่เป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้บุคลากรสุขภาพกระตือรือร้นในการทำงานให้มากยิ่งขึ้น และเป็นปัจจัยที่ป้องกันไม่ให้ตนเองเกิดความรู้สึกไม่พอใจในงาน ซึ่งสาเหตุอันเกิดจากสภาวะแวดล้อม ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1) นโยบายองค์กร หมายถึง การรับรู้ของบุคลากรสุขภาพที่มีต่อการแผนการบริหารงานขององค์กรหรือโรงพยาบาลที่มีความชัดเจน มีการถ่ายทอดและสื่อสารที่เอื้อต่อการประสานงาน และการปฏิบัติงาน

2) ความสัมพันธ์ที่ดี หมายถึง การรับรู้ของบุคลากรสุขภาพว่าผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงานมีการติดต่อ สื่อสารกันไม่ว่าจะเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ ที่แสดงความสัมพันธ์อันดีต่อกัน สามารถปฏิบัติงาน ร่วมกัน มีความเข้าใจ ซึ่งกันและกัน

3) การปกครองบังคับบัญชา หมายถึง การรับรู้ของบุคลากรสุขภาพที่มีต่อผู้บริหารองค์กรหรือโรงพยาบาลว่าการบังคับบัญชาการดำเนินงานเป็นไปด้วยดีด้วยความยุติธรรม มีความโอปอ้อมอารี และเป็นผู้ให้คำแนะนำปรึกษาที่ดี

4) สภาพการทำงาน หมายถึง การรับรู้ของบุคลากรสุขภาพที่มีต่อสภาพแวดล้อมทางกายภาพในที่ทำงานการแพทย์ฉุกเฉินว่ามีสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น บรรยากาศ แสง เสียง ห้องพักผ่อน ตารางเวลาดาน การทำงานความสะดวกของสถานที่ รวมถึงการจัดเตรียมอุปกรณ์ยาเวชภัณฑ์ รถบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ในการปฏิบัติงาน อย่างเพียงพอและพร้อมที่จะใช้ได้ตลอดเวลา

5) เงินเดือน หมายถึง การรับรู้ของบุคลากรสุขภาพถึงค่าตอบแทนหรือผลประโยชน์ที่ควรได้รับเหมาะสมกับงานที่ตนเองทำ ตลอดจนการมีการเลื่อนขั้นเงินเดือนในหน่วยงานโรงพยาบาลนั้นเป็นที่พอใจของผู้ปฏิบัติการ

6) ความมั่นคงในงาน หมายถึง ความรู้สึกของบุคลากรสุขภาพถึงความมั่นคงในการทำงาน รู้สึกถึงความมั่นคงขององค์กร การได้รับการยอมรับ เป็นอาชีพที่มีเกียรติ และลักษณะการปฏิบัติงานที่ไม่เสี่ยงต่ออันตรายจนเกินไปตลอดอายุการทำงาน

การวัดปัจจัยค่านั้น ผู้วิจัยวัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากนิยามเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ (Herzberg et al., 1959) และปรับปรุงข้อคำถามจากแบบวัดแรงจูงใจในการทำงาน แอบาดีและคณะ (Ebadi et al., 2019) จำนวน 18 ข้อ ร่วมกับแบบวัดแรงจูงใจในการทำงานของ นัศรกี ศุภมงคล (2565) ซึ่งเป็นแบบสอบถามประมาณค่า 6 ระดับ จากข้อคำถามที่ตรงกับการปฏิบัติจริงที่สุดให้ 6 คะแนน จนถึงไม่จริงเลยให้ 1 คะแนน ทั้งนี้ผู้ตอบแบบสอบถามได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ต่อบ้างปัจจัยค่านั้นซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นการทำงานมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

5.4 แรงจูงใจ หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคลากรสุขภาพที่เกิดขึ้นและมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมเป้าหมาย ซึ่งมีส่วนกระตุ้น ผลักดัน ให้กับบุคคลที่มีความต้องการจะปรับปรุง เปลี่ยนแปลงที่จะพัฒนาตนเอง วัดจากตัวแปรสังเกต 2 ด้าน คือ

1) แรงจูงใจไตร่ตรอง หมายถึง การคิดทบทวนและพิจารณาอย่างรอบคอบของบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งการวางแผนและการประเมินอย่างมีสติ มีความเชื่อต่อการบริการที่จะกระทำต่อผู้ป่วยฉุกเฉินว่าเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดี

2) แรงจูงใจสะท้อนกลับ หมายถึง ความต้องการ และความปรารถนา รวมถึงแรงกระตุ้น และการตอบสนองของบุคลากรสุขภาพซึ่งแสดงออกโดยการปฏิบัติงาน และการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน

การวัดแรงจูงใจนั้น ผู้วิจัยวัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากนิยามเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ สมิธ (Smith, 1969) และปรับปรุงข้อคำถามจากแบบวัดแรงจูงใจในงานของ อังคินันท์ อินทรกำแหง วรสิทธิ์ เนตรทิพย์ (2554) จำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นแบบสอบถามประมาณค่า 6 ระดับ จากข้อคำถามที่ตรงกับการปฏิบัติจริงที่สุดให้ 6 คะแนน จนถึงไม่จริงเลยให้ 6 คะแนน ทั้งนี้ผู้ตอบแบบสอบถามได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีแรงจูงใจในงานมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

6. โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้บุคคลเกิดความพยายาม ความต้องการพัฒนาพฤติกรรมบริการของตนเองโดยมีบริบทเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยสาเหตุที่ได้จากผลการวิจัยระยะที่ 1 เช่น กิจกรรมส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ การส่งเสริมแรงจูงใจและการฝึกทักษะการบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินที่สูงขึ้นโดยมีปัจจัยคำจูงเป็นตัวแปรปฏิสัมพันธ์ร่วม ทั้งนี้ในการกำหนดขั้นตอนของการจัดกิจกรรมภายใต้แนวคิดแผนกระบวนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (Experiential Activities Planner : EAP) และแนวคิดของวงล้อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behaviour Change Wheel : BCW) ซึ่งจะใช้เวลารวมทั้งสิ้น 12 ชั่วโมง แบ่งกิจกรรมเป็น 6 ครั้ง ตามกระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของตนเองมีทั้งหมด 6 ขั้นตอน (สันติ จิตระจินดา สมศักดิ์ กัณหา, 2548) ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 อุ่นเครื่อง (Warm-up) เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ และเตรียมความพร้อมให้กับกลุ่มในการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

ขั้นที่ 2 ระบุปัญหา (Problem Identification) เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อเสนอ “โจทย์สนุกเรียนรู้” เพื่อเตรียมพร้อมที่จะเรียนรู้

ขั้นที่ 3 ไตร่ตรองทางเฉพาะตน (Individual Exploration) เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง ให้เข้าใจปัญหา คิดแก้ไข โดยมุ่งให้บุคคลากรสุขภาพ คิดค้นตรวจสอบความเข้าใจปัญหาจากมุมมองของตน

ขั้นที่ 4 ระดมสมองทางออกโดยกลุ่ม (Group Work) เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้จากกลุ่มและมุมมองที่หลากหลาย

ขั้นที่ 5 สื่อสารทางออก (Communication) เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อฝึกการตัดสินใจ การเสนอความคิดและทักษะการวิพากษ์จากนั้นกลุ่มสื่อสารแสดงผลออกมาเป็นชิ้นงาน

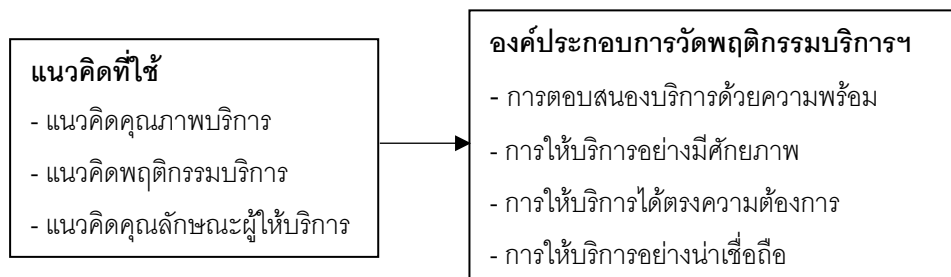
ขั้นที่ 6 ถอดรหัสปรับใช้ในชีวิต (Debriefing) เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อให้บุคคลากรสุขภาพ เข้าใจกระบวนการเรียนรู้ของตนเอง และเปลี่ยนแปลงการกระทำ

6. กรอบแนวคิดของงานวิจัย

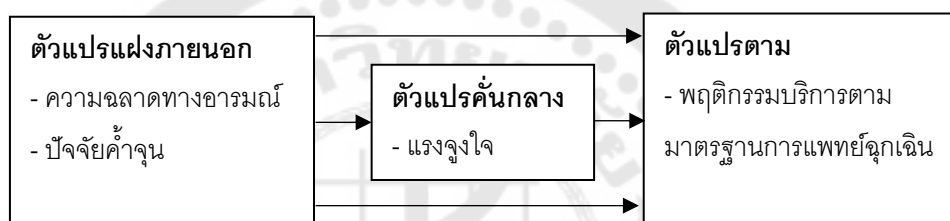
การศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในตามโมเดล COM-B ที่มีต่อพฤติกรรมการบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร เป็นการศึกษาวิจัยในรูปแบบเชิงปริมาณพหุวิธี (Multi-methods) (Tashakkori & Teddlie, 2003) ซึ่งแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการตรวจสอบแบบวัดพฤติกรรมการบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมการบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร โดยทำการศึกษากายใต้กรอบแนวคิดการอธิบายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแบบจำลอง COM-B (Capability Opportunity Motivation Behaviour) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีวงล้อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behaviour Change Wheel) ของ Susan Michie; Maartje van Stralen and Robert West (2011) ที่อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลจะขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ กล่าวคือ ความสามารถ (Capability) ได้แก่ ความฉลาดทางอารมณ์ โอกาส (Opportunity) ได้แก่ ปัจจัยด้านจูงใจและแรงจูงใจ (Motivation) ได้แก่ แรงจูงใจไตร่ตรองและแรงจูงใจสะท้อนกลับ ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบนี้จะทำงานปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยตัวแปรในกลุ่มของความสามารถ และโอกาสส่งผลให้เกิดพฤติกรรมได้ และยังส่งผ่านแรงจูงใจทำให้เกิดพฤติกรรมด้วยเช่นกัน และการวิจัยในระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) โดยนำตัวแปรที่ค้นพบจากการวิจัยในระยะที่ 1 ซึ่งเป็นตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมการบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินมาพัฒนาเป็นโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Program) เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริการของบุคลากรสุขภาพในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร ดังภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดของการวิจัย และภาพประกอบ 5 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินตามสมมติฐาน

การวิจัยระยะที่ 1 งานวิจัยเชิงปริมาณ

ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน



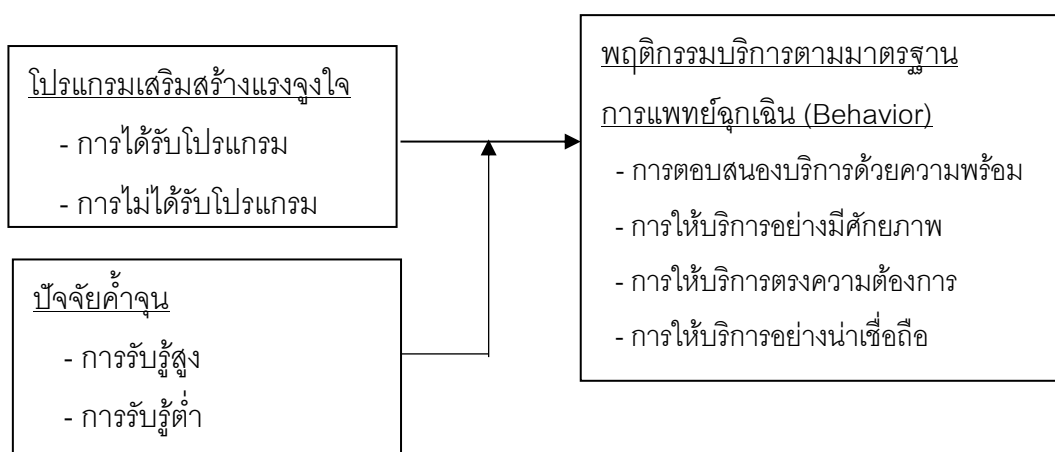
ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการ



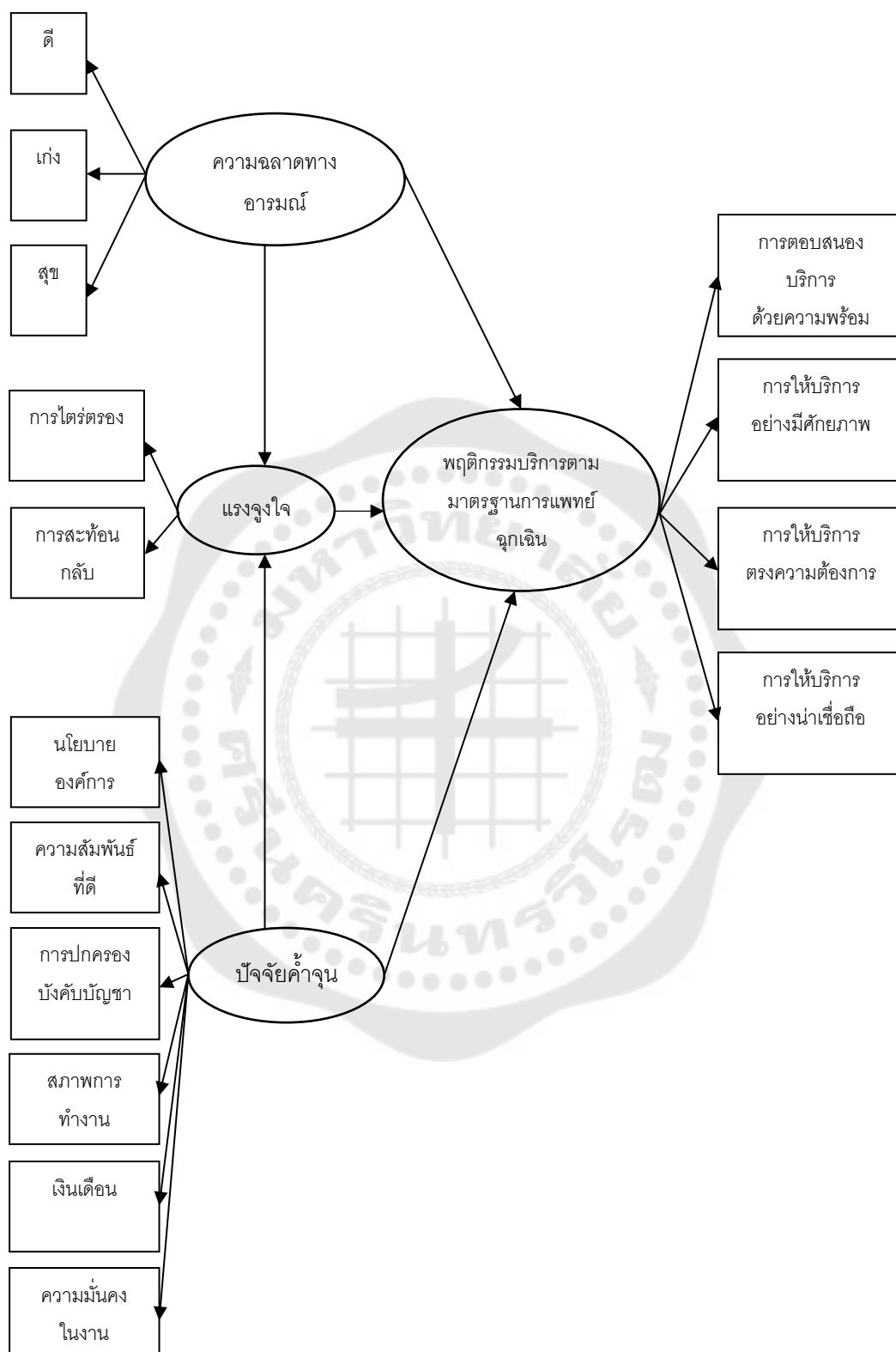
การวิจัยระยะที่ 2 งานวิจัยเชิงทดลองตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อทดสอบโปรแกรม

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรผล



ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดของการวิจัย



ภาพประกอบ 5 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐาน

การแพทย์ฉุกเฉินตามสมมติฐาน

ความเชื่อมโยงระหว่างงานวิจัยทั้ง 2 ระยะ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบพหุวิธี (Multi-methods) ซึ่งเป็นการวิจัยที่ใช้ในการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลมากกว่า 1 วิธีที่มาจากวิธีการวิจัยภายใต้กระบวนทัศน์ปฏิฐานนิยม (Positivism) เดียวกัน โดยการวิจัยในครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการตรวจสอบแบบวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งเป็นตัวแปรใหม่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและนำมาสู่การศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุตามโมเดล COM-B ที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ ซึ่งปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร และการวิจัยระยะที่ 2 เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ ซึ่งเป็นการจัดกิจกรรม และพัฒนากระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการฯ ของบุคลากรสุขภาพ โดยการดำเนินการวิจัยทั้ง 2 ระยะนี้มีความสัมพันธ์โดยผลการวิจัยสนับสนุนซึ่งกันและกันเพื่อให้การวิจัยในแต่ละขั้นตอนมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และสามารถทำให้อภิปรายผลได้โดยลดข้อจำกัดของการวิจัยในการออกแบบการศึกษาในแต่ละระยะได้

การวิจัยในระยะที่ 1 จะทำให้ทราบข้อมูลองค์ประกอบของตัวแปรพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและตรวจสอบจนได้เครื่องมือแบบวัดที่มีคุณภาพสูง รวมถึงทราบรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงสาเหตุต่าง ๆ ตามโมเดล COM-B ที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ และทำให้ทราบขนาดอิทธิพลของตัวแปรต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมบริการฯ ของบุคลากรสุขภาพ โดยจากข้อค้นพบในงานวิจัยระยะที่ 1 ที่พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมบริการฯ ของบุคลากรสุขภาพ ซึ่งจะสามารถนำ ข้อมูลที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ในการสร้างและพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้ในการพัฒนาพฤติกรรมฯ ของบุคลากรสุขภาพซึ่งมีบทบาทเป็นผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎี จากการศึกษาเอกสาร และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการฯ สำหรับการวิจัยในระยะที่ 2 นี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากการวิจัยระยะที่ 1 ที่ศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมบริการฯ ว่ามีตัวแปรใดบ้างตามโมเดล COM-B ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริการฯ มีขนาดอิทธิพลเท่าไร ทิศทางเป็นอย่างไร และสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่อย่างไร โดยการวิจัยในระยะนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากผลการวิจัยจะสามารถยืนยันผลของความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ในการวิจัยระยะที่ 1 ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงมีการวางแผนโดยการนำเอาตัวแปรทางจิตที่มีอิทธิพลทางตรงกับตัวแปรพฤติกรรมบริการฯ มาออกแบบพัฒนาเป็นกิจกรรมการจัดการเรียนรู้ในการวิจัยระยะที่ 2

7. สมมติฐานในการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1

จากกรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้กำหนดสมมติฐานการวิจัยเพื่อทำการทดสอบตามความมุ่งหมายของการวิจัยข้อที่ 1 และ 2 ซึ่งเป็นการศึกษาเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมบริการฯ ดังนี้

1. โมเดลการวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์
2. แรงจูงใจมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน
3. ความฉลาดทางอารมณ์มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน
4. ปัจจัยค้ำจุนมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน
5. ความฉลาดทางอารมณ์มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินโดยส่งผ่านแรงจูงใจ
6. ปัจจัยค้ำจุนมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินโดยส่งผ่านแรงจูงใจ

การวิจัยระยะที่ 2

จากกรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยได้กำหนดสมมติฐานการวิจัยเพื่อทำการทดสอบตามความมุ่งหมายของการวิจัยข้อที่ 3 ซึ่งเป็นการศึกษาพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนี้

7. ภายหลังการทดลองและติดตามผล บุคลากรสุขภาพที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจจะมีแรงจูงใจ และพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่าบุคลากรสุขภาพที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม
8. ภายหลังการทดลองและติดตามผล บุคลากรสุขภาพที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจจะมีแรงจูงใจ และพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่าก่อนการทดลอง
9. บุคลากรสุขภาพที่ได้รับโปรแกรมฯ และมีการรับรู้ปัจจัยค้ำจุนสูงจะมีแรงจูงใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่าบุคลากรสุขภาพที่มีคุณลักษณะอื่น ๆ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาทางพฤติกรรมศาสตร์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อตรวจสอบแบบวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้ได้เครื่องมือวัดที่มีคุณภาพ และศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเมื่อได้เครื่องมือวัดที่มีคุณภาพ และทราบตัวแปรต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริการฯ จึงนำตัวแปรที่เกี่ยวข้องมาพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาในลักษณะของเชิงปริมาณพหุวิธี (Multi-methods) (Tashakkori & Teddlie, 2003) ซึ่งมีลักษณะเป็นการศึกษาโดยที่ใช้วิธีวิทยา 2 วิธี อยู่บนฐานแนวคิดปฏิฐานนิยม (Positivism) เช่นเดียวกัน และแบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือการวิจัยระยะที่ 1 เป็นการตรวจสอบเครื่องมือวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร หลังจากนั้นเมื่อค้นพบตัวแปรสาเหตุที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมบริการของบุคลากรสุขภาพ จะนำมาใช้การวิจัยระยะที่ 2 ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงแบ่งการนำเสนอตามระยะของการวิจัย ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การตรวจสอบแบบวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ

การวิจัยระยะที่ 1 มีจุดประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดตัวแปรใหม่ที่สำคัญในบริบทการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศ ซึ่งผ่านการตรวจสอบที่มีคุณภาพสูงโดยหน่วยงานสามารถนำไปใช้ในการบริหารงานบุคคลได้ และทำให้ทราบข้อค้นพบในการอธิบายพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และขนาดอิทธิพลของตัวแปรต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งจะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการวางแผนเพื่อที่จะส่งเสริมหรือพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากรสุขภาพ โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1.1 การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือ บุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทในการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร จำนวน 60 หน่วยงานเครือข่าย ประกอบไปด้วย กลุ่มวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและนักฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน 648 คน และกลุ่มสนับสนุน ได้แก่ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน 535 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 1,183 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1

กำหนดขนาดตัวอย่างผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมตามเกณฑ์ของ Hair et al. (2010) ที่ได้เสนอไว้ว่าการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structure Equation Model: SEM) กลุ่มตัวอย่างควรมีขนาดขั้นต่ำอย่างน้อย จำนวน 200 คน และเพื่อป้องกันการได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนผู้วิจัยจึงกำหนดให้เก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีกร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่าง รวมเป็น 220 คน ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) โดยใช้ตำแหน่งเป็นตัวแปรแบ่งชั้นภูมิและกำหนดตามสัดส่วนและเนื่องจากการสุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีจำนวนมากและมีความแตกต่างกันระหว่างหน่วยสุ่มที่สามารถจำแนกออกเป็นชั้นภูมิ (Stratum) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความครบถ้วนและครอบคลุมและเป็นตัวแทนที่ดี โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มวิชาชีพคือ พยาบาลวิชาชีพและนักฉุกเฉินการแพทย์ ซึ่งมีหน้าที่ที่คล้ายคลึงกันทั้งในด้านวิชาชีพ และความรับผิดชอบ เป็นตัวอย่างจำนวน 120 คน และกลุ่มสนับสนุน ได้แก่ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ เป็นตัวอย่างจำนวน 100 คน ได้มาจากจำนวนตัวอย่างต่อประชากร เท่ากับ 1.00 : 5.40 รวมจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 220 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานเครือข่ายในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร

2. มีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์

3. มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 1 ปี

4. สามารถสื่อสารโดยการพูด และอ่านภาษาไทยได้เป็นอย่างดี

5. ยินดีเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้า

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

1. มีภาวะเจ็บป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลการวิจัยได้
2. รู้สึกอึดอัดไม่พร้อมให้ข้อมูลขณะที่ให้ข้อมูล

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดการสร้างเครื่องมือแบบวัดตัวแปรรวมถึงองค์ประกอบของแต่ละตัวแปรที่ต้องการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ โดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และรวบรวมข้อมูลเอกสารเกี่ยวกับการวัดตัวแปรทุกตัวที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้แบบวัดที่มีความเหมาะสมและครอบคลุมนิยามเชิงปฏิบัติการมากที่สุด จำนวน 4 แบบวัด ได้แก่

- 1) แบบวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน
- 2) แบบวัดความฉลาดทางอารมณ์
- 3) แบบวัดปัจจัยคำจูน
- 4) แบบวัดแรงจูงใจ

ซึ่งแบบวัดแบ่งออกเป็น 5 ตอน เพื่อใช้วัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบวัด ตอนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ตอนที่ 3 แบบวัดความฉลาดทางอารมณ์ต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ตอนที่ 4 แบบวัดปัจจัยคำจูนต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และตอนที่ 5 แบบวัดแรงจูงใจต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีรายละเอียดการพัฒนาแบบวัด เกณฑ์การให้คะแนน และการหาคุณภาพเครื่องมือ ดังต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน มีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน เป็นแบบสอบถามเพื่อทราบข้อมูลทั่วไปผู้ตอบ แบบสอบถามลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามลักษณะชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 4 ข้อที่ถาม เกี่ยวกับ เพศ อายุ หน่วยงานสังกัด ประสบการณ์การทำงาน

ตัวอย่างข้อคำถาม

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ ☐ 18 – 20 ปี ☐ 21 – 30 ปี ☐ 31 – 40 ปี ☐ 41 – 50 ปี
☐ 51 – 60 ปี

3. หน่วยงานสังกัด ☐ โรงพยาบาลรัฐ ☐ โรงพยาบาลเอกชน ☐ มูลนิธิ
4. ประสบการณ์การทำงาน ☐ 1 – 5 ปี ☐ 6 – 10 ปี ☐ 11 – 15 ปี ☐ 16 – 20 ปี
☐ มากกว่า 20 ปี

ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนี้

2.1 แบบวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน

แบบวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยประยุกต์ข้อคำถามจากแบบวัดของพาราสุรามานและคณะ (Parasuraman et al., 1988) ร่วมกับการศึกษาแบบวัดของ โคมารีและคณะ (Komari & Djafar, 2023) และ ณัฐวุฒิ อรินทร์ (2555) นำมาปรับภาษาและสร้างข้อคำถามเพิ่มเติมให้เหมาะสมภายใต้บริบทของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร ซึ่งข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด” (6 คะแนน) ถึง “ไม่จริงเลย” (1 คะแนน) องค์ประกอบของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน คือ 1) การตอบสนองบริการด้วยความพร้อม 2) การให้บริการอย่างมีศักยภาพ 3) การให้บริการตรงความต้องการ 4) การให้บริการที่น่าเชื่อถือ โดยมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 16 ข้อคำถาม มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ 0.93 และค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.55 – 0.79 ซึ่งแปลความหมายว่าบุคลากรสุขภาพที่จะตอบแบบวัดที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่าเป็นผู้มีพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าผู้ที่ตอบแบบวัดได้คะแนนต่ำกว่า โดยมีรายละเอียดข้อคำถาม ดังนี้

ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่จริง ที่สุด
1	ฉันพร้อมช่วยเหลือผู้เจ็บป่วย ฉุกเฉินทันทีที่พบเหตุหรือได้รับ แจ้งเหตุจากศูนย์สั่งการอย่าง ไม่ลังเล						

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่จริง ที่สุด
2	ฉันตรวจสอบอุปกรณ์ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์บนรถพยาบาล ให้พร้อมใช้ก่อนออกปฏิบัติงาน						
3	ฉันรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินด้วย ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่						

2.2 แบบวัดความฉลาดทางอารมณ์

แบบวัดความฉลาดทางอารมณ์ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากนิยามเชิงปฏิบัติการโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ (Goleman, 1995) และ (Salovey & Sluyter, 1997) และปรับปรุงข้อคำถามจากแบบวัดความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยนำมาปรับภาษาและสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมภายใต้บริบทของงานวิจัยครั้งนี้ ซึ่งข้อคำถามของแบบวัดมีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า 6 ระดับ จากข้อคำถามที่ตรงกับการปฏิบัติจริงที่สุด (6 คะแนน) จนถึงไม่จริงเลย (1 คะแนน) ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ กรณีข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนนจาก 6,5,4,3,2 และ 1 คะแนน จากปฏิบัติจริงที่สุด – ไม่จริงเลย และกรณีข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนนจาก 1,2,3,4,5 และ 6 คะแนน โดยข้อคำถามมีทั้งหมด 14 ข้อ มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับอยู่ที่ 0.91 และค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.52 – 0.82 ซึ่งแปลความว่าบุคลากรสุขภาพผู้ตอบแบบวัดได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์มากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า โดยมีรายละเอียดข้อคำถาม ดังนี้

ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่จริง ที่สุด
1	ฉันสามารถควบคุมอารมณ์ได้ หากถูกผู้ป่วยหรือญาติแสดง ท่าทีที่ไม่ดีขณะปฏิบัติงาน						

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่จริง ที่สุด
2	ฉันสามารถกล่าวคำขอโทษต่อ ผู้อื่นได้เมื่อทำผิด						
3	ฉันสามารถผ่อนคลายอารมณ์ ตนเองได้ทุกเมื่อ แม้จะเหน็ด เหนื่อยจากการปฏิบัติงานในหน้าที่						

2.3 แบบวัดปัจจัยคำจูน

แบบวัดปัจจัยคำจูนเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากนิยามเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Herzberg et al. (1959) และปรับปรุงข้อคำถามจากแบบวัดแรงจูงใจในการทำงาน แอบาดีและคณะ (Ebadi et al., 2019) ร่วมกับแบบวัดแรงจูงใจในการทำงานของ นภัสรวิศุภมงคล (2565) โดยนำมาปรับภาษาและสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมภายใต้บริบทของงานวิจัยครั้งนี้ ซึ่งข้อคำถามของแบบวัดมีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า 6 ระดับ จากข้อคำถามที่ตรงกับการปฏิบัติจริงที่สุด (6 คะแนน) จนถึงไม่จริงเลย (1 คะแนน) โดยข้อคำถามมีทั้งหมด 27 ข้อ มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับอยู่ที่ 0.96 และค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.52 – 0.81 ซึ่งแปลความว่าบุคลากรสุขภาพผู้ตอบแบบวัดได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ต่อปัจจัยคำจูนซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นการทำงานมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่จริง ที่สุด
1	ฉันทราบถึงนโยบายและแผน การปฏิบัติงานของหน่วยงาน อย่างชัดเจน						
2	ฉันรับรู้ว่ามีเพื่อนร่วมงานให้ ความร่วมมือในการ ช่วยเหลือผู้ป่วย						

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่จริง ที่สุด
3	ฉันรับรู้ได้ว่าหน่วยงานของ ท่านใส่ใจถึงความปลอดภัย ของฉันเมื่อต้องออก ปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ป่วย						

2.4 แบบวัดแรงจูงใจ

แบบวัดแรงจูงใจเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากนิยามเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ สมิธ (Smith, 1969) และปรับปรุงข้อคำถามจากแบบวัดแรงจูงใจในงานของอังคินันท์ อินทรกำแหงและวรสรณ์ เนตรทิพย์ (2554) โดยนำมาปรับภาษาและสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมภายใต้บริบทของงานวิจัยครั้งนี้ ซึ่งข้อคำถามของแบบวัดมีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า 6 ระดับ จากข้อคำถามที่ตรงกับการปฏิบัติจริงที่สุด (6 คะแนน) จนถึงไม่จริงเลยให้ (1 คะแนน) โดยข้อคำถามมีทั้งหมด 10 ข้อ มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับอยู่ที่ 0.93 และค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.26 – 0.79 ซึ่งแปลความว่า บุคลากรสุขภาพผู้ตอบแบบวัดได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีแรงจูงใจมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง ที่สุด
1	ฉันมั่นใจว่างานบริการ การแพทย์ฉุกเฉินเป็นงานที่ สำคัญ สามารถช่วยเหลือ ประชาชนได้						
2	ฉันต้องการให้ผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้รับบริการอย่างดีที่สุด						
3	ฉันยังคงต้องการปฏิบัติงาน ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อไป						

1.3 การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแบบวัดแต่ละฉบับ มีรายละเอียดดังนี้

1) ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบวัดทั้งหมดที่สร้างขึ้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องดำเนินการตรวจสอบ และทำการปรับปรุง แก้ไขแบบวัดตามข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญให้แบบวัดมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น โดยหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาซึ่งต้องมีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและนิยามศัพท์เฉพาะ (IOC : Index of Item Objective Congruence) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คนขึ้นไปตรวจประเมินเนื้อหาข้อคำถามในรายข้อ ซึ่งแต่ละข้อจะต้องมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 (อรพินทร์ ชูชม, 2545) จึงจะถือว่าเป็นข้อคำถามที่เหมาะสม

2) นำแบบวัดที่ได้ดำเนินการปรับปรุงและตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญไปทดสอบเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน

3) นำแบบวัดมากำหนดรหัสในโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ (SPSS) โดยหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดโดยคำนวณจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบารซ์ (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งต้องมีค่ามากกว่า 0.70 ขึ้นไป และหาค่าอำนาจจำแนก (Convergent Discrimination) ของแบบวัดโดยคำนวณจากค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total Correlation) ซึ่งต้องมีค่ามากกว่า 0.20 ขึ้นไป (บุญชม ศรีสะอาด, 2560)

4) การพัฒนาเครื่องมือตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ 1 ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงการวัดระหว่างตัวแปรแฝงและตัวแปรสังเกต โดยองค์ประกอบของแต่ละตัวแปรจะต้องมีค่าน้ำหนักขององค์ประกอบ (Factor Loading) ไม่ต่ำกว่า 0.4

5) การหาความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) ซึ่งการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างจะพิจารณาจากความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยนำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ดัชนีความกลมกลืนของโมเดล (Schumacker & Lomax, 2004) ประกอบไปด้วยค่าสถิติและเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

5.1 ค่า Chi-square (χ^2) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value > 0.05)

5.2 ค่าสัดส่วน Chi-square (χ^2)/df ไม่เกิน 3.00

5.3 ค่า Comparative Fit index (CFI) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.90

5.4 ค่า Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.08

5.5 ค่า Norm Fit Index (NFI) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.90

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น และความเที่ยงตรงในการวัด (Construct Reliability and Validity) ตรวจสอบคุณภาพของตัวบ่งชี้ว่าตัวแปรสังเกตของตัวแปรแฝงมีความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงในการวัดตัวแปรแฝงโดยคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของตัวแปรแฝง (Construct Reliability: CR) เกณฑ์การพิจารณาหากมีค่าไม่น้อยกว่า 0.70 แสดงว่าตัวแปรสังเกตของตัวแปรแฝงมีความเชื่อมั่นในการวัดตัวแปรแฝงหรือตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์เฉพาะกับตัวแปรแฝงในด้านที่ตัวแปรสังเกตนั้น จะวัด (Hair J F, 2019) และคำนวณหาค่าเฉลี่ยความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ที่ตัวแปรแฝงสามารถอธิบายได้ (Average variance extracted: AVE) เกณฑ์การพิจารณา ควรมีค่ามากกว่า 0.50 ขึ้นไป (Fornell & Larcker, 1981)

1.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) ติดต่อประสานขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย เพื่อแสดงสถานะของผู้วิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ) รวมถึงหน่วยงานเป็นเครือข่ายในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร

2) ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามเก็บข้อมูล (ในรูปแบบกระดาษ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์) กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Tryout)

3) ผู้วิจัยดำเนินการส่งหนังสือไปยังหน่วยงานเครือข่ายในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร ขอเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกำหนดระยะเวลาช่วงระหว่างเดือน มีนาคม - พฤษภาคม 2567 ภายหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมวิจัยในคนเรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบความสมบูรณ์ความถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ต่อไป

1.5 การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยระยะที่ 1 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาทำการลงรหัสข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติ ได้แก่

1) วิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และค่าสถิติอื่นๆ เพื่อตรวจสอบและอธิบายข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

2) ทดสอบแบบจำลองเพื่อหาความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป LISREL และวิเคราะห์แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์แบบมีตัวแปรแฝง (Structural Equation Models for Latent Variable) เพื่อตรวจสอบความตรงของแบบจำลองสมมติฐานเชิงทฤษฎีและข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งมีขั้นตอน โดยดำเนินการ ดังนี้

2.1) การกำหนดข้อมูลจำเพาะของแบบจำลอง (Specification of the Model) โดยผู้วิจัยสนใจตัวแปรที่ศึกษาว่าตัวแปรใดที่ส่งผลทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการวิเคราะห์แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเส้น ของตัวแปรแฝงและตัวแปรสังเกต โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลองความสัมพันธ์ว่าความสัมพันธ์ของแบบจำลองทั้งหมดเป็นเส้นตรง (Linear) เป็นความสัมพันธ์เชิงบวก (Additive) และเป็นความสัมพันธ์ทางเดียว (Recursive Mode) ระหว่างตัวแปรแฝงภายนอก (Exogenous Variable) และตัวแปรแฝงภายใน (Endogenous Variable) โดยข้อมูลจำเพาะของแบบจำลอง ผู้วิจัยกำหนดเป็นลักษณะของโมเดลระบุพอดี (Just-identified model) หรือ โมเดลระบุเกินพอดี (Over-identified model) เพื่อให้สามารถวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างได้ (MacCallum et al., 1993)

2.2) การระบุความเป็นไปได้ค่าเดียวของแบบจำลอง (Identification of the Model) ผู้วิจัยได้กำหนดจำนวนสมการโครงสร้างจะต้องมีจำนวนมากกว่าหรือเท่ากับจำนวนพารามิเตอร์ที่ต้องการประมาณค่า ถ้าหากสมการโครงสร้างมีจำนวนน้อยกว่าจำนวนพารามิเตอร์ จะทำให้ไม่สามารถประมาณค่าพารามิเตอร์ได้ (Pedhazur & Kerlinger, 1982) ซึ่งการตรวจสอบลักษณะของแบบจำลองที่เป็นไปได้เพียงค่าเดียวพิจารณาจากค่าองศาความเป็นอิสระ (Degree of Freedom) (Lomax, 2013) โดยค่า Degree of Freedom มีค่ามากกว่า 0 แสดงว่า แบบจำลองระบุเกินพอดี (Over-identified model) ค่า Degree of Freedom มีค่าเท่ากับ 0 แสดงว่า แบบจำลองระบุพอดี (Just-identified model)

2.3) การประมาณค่าพารามิเตอร์ของแบบจำลอง (Parameter Estimation from the Model) ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการประมาณค่าพารามิเตอร์แบบไลค์ลิฮูด (Maximum Likelihood) ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายมากที่สุด เนื่องจากเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับข้อมูลที่มีระดับการวัดแบบอันดับและแบบเรียงอันดับ โดยที่การแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบปกติหรือไม่ปกติเพียงเล็กน้อย (Lomax, 2013)

2.4) การตรวจสอบความกลมกลืนของแบบจำลอง (Goodness-of-Fit Measures) ผู้วิจัยใช้ค่าสถิติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อศึกษาภาพรวมของแบบจำลองว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากน้อยเพียงใด โดยมีสถิติ ดังนี้

2.4.1) ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi – Squares Statistics : χ^2) เป็นค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบว่าแบบจำลองที่สร้างขึ้นสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ ซึ่งหากค่าสถิติไค-สแควร์ มีค่าต่ำหรือเข้าใกล้ศูนย์มาก แสดงว่าข้อมูลแบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์มาก และค่าสถิติไคสแควร์สัมพัทธ์ (χ^2/df) หรือค่า Relative Chi-Square หรือค่า Normed Chi-Square เป็นการนำค่าค่าสถิติไคสแควร์ หารด้วยองศาอิสระ χ^2/df ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ค่า สถิติไค-สแควร์สัมพัทธ์ ต้องมีค่าน้อยกว่า 3.00 แสดงว่าข้อมูลแบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดี (Bollen, 1989; Lomax, 2013)

2.4.2) ค่ารากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (Root Mean Square error of Approximation : RMSEA) เป็นค่าที่บ่งบอกถึงความสอดคล้องของแบบจำลองที่สร้างขึ้นกับเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมของประชากร โดยค่า RMSEA จะต้องมีย่านน้อยกว่า 0.08 จึงจะแสดงว่าข้อมูลแบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Hair et al., 2010)

2.4.3) ค่าวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index : CFI) เป็นค่าเปรียบเทียบแบบจำลองเชิงสมมติฐานว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งเกณฑ์การพิจารณาผู้วิจัยกำหนดต้องมีค่ามากกว่า 0.90 ขึ้นไป (Lomax, 2013)

2.5) การตีความและการปรับแบบจำลอง (Model Adjustment) ในการปรับโครงสร้างโมเดล (Re-specified model) ผู้วิจัยเลือกใช้วิธี และขั้นตอนในการปรับโมเดล ดังนี้

2.5.1) การลดจำนวนตัวแปร (Data reduction) ในโมเดล โดยการเลือกลดตัวแปรที่ค่า Modification Indices (MI) แนะนำให้ปรับวิธีนี้เป็นการลดจำนวนตัวแปรที่มีอยู่ในโมเดล (Data Reduction) ให้น้อยลง เนื่องจากตัวแปรบางคู่มีความสัมพันธ์กันมาก หรือสามารถเป็นตัวชี้วัดตัวเดียวกันได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องลดทอนตัวแปรลง โดยเลือกตัวแปรที่มีค่า Factor loading ต่ำออกไป แล้วจึงวิเคราะห์หาค่าสถิติใหม่อีกครั้ง

2.5.2) การรวมตัวแปร (Item parceling) แล้วสร้างเป็นปัจจัยแฝงใหม่เป็นการปรับโครงสร้างโมเดลใหม่ เนื่องจากโมเดลมีตัวแปรมีความสัมพันธ์กันสูงและผู้วิจัยเลือกที่จะไม่ลบตัวแปรโดยอาจรวมตัวแปรเพื่อสร้างเป็นปัจจัยแฝงใหม่ หรือรวมตัวแปรหลายเป็นตัวแปรเดียว แต่วิธีนี้ไม่นิยมใช้เนื่องจากการรวมตัวแปรอาจทำให้ไม่สะท้อนข้อมูลที่แท้จริง ข้อควรคำนึงเมื่อ

ต้องการทำการรวมตัวแปรเป็นปัจจัยแฝงใหม่คือ ผู้วิจัยต้องตรวจสอบว่า ปัจจัยแฝง (Latent Variable) ทั้งหมดในโมเดลยังคงต้องมีตัวแปรที่เป็นปัจจัยวัดประเภทเดียวกัน

2.5.3) การเชื่อมลูกศรสองหัวระหว่างค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรตาม Modification Indices (MI) แนะนำให้ปรับการเชื่อมหัวลูกศรสองหัวระหว่างค่าความคลาดเคลื่อนสองตัวแปรเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ค่าสถิติดีขึ้น เนื่องจากการเพิ่มหัวลูกศรหนึ่งเส้นถือเป็นการเพิ่มพารามิเตอร์อีกหนึ่งพารามิเตอร์ ซึ่งมีผลทำให้ค่า df ลดจำนวนลง 1 ค่าทุกครั้งที่มีการเพิ่มลูกศรเชื่อมระหว่างความคลาดเคลื่อนของสองตัวแปร

ดังนั้นจากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นผู้วิจัยจึงสรุปเกณฑ์ในการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างแบบจำลองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยสามารถสรุปดังตาราง 3

ตาราง 3 เกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องแบบจำลอง

ดัชนี	เกณฑ์การยอมรับ
ค่าสถิติไคสแควร์ (χ^2)	χ^2 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หรือสัดส่วนของค่าไคสแควร์ต่อค่าองศาความเป็นอิสระ น้อยกว่า 3
ค่า NFI	มีค่ามากกว่า 0.90 ขึ้นไป
ค่า CFI	มีค่ามากกว่า 0.90 ขึ้นไป
ค่า RMSEA	มีค่าน้อยกว่า 0.08

การวิจัยระยะที่ 2 ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจภายในที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ

เป็นการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ โดยเป็นการวิจัยแบบทดลอง (Experimental research) ชนิดสองกลุ่ม ระหว่างกลุ่มทดลอง (Experiment Group) และกลุ่มควบคุม (Control Group) วัดผลก่อน – หลังการทดลอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร โดยใช้หลักการคำนวณของ Cohen (2012) และใช้โปรแกรม G*power เวอร์ชัน 3.1.9.4 ซึ่งเป็นโปรแกรมที่สร้างจากสูตรของ Cohen และผ่านการทดสอบและ

ใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากนักวิจัยหลากหลายท่าน (Faul et al., 2009) และพีร์นิลี สิริธีรธราดล (2564) ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวใช้ค่าเพาเวอร์เท่ากับ 0.85 ค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 และค่าขนาดอิทธิพล 0.5 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดกลาง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมการวิจัย จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ จำนวน 40 คน แบ่งเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน โดยผู้วิจัยใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบจำแนกกลุ่ม (Random Assignment Sampling) จัดให้มีบุคลากรทางการแพทย์ในตำแหน่งวิชาชีพ และพนักงานเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากัน ทั้งนี้บุคลากรสุขภาพที่เข้าร่วมแต่ละกลุ่มต้องมีความสมัครใจและยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานเครือข่ายในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร

2. สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 1 ปี

4. สามารถสื่อสารโดยการฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้เป็นอย่างดี

5. มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง จิตใจปกติ

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

1. มีโรคประจำตัว ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพร่างกายหากได้รับโปรแกรม

2. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้จนครบ หรือขอถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัย

1.2 แบบแผนการทดลอง

แบบแผนการวิจัยเชิงทดลองผู้วิจัยใช้แฟคทอเรียล (Factorial Design) โดยเป็นการทดลองและติดตามผลที่มีจุดมุ่งหมายของการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุ ซึ่งเป็นผลมาจากการวิจัยในระยะที่ 1 (ตัวแปรอิสระ) หลายปัจจัยนำมาเปรียบเทียบกับพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน (ตัวแปรตาม) ของบุคลากรสุขภาพ โดยวัดผลก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลองทันที ทั้งในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ และเปรียบเทียบแรงจูงใจกับพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตาราง 4

ตาราง 4 แบบแผนการทดลองเพื่อทดสอบสมมติฐาน

กลุ่มหลังการ สุ่ม	วัดผลก่อนโปรแกรม	โปรแกรมฯ (Treatment)	วัดผลหลัง สิ้นสุด โปรแกรมทันที	วัดผลหลังสิ้นสุด โปรแกรม 1 เดือน
กลุ่มทดลอง	SB ₁ , EQ ₁ , M ₁ , HF	X	M ₂ , SB ₂	M ₃ , SB ₃
กลุ่มควบคุม	SB ₁ , EQ ₁ , M ₁ , HF	-	M ₂ , SB ₂	M ₃ , SB ₃

โดยกำหนดการวัด ดังนี้

SB₁, SB₂, SB₃ = การวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 1, 2, 3

EQ₁ = การวัดความฉลาดทางอารมณ์ ครั้งที่ 1

M₁, M₂, M₃ = การวัดแรงจูงใจ ครั้งที่ 1, 2, 3

HF = การวัดปัจจัยค้ำจุน ซึ่งใช้คะแนนจากการวัดผลก่อนเริ่มโปรแกรมเพื่อนำมาเป็นตัวแปรในการแบ่งกลุ่ม

X = โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน

1.3 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปร และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1) เครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปรพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นแบบวัดชุดเดียวกันกับเครื่องมือวิจัยในระยะที่ 1 มีการสร้างและการคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยระยะที่ 1

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน คือ กิจกรรมเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินที่จัดให้กับกลุ่มทดลอง ซึ่งผู้วิจัยได้มาจากตัวแปรในระยะที่ 1 ประกอบด้วย ความฉลาดทางอารมณ์ และนำมาพัฒนาร่วมกับการประยุกต์แนวคิด COM-B

model และส่วนของ Intervention Function ของแนวคิดทฤษฎีวงล้อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behaviour Change Wheel : BCW) และแนวคิดแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (Experiential Activities Planner : EAP) มาสร้างเป็นโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการ ตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน

หลักการและแนวคิดในการพัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาพฤติกรรมบริการ ตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้วิจัยสามารถทบทวนและสรุปแนวคิด ทฤษฎีที่นำมาใช้ในการ พัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีการพัฒนาตัวแปรซึ่งเป็นผลจากตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมมาต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินในการวิจัยระยะที่ 1 มาใช้ในการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมเพื่อเสริมสร้าง บริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) **แนวคิดกระบวนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (Experiential Activities Planner : EAP)** เป็นแนวคิดที่พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยให้ครูสามารถออกแบบการจัดทำหน่วยการเรียนรู้ ให้แก่นักเรียนได้ด้วยตนเอง และมองเห็นช่องทางในการปรับปรุงวิธีการสอนเพื่อส่งเสริม กระบวนการเรียนรู้ของนักเรียน โดยแบ่งเป็นขั้นตอนที่ชัดเจน เน้นการเพิ่มความสนุกสนาน เข้าใจความกระหายใฝ่รู้ และคลี่คลายความเชื่อมโยงระหว่างสาระการเรียนรู้กับความจริงในชีวิตของผู้เรียนได้ดียิ่งขึ้น โดยกระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของตนเองนั้นมีทั้งหมด 6 ขั้นตอน (สันติ จิตระจินดา สมศักดิ์ กัณหา, 2548) ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 **อุ่นเครื่อง (Warm-up)** ประกอบด้วย

ภารกิจ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เหมาะสม และเตรียม ความพร้อมให้กับบุคลากรสุขภาพ โดยสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เหมาะสมให้เกิดขึ้นระหว่าง ผู้อำนวยการเรียนรู้ และ/หรือ สาระการเรียนรู้กับบุคลากรสุขภาพ โดยคาดหวังให้บรรยากาศการ เรียนรู้นั้นมีลักษณะ เป็นกันเอง (Friendly) ผ่อนคลาย (Relax) เสริมศักดิ์ศรีในตนเองของผู้เรียน (Self-esteem) มั่นคงปลอดภัย (Safe and Secure) สนุกท้าทาย (Challenge) และสุขใจ (Enjoy)

การจัดกิจกรรม เช่น รู้จักกันและกัน แนะนำเข้าสู่ประเด็นการเรียนรู้ การเชื่อมโยง ปัญหาและชีวิตจริงกับสาระการเรียนรู้ และการพัฒนากลุ่มบุคลากรสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล รวมไปถึงการบำรุงรักษาความสามารถในการทำงานและการเรียนรู้ร่วมกันของ บุคลากรสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วเขาไว้ได้ตลอดกระบวนการเรียนรู้

ขั้นที่ 2 แนะนำปัญหา (Problem Identification) ประกอบด้วย

ภารกิจ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อเสนอ “โจทย์สนุกเรียนรู้ ดูแล้วสะเทือนใจ” ให้แก่นักวิชาการสุขภาพที่เข้าร่วมกิจกรรม หลังจากที่นักวิชาการสุขภาพพร้อมที่จะเรียนรู้ ผู้อำนวยการเรียนรู้ร่วมกันกำหนดขอบเขตปัญหา และนำเสนอปัญหาแก่นักวิชาการสุขภาพด้วยอธิบายที่สร้างสรรค์ แบบคายโดยเน้นให้นักวิชาการสุขภาพมีส่วนร่วม (Participation) ในทุกขั้นตอน

การจัดกิจกรรม การใช้คำถามปลายเปิด ใช้เทคนิคเล่นกับความคิดแบบต่างๆ สื่อสารได้อย่างเหมาะสม และเข้าถึง (Reach) กลุ่มเป้าหมาย คือ ก่อให้เกิดการรู้ชัดทั่วกันในกลุ่มนักวิชาการสุขภาพที่เข้าร่วมกิจกรรม และก่อให้เกิดความรู้สึกละเอียด (Emotion) มีมโนภาพ (Conception) เกิดขึ้น

ขั้นที่ 3 ไตร่ตรองทางเฉพาะตน (Individual Exploration) ประกอบด้วย

ภารกิจ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง ให้เข้าใจปัญหา คิดแก้ไข โดยมุ่งให้นักวิชาการสุขภาพคิดค้น ตรวจสอบความเข้าใจปัญหาจากมุมมองของตน (Point of View) ซึ่งมีบริบทแห่งภาวะและฐานะของตนหรือจุดยืน (Standpoint) ที่แตกต่างกันออกไปตามเงื่อนไขของแต่ละปัจเจกบุคคล

การจัดกิจกรรม การใช้โจทย์ และปัญหาที่ได้แนะนำมาแล้วในขั้นตอนที่ 2 เป็นตัวป้อน (Input) และนักวิชาการสุขภาพประมวลผล (Processing) โดยมุ่งให้คิดค้น ตรวจสอบ เพื่อทำความเข้าใจในตัวปัญหาจากมุมมองของตน และ/หรือ สร้างข้อคิดเห็น (Idea) เกี่ยวกับทางออกของปัญหา จากนั้นให้ผู้เรียนสื่อสาร แสดงการประมวลผล (Output) ออกมาเป็นชิ้นงาน เช่น การแสดงออกทางศิลปะต่าง ๆ การวาดภาพ เป็นต้น

ขั้นที่ 4 ระดมสมองทางออกโดยกลุ่ม (Group Work) ประกอบด้วย

ภารกิจ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้จากกลุ่ม และมุมมองที่หลากหลาย เมื่อนักวิชาการสุขภาพแต่ละคนได้มีโอกาสตรวจสอบความคิดเห็นของตนเองเกี่ยวกับปัญหาและมีผลงานข้อสรุปความคิดเห็นระดับหนึ่งของตนเองออกมาแล้ว กิจกรรมในขั้นนี้จะนำผลงานเหล่านั้นออกมาเป็นตัวป้อน (Input) ให้กลุ่มระดมสมองประมวลผล (Processing) สร้างข้อคิดเห็นเพิ่มเติม หรือพัฒนาข้อสรุปบางประการเพื่อใช้เป็นทางออกในการแก้ปัญหา

การจัดกิจกรรม การระดมสมอง (Brainstorming) แบบต่าง ๆ การอภิปรายโดยใช้ผลงานของสมาชิกในกลุ่มแต่ละคนเป็นตัวป้อน การถกเถียงแบบวิภาษวิธี (Dialectical Discourse) คือการจำแนกตั้งข้อสังเกตพื้นฐาน (Thesis) พิจารณาข้อขัดแย้ง (Antithesis) และสรุปสังเคราะห์ (Synthesis) ที่ค้นพบ

ขั้นที่ 5 สื่อสารทางออก (Communication) ประกอบด้วย

ภารกิจ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อฝึกการตัดสินใจ การเสนอความคิดและทักษะการวิพากษ์จากนั้นกลุ่มสื่อสารแสดงผลออกมาเป็นชิ้นงาน เช่น การแสดงออกทางศิลปะต่าง ๆ และนำเสนอชิ้นงานนั้น ๆ โดยมีเป้าหมายในการเผยแพร่ความคิด และการโน้มน้าวใจ แต่ในขณะเดียวกันก็เปิดกว้างต่อการประเมิน หรือพิจารณาข้อเสนอเหล่านั้น จากกลุ่มรวบรวมข้อเสนอแนะและป้อนกลับ (Feed-Back) และคำวิพากษ์วิจารณ์ที่ได้รับ กลับไปเสริมการสังเคราะห์ทางเลือกที่เหมาะสมต่อไป

การจัดกิจกรรม การเสนอผลงาน (Presentations) การแสดง สื่อต่าง ๆ การพูดคุยอภิปราย เป็นต้น

ขั้นที่ 6 ถอดรหัสปรับใช้ในชีวิต (Debriefing) ประกอบด้วย

ภารกิจ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อให้บุคลากรสุขภาพเข้าใจกระบวนการเรียนรู้ของตนเอง และเปลี่ยนแปลงการกระทำ โดยผู้อำนวยการเรียนรู้พูดคุยสอบถามระหว่างกระบวนการเรียนรู้ และ/หรือภายหลังเสร็จสิ้นการนำเสนอผลงาน การสื่อสารทางออกของกลุ่ม โดยเริ่มจากการสำรวจความรู้สึกของผู้เรียน (Feeling) ความระลึกได้ (Recalling) ความเข้าใจ (Comprehension) ทางเลือกต่าง ๆ (Options) และโอกาสกระทำการ (Commitment and Action)

การจัดกิจกรรม มีการสอบถามความรู้เปรียบเทียบก่อน-หลังการเรียนรู้ ช่วยให้ผู้บุคลากรสุขภาพเข้าใจการกระทำระหว่างกันของประสบการณ์เดิมกับประสบการณ์ใหม่ที่ก่อให้เกิดข้อสรุปหรือมิติใหม่ในสนามประสบการณ์ของบุคลากรสุขภาพ ช่วยให้เห็นถึงวิธีการนำความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ช่วยให้ผู้เรียนสรุปประสบการณ์สู่ศาสตร์ เชื่อมโยงการค้นคว้าประเด็นเพิ่มเติม เชื่อมโยงไปสู่การขยายผลการกระทำอื่น ๆ และการเสริมแรงเพื่อการเรียนรู้เกิน (Overlearning)

2) แนวคิดวงล้อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behaviour Change Wheel: BWC)

วงล้อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (BCW) เป็นกรอบของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งพัฒนาขึ้นจากทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากกรอบแนวคิดและทฤษฎีในการพัฒนาพฤติกรรมกว่า 19 กรอบ ของ Susan Michie, Lou Atkins และ Robert West (2014) ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยาสุขภาพ ในประเทศอังกฤษ โดย BCW ประกอบด้วยวงล้อสามชั้น โดยศูนย์กลางของวงล้อระบุแหล่งที่มาของการวิเคราะห์พฤติกรรมเป้าหมายที่สามารถระบุปัจจัยเชิงสาเหตุได้ โดยใช้โมเดล COM-B วงล้อชั้นที่สอง คือชั้นของฟังก์ชันการแทรกแซง (Intervention) 9 ชั้นที่สามารถเลือกได้ขึ้นอยู่กับกรอบการวิเคราะห์พฤติกรรมที่ได้จาก แบบจำลอง COM-B และวงล้อชั้นนอก

สุดท้ายจะระบุถึงนโยบาย 7 ประเภทที่เราสามารถเลือกมาใช้ให้เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเป้าหมาย โดย Susan Michie, Lou Atkins และ Robert West ได้กำหนดฟังก์ชันการแทรกแซง (Intervention) ไว้ดังนี้

- 1) การศึกษา (Education) หมายถึง การให้ความรู้ เพิ่มความเข้าใจ โดยการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเป้าหมาย
- 2) การชักชวน (Persuasion) หมายถึง การใช้การสื่อสาร พูดคุยเพื่อกระตุ้นความรู้สึทั้งในด้านบวกและด้านลบ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมหรือการกระทำเป้าหมาย
- 3) การสร้างแรงจูงใจ (Incentivization) หมายถึง การสร้างความคาดหวังต่อสิ่งจูงใจหรือผลตอบแทนที่จะได้รับเพื่อให้เกิดพฤติกรรมเป้าหมาย
- 4) การบีบบังคับ (Coercion) หมายถึง การสร้างการรับรู้ถึงการลงโทษหรือผลเสียที่จะได้รับหากไม่กระทำพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมาย
- 5) การฝึกอบรม (Training) หมายถึง การถ่ายทอดทักษะ การฝึกปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความชำนาญในการกระทำพฤติกรรมเป้าหมาย
- 6) การสร้างข้อจำกัด (Restriction) หมายถึง การใช้กฎ เกณฑ์ เพื่อลดโอกาสในการมีส่วนร่วมในการลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และเพิ่มพฤติกรรมเป้าหมาย
- 7) การปรับโครงสร้างสิ่งแวดล้อม (Environmental Restructuring) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบริบททางกายภาพหรือทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมเป้าหมาย
- 8) การใช้ตัวแบบ (Modelling) หมายถึง การให้บุคคลตัวอย่างเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลปรารถนาหรือเลียนแบบพฤติกรรมเป้าหมาย
- 9) การเพิ่มขีดความสามารถ (Enablement) หมายถึง การเพิ่มวิธีการ หรือลดอุปสรรคในการเพิ่มความสามารถในการกระทำพฤติกรรมเป้าหมาย

โดยจากการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี และทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยจึงกำหนดกิจกรรมภายใต้แนวคิดแผนกระบวนการเรียนรู้ประสบการณ์โดยใช้ทั้ง 6 ขั้นตอน และนำแนวคิดวงล้อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในส่วนของกระบวนการแทรกแซง ได้แก่ การให้ความรู้ (Education) การใช้ตัวแบบ (Modelling) การฝึกอบรม (Training) การโน้มน้าวชักชวน (Persuasion) และ การให้รางวัลเพื่อเสริมแรง (Incentivization) ที่มีความสอดคล้องกับกิจกรรมที่กำหนด ซึ่งตัวอย่างกิจกรรมและการประเมินผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินไว้ ดังตาราง 5

ตาราง 5 โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์
ฉุกเฉิน

ชื่อกิจกรรม	แนวคิดที่ใช้	ตัวอย่างกิจกรรม	ประเมินผล
ครั้งที่ 1 ชุ่นเครื่อง BKK EMS (90 นาที)	Experiential Activities Planner – (warm up)	1. กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพ ละลาย พฤติกรรม โดยให้แนะนำตัว เล่นเกม ทำความรู้จักกัน 2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการ วิจัย และการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่าง การลงนามใบยินยอม 3. เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง	- แบบสอบถาม - การมีส่วนร่วม ในกิจกรรม - การสังเกต พฤติกรรม
ครั้งที่ 2 รู้ถึง ปัญหา (120 นาที)	1. Experiential Activities Planner - (Problem Identification) 2. COM-B Model 2.1 Capability - (ความสามารถ) Psychological Capability – Education เพื่อสร้างความรู้ ความ เข้าใจโดยการบรรยาย เกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา การบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ เกิดขึ้นจากพฤติกรรมบริการ	1. นำเสนอสถานการณ์ปัญหาของ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร 2. ให้นักลกรสุขภาพจับคู่ 3-4 คนกลุ่ม เล่าถึงประสบการณ์ที่ ประทับใจและไม่ประทับใจที่ได้พบ เจอจากการให้บริการที่ผ่านมาให้ เพื่อนได้รับฟัง 3. ให้ระบุปัญหา และอุปสรรคที่ เกิดขึ้นจากพฤติกรรมบริการ การแพทย์ฉุกเฉินจากประสบการณ์ ที่ผ่านมาของแต่ละคน และนำเสนอ ให้กับเพื่อนๆ ในกลุ่มได้ร่วมรับฟัง 4. สรุปประเด็นปัญหาที่สำคัญ เลือกให้นักลกรสุขภาพเล่าให้ เพื่อนทั้งหมดฟัง	- การนำเสนอ - การคิด - พูดคุย ชักถาม แลกเปลี่ยน ความคิดเห็น - การมีส่วนร่วม ในกิจกรรม - การสังเกต พฤติกรรม
ครั้งที่ 3 ไตร่ตรอง ทางแก้ไขเฉพาะตน (120 นาที)	1. Experiential Activities Planner – (Individual Exploration) 2. COM-B Model 2.1 Capability - (ความสามารถ)	1. บุคลากรสุขภาพแต่ละคนคิด คำตอบการแก้ไขปัญหาของตนเอง พร้อมทั้งอธิบายถึงความรู้สึกที่ เกิดขึ้น แนวทางในการควบคุม อารมณ์ ความรู้สึก ของตนเอง การแสดงออกที่	- การคิด - พูดคุย ชักถาม แลกเปลี่ยน ความคิดเห็น - การมีส่วนร่วม ในกิจกรรม

ชื่อกิจกรรม	แนวคิดที่ใช้	ตัวอย่างกิจกรรม	ประเมิณผล
	Psychological Capability - modelling เพื่อส่งเสริมการรับรู้และเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นผ่านตัวแบบที่มีประสบการณ์จริง	เหมาะสม 2. สุ่มเลือกตัวอย่างประเด็น ปัญหา ที่สำคัญ นำเสนอให้เพื่อนๆ ทั้งหมด ได้ร่วมรับฟัง และร่วมกันอภิปรายแสดงความคิดเห็น	- การสังเกต พฤติกรรม
ครั้งที่ 4 ระดมสมองทางออกของกลุ่ม (150 นาที)	1. Experiential Activities Planner - (Group Work) 2. COM-B Model 2.1 Capability - (ความสามารถ) Psychological Capability-Training เพื่อให้ทราบถึงวิธีการ ตั้งเป้าหมาย	1. จัดกิจกรรมแบ่งกลุ่มบุคลากร สุขภาพ แจกใบงานหัวข้อของ ประเด็นปัญหาที่สำคัญ 1 เรื่อง/กลุ่ม อธิบาย ตัวอย่างกิจกรรม 2. สมาชิกแต่ละกลุ่มร่วมกัน ตั้งเป้าหมายถึงการบริการในพื้นที่ ทุกคนอยากได้ 3. วิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุปัจจัยที่ทำให้ไปไม่ถึงเป้าหมาย แบ่งปัน ประสบการณ์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และหาแนวทางการแก้ไข ปัญหา 4. สรุปเป็นใบงาน	- การคิด - การแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น - การมีส่วนร่วม ในกิจกรรม - การสังเกต พฤติกรรม - ใบงานสรุป ถูกต้อง สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์
ครั้งที่ 5 สื่อสารทางออกร่วมกัน (120 นาที)	1. Experiential Activities Planner - (Communication) 2. COM-B Model 2.1 O - Opportunity (โอกาส) Social Opportunity-Modelling เพื่อเป็น แนวทาง และวิธีการบรรลุ เป้าหมาย การแก้ไขปัญหาจากเพื่อนทั้งในกลุ่มและนอกกลุ่ม	1. แต่ละกลุ่มนำเสนอใบงานจาก การระดมสมองวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ ปัจจัยต่าง ๆ รวมถึงแนวทางการแก้ไขของแต่ละกลุ่ม 2. แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกลุ่ม พูดถึงข้อดี ข้อเสียจากข้อมูลที่นำเสนอ ที่จะนำไปสู่การแก้ไข ปัญหา การพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป	- การแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น - การมีส่วนร่วม ในกิจกรรม - การสังเกต พฤติกรรม

ชื่อกิจกรรม	แนวคิดที่ใช้	ตัวอย่างกิจกรรม	ประเมินผล
ครั้งที่ 6 ถอดรหัส ปรับใช้ (120 นาที)	1. Experiential Activities Planner - (Debriefing) 2. COM-B Model 2.1 M – Motivation (แรงจูงใจ) Automatic Motivation – Incentivization/Persuasion เพื่อสร้างแรงจูงใจผ่านคำ ชื่นชมทั้งตนเอง บุคคลรอบข้าง และเสริมแรง ด้วยการให้รางวัล รวมถึงการ โน้มน้าวเพื่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	1. ชื่นชมการนำเสนอความคิด ร่วมกันโหวตแนวทางที่น่าสนใจ ที่สุดเพื่อนำไปปฏิบัติใช้จริง มอบรางวัลให้กับกลุ่มที่มีผลโหวต มากที่สุด 2. สรุปเชื่อมโยงนำไปสู่การโน้มน้าว ใจเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมไปสู่เป้าหมาย 3. สรุปผลการดำเนินกิจกรรม 4. ทำแบบประเมิน/แบบสอบถาม	- การมีส่วนร่วม ในกิจกรรม - การสังเกต พฤติกรรม - แบบสอบถาม

1.4 การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1) ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินในบุคลากรบุคลากรสุขภาพ โดยพิจารณาจากแนวคิด COM-B model และส่วนของ Intervention Function ของแนวคิดทฤษฎีวงล้อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behaviour Change Wheel: BCW) และแนวคิดกระบวนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (Experiential Activities Planner: EAP)

2) ศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของแรงจูงใจ และปัจจัยตามโมเดล COM-B ที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการออกแบบและพัฒนาโปรแกรม

3) ดำเนินการพัฒนาและออกแบบโปรแกรมโดยนำโมเดล COM-B และส่วนของ Intervention Function ของแนวคิดวงล้อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behaviour Change

Wheel: BCW) รวมถึงแนวคิดแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (Experiential Activities Planner: EAP) มาประยุกต์ใช้กับผลการวิจัยในระยะที่ 1 เพื่อเป็นหลักในการอธิบายพฤติกรรมของบุคลากรสุขภาพในบริบทของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร และกำหนดกิจกรรมต่างๆ ให้สอดคล้องกัน

4) นำโปรแกรมที่ออกแบบและพัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วยชุดกิจกรรม 6 กิจกรรม นำไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทเพื่อพิจารณาปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท

5) ผู้วิจัยนำโปรแกรมไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ และพิจารณาความถูกต้อง เหมาะสมของความสอดคล้องทั้งด้านเนื้อหา แนวคิด ทฤษฎี เทคนิค วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ และการประเมินผลของชุดกิจกรรมต่าง ๆ จากนั้นนำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน มาปรับปรุงเนื้อหา รูปแบบโปรแกรมเพิ่มเติม เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์และเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและบริบทมากยิ่งขึ้น และนำไปใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6) จากนั้นนำโปรแกรมไปทดลอง (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง และนำมาปรับปรุงอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

1.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ดำเนินการจัดทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ส่งไปยังผู้อำนวยการศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เฮอร์ลิค) สำนักการแพทย์ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย

2) ติดต่อประสานงานกับผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงานของบุคลากรสุขภาพเพื่ออธิบายรายละเอียด ขั้นตอน และขอความร่วมมือบุคลากรสุขภาพในการเข้าร่วมการทำการวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

3) ดำเนินการวิจัยให้บุคลากรสุขภาพที่เป็นกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นระยะเวลา 720 นาที หรือ 12 ชั่วโมง โดยกำหนดเก็บข้อมูลในช่วงเวลาระหว่างเดือน สิงหาคม - กันยายน 2567

4) ติดตามผลการทดลอง โดยดำเนินการวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ภายหลังจากได้รับโปรแกรมทันที

1.6 การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปและลักษณะพื้นฐานของตัวแปร วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

2) ตรวจสอบค่าการแจกแจงปกติ (Normality test) โดยใช้ค่าความเบ้ (Skewness) ค่าความโด่ง (Kurtosis) และค่าสถิติ Shapiro-Wilk

3) ตรวจสอบความเท่ากันของเมทริกซ์ความแปรปรวน -แปรปรวนร่วมของตัวแปร โดยใช้สถิติบ็อกซ์ (Box's M) เพื่อตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ และตรวจสอบความแปรปรวนของตัวแปรทุกตัวด้วยวิธี Levene's Test

4) ทดสอบสมมติฐานเปรียบเทียบผลการทดสอบหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อพิจารณาความแตกต่างของผลหลังการทดลอง และติดตามผล โดยการวิเคราะห์สถิติ ดังนี้

4.1) วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจและพฤติกรรมการบริการ ตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ One way MANOVA ตามสมมติฐานข้อที่ 1

4.2) วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจและพฤติกรรมการบริการ ตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ในระยะติดตามผลเปรียบเทียบ ก่อน – หลัง การทดลองทันที โดยใช้สถิติ Repeated Measures MANOVA ตามสมมติฐานข้อที่ 2

4.3) วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจและพฤติกรรมการบริการ ตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่มีการรับรู้ปัจจัยคำจูงใจต่างกัน โดยใช้สถิติ Two way MANOVA ตามสมมติฐานข้อที่ 3

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลและเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยเพื่อขอคำยินยอมต่อกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยข้อมูลที่ได้รับจะถูกนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และจะนำข้อมูลที่ได้นำมาใช้ประโยชน์เฉพาะการวิจัยเท่านั้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการเข้าร่วมและขอถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ และการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลขรับรอง SWUEC-672042 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร หมายเลขรับรอง U011hh/67

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาทางพฤติกรรมศาสตร์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อตรวจสอบแบบวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้ได้เครื่องมือวัดที่มีคุณภาพ และศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเมื่อได้เครื่องมือวัดที่มีคุณภาพ และทราบตัวแปรต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริการฯ จึงนำตัวแปรที่เกี่ยวข้องมาพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาในลักษณะของเชิงปริมาณพหุวิธี (Multi-methods) (Tashakkori & Teddlie, 2003) ซึ่งมีลักษณะเป็นการศึกษาโดยที่ใช้วิธีวิทยา 2 วิธี อยู่บนฐานแนวคิดปฏิฐานนิยม (Positivism) เช่นเดียวกัน และแบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือการวิจัยระยะที่ 1 เป็นการตรวจสอบเครื่องมือวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร หลังจากนั้นเมื่อค้นพบตัวแปรสาเหตุที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมบริการของบุคลากรสุขภาพ จะนำมาใช้การวิจัยระยะที่ 2 ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ โดยผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยระยะที่ 1 : การตรวจสอบแบบวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยระยะที่ 2 : การวิจัยเชิงทดลอง

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยระยะที่ 1 : การตรวจสอบแบบวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

การวิจัยระยะที่ 1 มีจุดประสงค์เพื่อตรวจสอบแบบวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดตัวแปรใหม่ที่สำคัญในบริบทการแพทย์ฉุกเฉิน และศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ตอนที่ 2 การ

ตรวจสอบเครื่องมือวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และแบบวัดตัวแปรเชิงสาเหตุอื่น ๆ ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร และตอนที่ 4 การวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ โดยมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลตอนที่ 1 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสุขภาพซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักฉุกเฉินการแพทย์ และพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามและส่งคืนโดยสมบูรณ์ รวมจำนวนทั้งสิ้น 205 ฉบับ จากทั้งหมด 220 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 93.18 ซึ่งมีผลการวิเคราะห์แสดงรายละเอียดตามตาราง 6

ตาราง 6 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	114	55.60
	หญิง	91	44.40
อายุ	18 – 20 ปี	2	1.00
	21 – 30 ปี	50	24.40
	31 – 40 ปี	80	39.00
	41 – 50 ปี	55	26.80
	51 – 60 ปี	18	8.80
	มากกว่า 60 ปี	0	0.00
ตำแหน่งงาน	พยาบาลวิชาชีพ	64	31.20
	นักฉุกเฉินการแพทย์	43	21.00
	พนักงานฉุกเฉินการแพทย์	98	47.80
หน่วยงาน	โรงพยาบาลรัฐ	112	54.60
	โรงพยาบาลเอกชน	41	20.00
	มูลนิธิ	52	25.40
ประสบการณ์การทำงาน	1 – 5 ปี	29	14.10
	6 – 10 ปี	66	32.20
	11 – 15 ปี	39	19.00
	16 – 20 ปี	38	18.50
	มากกว่า 20 ปี	33	16.10

จากตารางที่ 6 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง บุคลากรสุขภาพซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร พบว่าในภาพรวมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.60 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 44.40 อายุโดยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31 – 40 ปี ร้อยละ 39.00 รองลงมาเป็น 41 – 50 ปี ร้อยละ 26.80 และ 21 – 30 ปี ร้อยละ 24.40 ตำแหน่งงานส่วนใหญ่เป็นพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ร้อยละ 47.80 รองลงมาเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 31.20 และนักฉุกเฉินการแพทย์ ร้อยละ 21.00 หน่วยงานที่สังกัดของกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่สังกัดโรงพยาบาลรัฐ ร้อยละ 54.60 รองลงมาเป็น มูลนิธิ ร้อยละ 25.40 และโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 20.00 ประสบการณ์การทำงานส่วนใหญ่มีประสบการณ์อยู่ระหว่าง 6 – 10 ปี ร้อยละ 32.20 รองลงมาเป็น 11 – 15 ปี ร้อยละ 19.00 และ 16 – 20 ปี ร้อยละ 18.50 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 การตรวจสอบเครื่องมือวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และแบบวัดตัวแปรเชิงสาเหตุอื่น ๆ ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยระยะที่ 1

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงจำแนก (Discriminant Validity) ของแบบวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า พฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การตอบสนองบริการด้วยความพร้อม (Service responsiveness) การให้บริการอย่างมีศักยภาพ (Service potential) การให้บริการได้ตรงตามความต้องการ (Service for need) และการให้บริการอย่างน่าเชื่อถือ (Reliability of service) มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 166.35$, $df = 85$, $\chi^2/df = 1.96$, $RMSEA = 0.06$, $CFI = 0.99$, $NFI = 0.97$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 แบบจำลองการวัดความฉลาดทางอารมณ์แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านดี ด้านเก่ง และด้านสุข มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 142.14$, $df = 62$, $\chi^2/df = 2.29$, $RMSEA = 0.08$, $CFI = 0.98$, $NFI = 0.97$) แบบจำลองการวัดปัจจัยด้านแบ่งเป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ นโยบายองค์กร การมีส่วนร่วมที่ดี การปกครองบังคับบัญชา สภาพการทำงาน เงินเดือน และความมั่นคงในงาน มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 524.77$, $df = 269.00$, $\chi^2/df = 1.95$, $RMSEA = 0.05$, $CFI = 0.99$, $NFI = 0.97$) และแบบจำลองการวัดแรงจูงใจ ซึ่งประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ แรงจูงใจใต้อัตราปรกติ และแรงจูงใจสะท้อนกลับ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 39.08$, $df = 37.92$, $\chi^2/df = 1.03$, $RMSEA = 0.05$, $CFI = 0.99$, $NFI = 0.99$) โดยจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแสดงว่าทุกตัวแปรมีความเที่ยงตรงเชิงจำแนกโดยมีค่าอำนาจการประกอบผ่านเกณฑ์ทุกตัวแปร เมื่อพิจารณาค่า AVE ของตัวแปรทั้ง 3 ได้แก่ พฤติกรรมบริการตาม

มาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ความฉลาดทางอารมณ์ และแรงจูงใจ ในบางองค์ประกอบพบว่ามีความต่ำกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (0.5) แต่เนื่องจากแบบวัดผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากข้อค้นพบในการศึกษา โดยสร้างขึ้นมาเป็นครั้งแรกรวมทั้งแบบวัดทั้ง 3 ตัวแปรมีความเชื่อมั่นในการวัดตัวแปรแฝงในระดับที่เชื่อถือได้ ดังนั้นค่า AVE ดังกล่าวจึงเพียงพอที่จะยอมรับความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของแบบจำลองการวัดนี้ได้ (Ping, 2007) และมีคุณภาพเพียงพอที่จะนำไปวัดพฤติกรรมของบุคลากรสุขภาพและวิเคราะห์ต่อไป โดยค่าสถิติที่ผู้วิจัยดำเนินการหาค่าคุณภาพของเครื่องมือแสดงรายละเอียดดังตาราง 7 และภาพประกอบ 6

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) ของแบบวัด

แบบวัด	จำนวน ข้อ	Factor loading	Construct Reliability: CR	Average variance extracted: AVE
พฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน				
การตอบสนองบริการด้วยความพร้อม	3	0.73 – 0.81	0.64	0.61
การให้บริการอย่างมีศักยภาพ	5	0.67 – 0.83	0.84	0.51
การให้บริการได้ตรงตามความต้องการ	3	0.68 – 0.81	0.59	0.54
และการให้บริการอย่างน่าเชื่อถือ	5	0.59 – 0.87	0.84	0.53
$\chi^2 = 166.35$, $df = 85$, $\chi^2/df = 1.96$, $RMSEA = 0.06$, $CFI = 0.99$, $NFI = 0.97$				
ความฉลาดทางอารมณ์				
ด้านดี	5	0.58 – 0.80	0.80	0.45
ด้านเก่ง	4	0.64 – 0.80	0.77	0.57
ด้านสุข	5	0.65 – 0.79	0.85	0.53
$\chi^2 = 142.14$, $df = 62$, $\chi^2/df = 2.29$, $RMSEA = 0.08$, $CFI = 0.98$, $NFI = 0.97$				
ปัจจัยค้ำจุน				
นโยบายองค์กร	4	0.72 – 0.95	0.85	0.75
ความสัมพันธ์ที่ดี	5	0.62 – 0.94	0.90	0.65

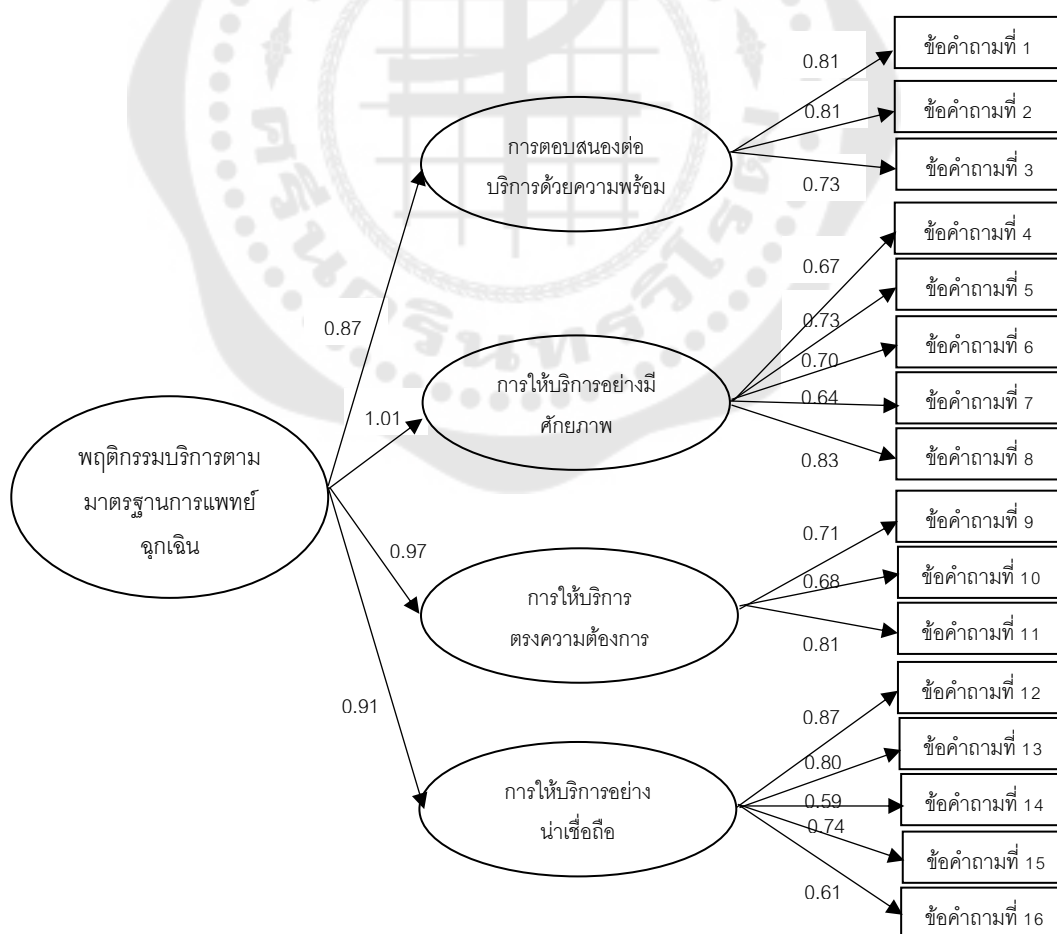
แบบวัด	จำนวน ข้อ	Factor loading	Construct Reliability: CR	Average variance extracted: AVE
การปกครองบังคับบัญชา	4	0.92 – 1.00	0.92	0.91
สภาพการทำงาน	4	0.72 – 0.82	0.78	0.59
เงินเดือน	5	0.86 – 0.93	0.96	0.82
ความมั่นคงในงาน	5	0.57 – 0.83	0.85	0.53

$\chi^2 = 524.77$, $df = 269.00$, $\chi^2/df = 1.95$, RMSEA = 0.05, CFI = 0.99, NFI = 0.97

แรงจูงใจ

แรงจูงใจไต่ร่ตรง	5	0.60 - 0.85	0.84	0.52
แรงจูงใจสะท้อนกลับ	5	0.73 – 0.85	0.90	0.64

$\chi^2 = 39.08$, $df = 37.92$, $\chi^2/df = 1.03$, RMSEA = 0.05, CFI = 0.99, NFI = 0.99



ภาพประกอบ 6 โมเดลการวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินตามสมมติฐาน ข้อที่ 1

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปร

การวิจัยในครั้งนี้ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal Relationship Model) ซึ่งได้ตรวจสอบใน 2 ประเด็น ได้แก่ การตรวจสอบการแจกแจงของตัวแปร และการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ดังนี้

2.1 การตรวจสอบการแจกแจงของตัวแปร

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบลักษณะการแจกแจงข้อมูลของตัวแปรว่าเป็นการแจกแจงข้อมูลแบบปกติหรือไม่ ด้วยการวิเคราะห์ค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Means) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviations) ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ในการตรวจสอบเพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้าง โดยทำการแปลงค่าตัวแปรให้เป็นคะแนนมาตรฐานและแปลงข้อมูลให้เป็นค่าปกติมากขึ้น พบว่า ตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ รายละเอียดดังตาราง 8

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ย (Means) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviations) ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของข้อมูลที่ได้จากการวัดตัวแปรของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	Mean	SD	Skewness	Kurtosis
การตอบสนองต่อการบริการด้วยความพร้อม	5.49	0.53	-1.05	1.79
การให้บริการอย่างมีศักยภาพ	5.40	0.52	-0.96	2.16
การให้บริการได้ตรงตามความต้องการ	5.36	0.61	-1.26	3.54
การให้บริการที่น่าเชื่อถือ	5.30	0.53	-0.59	0.78
ด้านดี	5.14	0.51	-0.16	-0.20
ด้านเก่ง	5.03	0.61	-0.21	-0.53
ด้านสุข	5.14	0.55	-0.47	0.26
แรงจูงใจไต่ร่ตรอง	5.37	0.48	-0.94	3.24
แรงจูงใจสะท้อนกลับ	5.55	0.51	-1.29	2.61
นโยบายองค์การ	5.27	0.62	-0.52	-0.06
ความสัมพันธ์ที่ดี	5.24	0.62	-1.11	3.64
การปกครองบังคับบัญชา	5.15	0.72	-1.21	3.96

ตัวแปร	Mean	SD	Skewness	Kurtosis
สภาพการทำงาน	5.24	0.59	-0.37	-0.22
เงินเดือน	4.74	0.84	-0.87	2.26
ความมั่นคงในงาน	5.19	0.61	-0.53	0.35

ผลการตรวจสอบการแจกแจงของตัวแปร ได้แก่ ค่าเฉลี่ยของตัวแปรพบว่ามีความอยู่ระหว่าง 4.74 – 5.55 การกระจายของข้อมูลพิจารณาจากค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพบว่า มีความอยู่ระหว่าง 0.48 – 0.84 จากการตรวจสอบความเบ้ของตัวแปรสังเกตพบว่าตัวแปรทุกตัวมีความเบ้ติดลบ ซึ่งแสดงว่าข้อมูลเบ้ไปทางซ้ายหรือค่าเฉลี่ยมีค่าน้อยกว่าค่ามัธยฐาน โดยมีค่าอยู่ระหว่าง -0.37 ถึง -1.29 จากการตรวจสอบความโด่งของตัวแปรสังเกตพบว่าตัวแปรส่วนใหญ่มีความโด่งเป็นบวก ซึ่งแสดงว่าข้อมูลโด่งมากกว่าปกติ โดยมีค่าอยู่ระหว่าง -0.06 ถึง 3.96 จากเกณฑ์การตรวจสอบการแจกแจงปกติโดยใช้ค่าความเบ้ และความโด่ง ได้เสนอว่าความเบ้น้อยกว่า -3 หรือมากกว่า 3 หมายถึงข้อมูลไม่สมมาตรหรือเบ้มาก ความโด่งน้อยกว่า -10 หรือมากกว่า 10 หมายถึงข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ และความโด่งน้อยกว่า -20 หรือมากกว่า 20 หมายถึงเปิดปัญหารุนแรง (Vanichbuncha, 2014) จากผลการตรวจสอบการแจกแจงปกติของตัวแปรดังกล่าวอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

2.2 การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ความสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคู่ของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่ดี และการปกครองบังคับบัญชา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ 0.84 ส่วนคู่ของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันน้อยที่สุด ได้แก่ การตอบสนองบริการด้วยความพร้อม และเงินเดือน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ 0.14 และเมื่อพิจารณาถึงเกณฑ์ของข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์สมการโครงสร้าง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ไม่ควรมีค่าสูงกว่า 0.85 เนื่องจากจะส่งผลให้เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรง (Multicollinearity) (Kline, 2023) ซึ่งผลจากการพิจารณาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรทุกคู่พบว่า มีค่าไม่สูงไปกว่า 0.85 ดังนั้น ตัวแปรทุกตัวจึงมีความเหมาะสมที่จะนำมาวิเคราะห์สมการโครงสร้างต่อไป รายละเอียดตามตาราง 9

ตาราง 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปร	SBSr	SBSp	SBSn	SBRs	EQg	EQs	EQh	MoTt	MoTf	HyGP	HyGR	HyGC	HyGE	HyGSa	HyGSu
SBSr	1														
SBSp	.752*	1													
SBSn	.594*	.738*	1												
SBRs	.593*	.714*	.753*	1											
EQg	.405*	.444*	.388*	.494*	1										
EQs	.279*	.335*	.325*	.419*	.712*	1									
EQh	.324*	.398*	.369*	.483*	.651*	.734*	1								
MoTt	.522*	.557*	.464*	.591*	.501*	.321*	.473*	1							
MoTf	.560*	.502*	.448*	.483*	.481*	.310*	.382*	.729*	1						
HyGP	.366*	.450*	.404*	.428*	.456*	.318*	.397*	.454*	.491*	1					
HyGR	.360*	.447*	.336*	.397*	.432*	.354*	.419*	.455*	.450*	.778*	1				
HyGC	.234*	.356*	.312*	.336*	.444*	.397*	.399*	.353*	.319*	.675*	.845	1			
HyGE	.343*	.376*	.427*	.463*	.506*	.446*	.492*	.511*	.478*	.606*	.622*	.625*	1		
HyGSa	.147*	.337*	.290*	.371*	.433*	.362*	.422*	.378*	.292*	.509*	.559	.599*	.587*	1	
HyGSu	.275*	.352*	.387*	.434*	.515*	.397*	.482*	.434*	.417*	.500*	.459*	.498*	.641*	.667*	1

* มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

องค์ประกอบของพฤติกรรมการ-

ตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน

SBSr : การตอบสนองบริการด้วยความพร้อม

SBSp : การให้บริการอย่างมีศักยภาพ

SBSn : การให้บริการตรงตามต้องการ

SBRs : การให้บริการอย่างน่าเชื่อถือ

องค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์

EQg : ด้านดี EQs : ด้านเก่ง EQh : ด้านสุข

องค์ประกอบของแรงจูงใจ

MoTt : แรงจูงใจได้ตรง

MoTf : แรงจูงใจสะท้อนกลับ

HyGP : นโยบายองค์กร

HyGR : การปกครองบังคับบัญชา

HyGC : สภาพการทำงาน

HyGE : ความสัมพันธ์ที่ดี

HyGSa : เงินเดือน

HyGSu : ความมั่นคงในงาน

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

จากกรอบแนวคิดของการวิจัยระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ตามแนวคิดที่พัฒนาขึ้น ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบความกลมกลืนของแบบจำลองความสัมพันธ์กับข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า ค่าดัชนีความกลมกลืน ได้แก่ $\chi^2 = 240.85$, $df = 85$, $\chi^2/df = 2.83$, $P = 0.00$, $CFI = 0.96$, $NFI = 0.94$, $RMSEA = 0.10$ ซึ่งค่าที่ได้ยังไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการผู้วิจัยจึงทำการปรับแบบจำลองโดยพิจารณาค่าดัชนีปรับแต่งโมเดล (Model modification index) ที่ได้จากการวิเคราะห์ รวมถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในเชิงแนวคิด ทฤษฎี รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผลการทดสอบความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพภายหลังจากการปรับโมเดล พบว่าค่าอิทธิพลและดัชนีวัดความสอดคล้องมีความเหมาะสมสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น คือ $\chi^2 = 147.78$, $df = 78$, $\chi^2/df = 1.89$, $CFI = 0.98$, $NFI = 0.96$, $RMSEA = 0.066$ ดังตาราง 10

ตาราง 10 ค่าดัชนีความกลมกลืนของแบบจำลองที่ได้จากการวิเคราะห์ (ก่อนและหลังปรับแบบจำลอง) เทียบกับเกณฑ์การพิจารณา

ดัชนี	เกณฑ์	ค่าดัชนีก่อนปรับ	ค่าดัชนีหลังปรับ	ผลการพิจารณาหลังปรับ
χ^2/df	< 3.00	2.83	1.89	ผ่านเกณฑ์
CFI	>0.90	0.96	0.98	ผ่านเกณฑ์
NFI	>0.90	0.94	0.96	ผ่านเกณฑ์
RMSEA	<0.08	0.10	0.06	ผ่านเกณฑ์

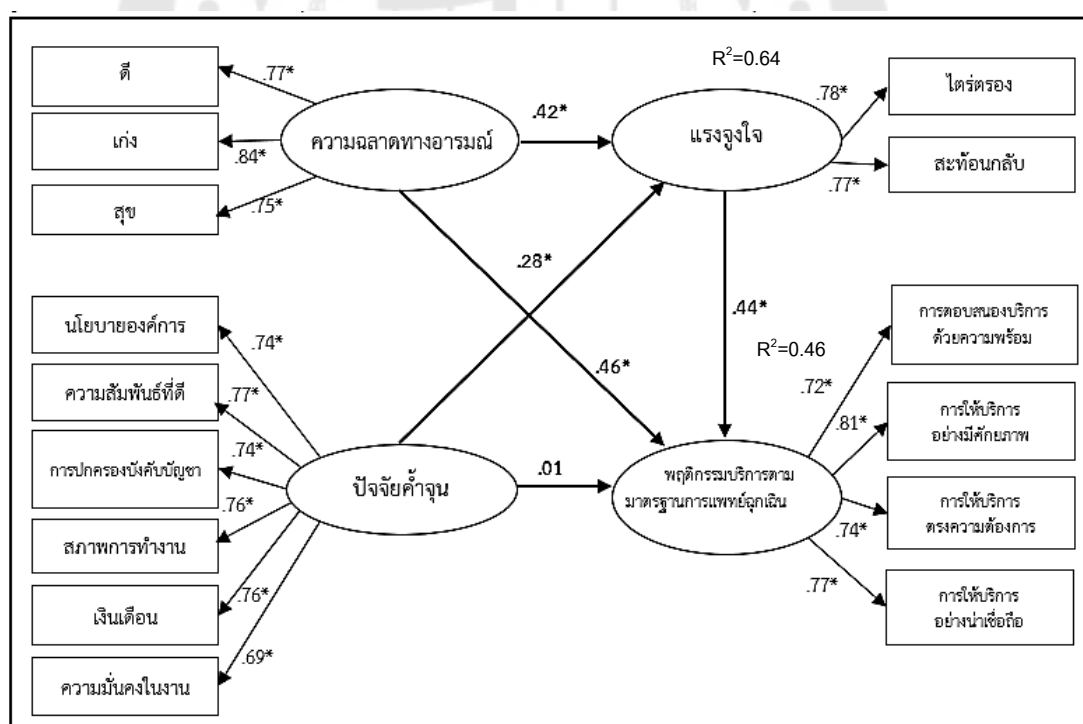
โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ค่าอิทธิพลระหว่างตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ ตามแบบจำลอง COM-B ซึ่งแสดงผลค่าอิทธิพลของตัวแปรและรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ดังแสดงรายละเอียดจากการวิเคราะห์ข้อมูล (Structure Equation Model: SEM) ตาราง 11 และภาพประกอบ 7

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ค่าอิทธิพลของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ

ตัวแปร	พฤติกรรมบริการตาม มาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ($R^2=0.64$)			แรงจูงใจ ($R^2=0.46$)		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE
ความฉลาดทางอารมณ์	0.46*	0.20*	0.62*	0.42*	-	0.42*
ปัจจัยคำจูน	0.01	0.12*	0.13*	0.28*	-	0.28*
แรงจูงใจ	0.44*	-	0.44*			

$$\chi^2 = 147.78, df = 78, \chi^2/df = 1.89, P = 0.00, CFI = 0.98, NFI = 0.96, RMSEA = 0.066$$

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, DE หมายถึง อิทธิพลทางตรง (Direct Effect), IE หมายถึง อิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect), TE หมายถึง อิทธิพลโดยรวม (Total Effect)



ภาพประกอบ 7 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ

จากตาราง 11 และภาพประกอบ 7 ผลการวิเคราะห์ค่าอิทธิพลของตัวแปรเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพพบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพมากที่สุดคือ ความฉลาดทางอารมณ์ ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.42 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รองลงมาเป็นแรงจูงใจ ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.44 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อพิจารณาอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรส่งผลต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพพบว่า ความฉลาดทางอารมณ์ และปัจจัยค้ำจุน มีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านแรงจูงใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.20 และ 0.12 และอิทธิพลของตัวแปรความฉลาดทางอารมณ์ ปัจจัยค้ำจุน พบว่าทั้งสองตัวแปรมีอิทธิพลทางตรงต่อแรงจูงใจ ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.46 และ 0.28 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพตามสมมติฐานจึงมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 147.78$, $df = 78$, $\chi^2/df = 1.89$, $CFI = 0.98$, $NFI = 0.96$, $RMSEA = 0.066$) และจากผลการวิเคราะห์ดังกล่าว สนับสนุนสมมติฐานของการวิจัยระยะที่ 1 ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ 2 ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 2 แรงจูงใจมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า แรงจูงใจมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.44 ดังนั้นผลการวิจัยจึงยอมรับสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 3 ความฉลาดทางอารมณ์มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.42 ดังนั้นผลการวิจัยจึงยอมรับสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 4 ปัจจัยค้ำจุนมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ปัจจัยค้ำจุนมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผลการวิจัยจึงปฏิเสธสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 5 ความฉลาดทางอารมณ์มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐาน การแพทย์ฉุกเฉินโดยส่งผ่านแรงจูงใจ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐาน การแพทย์ฉุกเฉินโดยส่งผ่านแรงจูงใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.20 ดังนั้น ผลการวิจัยจึงยอมรับสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 6 ปัจจัยค้ำจุนมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐาน การแพทย์ฉุกเฉินโดยส่งผ่านแรงจูงใจ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ปัจจัยค้ำจุนมีอิทธิพลทางอ้อมต่อแรงจูงใจต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐาน การแพทย์ฉุกเฉินโดยส่งผ่านแรงจูงใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.12 ดังนั้น ผลการวิจัยจึงยอมรับสมมติฐาน

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยระยะที่ 2 : การวิจัยเชิงทดลอง

การศึกษาวิจัย เรื่อง รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจตามโมเดล COM-B ที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ ซึ่งการวิจัยระยะที่ 2 นี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ โดยมีรายละเอียดผลการวิจัยจากการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานจำนวน 3 ข้อ ได้แก่

1) ภายหลังจากทดลองบุคลากรสุขภาพที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจจะมีแรงจูงใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่าบุคลากรสุขภาพที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

2) ภายหลังจากทดลองและติดตามผลบุคลากรสุขภาพที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจจะมีแรงจูงใจ และพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่าก่อนการทดลอง

3) บุคลากรสุขภาพที่ได้รับโปรแกรมฯ และมีการรับรู้ปัจจัยค้ำจุนสูงจะมีแรงจูงใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่าบุคลากรสุขภาพที่มีคุณลักษณะอื่น ๆ

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

M หมายถึง ค่าเฉลี่ย

SD หมายถึง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

n หมายถึง จำนวนบุคลากรสุขภาพในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

df หมายถึง ระดับแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)

p หมายถึง ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significant)

F หมายถึง ค่าสถิติที่ได้จากการคำนวณความแปรปรวน

Wilks's Lambda หมายถึง ค่าสถิติในการทดสอบความแปรปรวนหลายตัวแปร

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปร

ผลการวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปร กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักฉุกเฉินการแพทย์ และพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เฮอร์วาร์ด) สำนักงานแพทย์ที่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 40 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 20 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน โดยมีรายละเอียดของตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร ความฉลาดทางอารมณ์ แรงจูงใจ และพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามกลุ่มการทดลอง และระยะของการทดลอง (ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มรวม (n=40)	
	M	SD	M	SD	M	SD
ความฉลาดทางอารมณ์						
ก่อนการทดลอง	4.77	0.28	5.46	0.45	5.18	0.51
หลังการทดลองทันที	5.80	0.34	5.44	0.41	5.59	0.42
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	5.38	0.37	5.33	0.39	5.35	0.38

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มรวม (n=40)	
	M	SD	M	SD	M	SD
แรงงูใจ						
ก่อนการทดลอง	5.38	0.53	5.52	0.40	5.46	0.46
หลังการทดลองทันที	5.90	0.26	5.58	0.43	5.71	0.40
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	5.63	0.39	5.55	0.40	5.52	0.39
พฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน						
ก่อนการทดลอง	5.23	0.51	5.53	0.41	5.40	0.47
หลังการทดลองทันที	5.81	0.31	5.57	0.38	5.66	0.37
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	5.53	0.26	5.52	0.40	5.53	0.35

จากตาราง 12 การเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ในกลุ่มทดลอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในระหว่างวัดผลการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.77, 5.80, 5.38) ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีคะแนนลดลงทั้งในระหว่างวัดผลการทดลองทันทีและระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.46, 5.44, 5.33) ตามลำดับ แรงงูใจ กลุ่มทดลอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในระหว่างวัดผลการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.38, 5.90, 5.63) ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีคะแนนเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในระหว่างวัดผลการทดลองทันทีและลดลงในระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.52, 5.58, 5.55) ตามลำดับ และพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ในกลุ่มทดลอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในระหว่างวัดผลการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.23, 5.81, 5.53) ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีคะแนนเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในระหว่างวัดผลการทดลองทันทีและลดลงในระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.53, 5.57, 5.52) ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อทดสอบสมมติฐานการทดลอง

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้สถิติในการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร ซึ่งก่อนทำการทดสอบสมมติฐานของการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับเทคนิคการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

1. ตรวจสอบความเป็นอิสระของคะแนนจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคัดเลือกเข้ามาอย่างอิสระด้วยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ารับการทดลองโปรแกรมตามรูปแบบการทดลองที่ผู้วิจัยกำหนด ดังนั้นจึงไม่เป็นการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น ในส่วนของการทดสอบค่าการแจกแจงปกติของข้อมูล (Normal distribution) โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk พบว่า ตัวแปรทั้งหมดไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่า z-value (Skewness & Kurtosis) อยู่ระหว่าง -1.96 ถึง +1.96 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงโค้งปกติ

2. ตรวจสอบความเป็นเอกพันธ์ของเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วม (Homogeneity of variance-covariance matrices) ด้วย Box's M test ในทุกสมมติฐานของการวิจัย โดยผลการวิเคราะห์พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อตรวจสอบความเท่ากันของความแปรปรวนตัวแปรตามด้วยวิธี Lvene's Test พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน แสดงให้เห็นว่าความแปรปรวนและความแปรปรวนร่วมของตัวแปรตามมีความเท่ากันในทุกกลุ่ม

3. ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปร (Linearity) การวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณจะมีความเหมาะสมเมื่อตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กัน ตรวจสอบด้วยการใช้สถิติเพียร์สัน (Pearson's Correlation) พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .603$)

จากผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ครั้งนี้ จะเห็นได้ว่าการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้ทดสอบ ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ตรวจสอบตัวแปรจัดกระทำและทดสอบสมมติฐานการวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์และตรวจสอบตัวแปรจัดกระทำ

ในเบื้องต้นก่อนการทดสอบสมมติฐานของการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ตรวจสอบตัวแปรจัดกระทำโดยการทดสอบความแตกต่างของ ความฉลาดทางอารมณ์ แรงจูงใจ และพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินในช่วงระยะวัดผลหลังการทดลองทันทีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อแสดงให้เห็นถึงโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสามารถพัฒนาตัวแปรที่นำมาเป็นแนวคิดหลักในการสร้างโปรแกรมได้ซึ่งเป็นตัวแปรต้นจากการวิจัยในระยะที่ 1 โดยเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรพบว่า แรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร

(MANOVA) ในการทดสอบเนื่องจากการเป็นการทดสอบที่มีอำนาจในการทำนายที่สูง โดยมีผลการทดสอบ ดังนี้

ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและแรงจูงใจ ด้วยความแปรปรวนหลายตัวแปรในระยะวัดผลก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilks's Lambda	Hypothesis df	Error df	Multivariate F test
กลุ่มทดลอง	0.99	2.00	37.00	0.04

จากตาราง 13 ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและแรงจูงใจ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันในช่วงการวัดผลก่อนการทดลอง (Wilks's Lambda = 0.99, F = 0.04) ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยต่อไป

ผลการวิเคราะห์สมมติฐานข้อที่ 7 ภายหลังการทดลองบุคลากรสุขภาพที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจจะมีแรงจูงใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่าบุคลากรสุขภาพที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

ตาราง 14 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และแรงจูงใจ ด้วยความแปรปรวนหลายตัวแปรในระยะวัดผลหลังการทดลองทันทีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความแปรปรวน	Wilks's Lambda	Hypothesis df	Error df	Multivariate F test
กลุ่มการทดลอง	0.33	2.00	37.00	36.92*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 14 การวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและแรงจูงใจ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันในช่วงวัดการวัดผลภายหลังการทดลองทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Wilks's Lambda = 0.33, F = 36.92)

ตาราง 15 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนที่ละตัวแปรเพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและแรงจูงใจในระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P-value
พฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน	กลุ่มการทดลอง	10.00	1	10.00	67.86*	0.00
	ความคลาดเคลื่อน	5.60	38	0.15		
แรงจูงใจ	กลุ่มการทดลอง	7.26	1	7.23	40.67*	0.00
	ความคลาดเคลื่อน	6.75	38	0.18		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนที่ละตัวแปร พบว่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและแรงจูงใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ พฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ($F = 67.86$, $P = 0.00$) และแรงจูงใจ ($F = 40.67$, $P = 0.00$) เมื่อพบว่ามีความแตกต่างกันผู้วิจัยจึงได้ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni ข้อมูลดังตาราง 16

ตาราง 16 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและแรงจูงใจ

ตัวแปร	ช่วงเวลา	กลุ่ม	M	Mean Different	ES
พฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน	หลังการทดลอง	ทดลอง	5.90	1.000**	.641
		ควบคุม	4.90		

ตัวแปร	ช่วงเวลา	กลุ่ม	M	Mean Different	ES
แรงจูงใจ	หลังการ	ทดลอง	5.90	0.850*	.517
	ทดลอง	ควบคุม	5.05		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและแรงจูงใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .641 และ .517 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าเป็นค่าอิทธิพลในระดับค่อนข้างสูง แสดงว่ามีความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและแรงจูงใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นผลมากจากอิทธิพลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสรุปผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 จากตาราง 15 และ 16 พบว่า ภายหลังการทดลองบุคลากรสุขภาพที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ จะมีแรงจูงใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่าบุคลากรที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่ายอมรับสมมติฐานข้อที่ 7

ผลการวิเคราะห์สมมติฐานข้อที่ 8 ภายหลังการทดลองและติดตามผลบุคลากรสุขภาพที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจจะมีแรงจูงใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่าก่อนการทดลอง ดังตาราง 17

ตาราง 17 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และแรงจูงใจ ด้วยความแปรปรวนหลายตัวแปรในระยะวัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผลในกลุ่มทดลอง

ความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilks's Lambda	Hypothesis df	Error df	Multivariate F test
กลุ่มการทดลอง	0.33	2.00	37.00	37.66*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 การวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและแรงจูงใจ พบว่าในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันตามช่วงของการวัดผลภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผลเทียบกับก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Wilks's Lambda = 0.33, $F = 37.66$)

ตาราง 18 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนที่ละตัวแปรเพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและแรงจูงใจในระยะหลังการทดลองและติดตามผลเทียบกับก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Partial Eta Squared
พฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน	เวลา	10.30	2	5.15	27.82*	0.59
	พฤติกรรมบริการฯ	4.23	1	4.22	18.78*	0.69
	เวลา × พฤติกรรมบริการฯ	1.60	2	0.80	3.64*	0.27
	ภายในกลุ่ม (Error)	4.27	19	0.22		
แรงจูงใจ	เวลา	9.30	2	4.65	26.37*	0.58
	แรงจูงใจ	5.60	1	6.07	34.17*	0.66
	เวลา × แรงจูงใจ	1.10	2	0.55	3.67*	0.28
	ภายในกลุ่ม (Error)	2.87	19	0.15		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนที่ละตัวแปรเพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและแรงจูงใจในระยะหลังการทดลองและติดตามผลเทียบกับก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่า ผลของช่วงเวลาในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละช่วงเวลา ($F = 27.82$, Partial Eta Squared = 0.59) และแรงจูงใจ ($F = 26.37$, Partial Eta Squared = 0.58) แสดงว่าช่วงเวลามีผลต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและแรงจูงใจอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และมีขนาดของอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง

ตาราง 19 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ในกลุ่มทดลองของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและแรงจูงใจจำแนกตามช่วงเวลาของการวัด

ตัวแปร	ช่วงเวลา	M	SD	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตามผล
พฤติกรรมบริการ	ก่อนทดลอง	4.90	0.10	-	<0.001*	0.001*
ตามมาตรฐาน	หลังทดลอง	5.90	0.07	<0.001*	-	0.046*
การแพทย์ฉุกเฉิน	ติดตามผล	5.55	0.11	0.001*	0.046*	-
	ก่อนทดลอง	5.00	0.13	-	<0.001*	<0.001*
แรงจูงใจ	หลังทดลอง	5.90	0.07	<0.001*	-	0.802
	ติดตามผล	5.75	0.99	<0.00*	0.802	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 19 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ในกลุ่มทดลองของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและแรงจูงใจจำแนกตามช่วงเวลาของการวัด ซึ่งผู้วิจัยจึงได้ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni พบว่า บุคลากรสุขภาพที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจฯ มีพฤติกรรมบริการฯ และแรงจูงใจในระยะภายหลังการทดลองและติดตามผล แตกต่างกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = <.001$, $p = .001$) โดยมีความเฉลี่ยของพฤติกรรมบริการฯ เพิ่มขึ้นจาก 4.90 เป็น 5.90 แสดงว่าหลังการทดลองบุคลากรสุขภาพมีพฤติกรรมบริการดีขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล ยังคงมีความแตกต่างกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .001$) โดยค่าเฉลี่ยลดลงเล็กน้อยเป็น 5.55 แสดงว่าระยะติดตามผล บุคลากรยังคงมีความคงทนของพฤติกรรมบริการฯ ที่ดีอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับแรงจูงใจที่พบว่า มีค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นจาก 5.00 เป็น 5.90 แสดงว่าหลังการทดลองบุคลากรสุขภาพมีแรงจูงใจที่สูงขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล และยังคงมีความแตกต่างกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = <.001$) โดยค่าเฉลี่ยลดลงเล็กน้อยเป็น 5.75 แสดงว่าระยะติดตามผล บุคลากรยังคงมีความคงทนของแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องเช่นกัน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสรุปผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 8 จากตาราง 18 และ 19 พบว่า ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลบุคลากรสุขภาพที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจจะมี

แรงงูใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่าก่อนการทดลอง ดังนั้นจึงสรุปได้ว่ายอมรับสมมติฐานในข้อที่ 8

ผลการวิเคราะห์สมมติฐานข้อที่ 9 บุคลากรสุขภาพที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงงูใจและมีการรับรู้ปัจจัยคำจุนที่สูงจะมีแรงงูใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่าบุคลากรสุขภาพที่มีคุณลักษณะอื่น ๆ

ตาราง 20 ผลการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับ/ไม่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงงูใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินกับระดับการรับรู้ปัจจัยคำจุนที่มีต่อพฤติกรรมบริการฯ และแรงงูใจในระยะหลังการทดลอง

ความแปรปรวน	Wilks's Lambda	F	df	P	Partial Eta Squared
กลุ่มการทดลอง	0.34	34.44*	2	<0.01	0.66
ปัจจัยคำจุน	0.77	5.21*	2	0.01	0.22
กลุ่มการทดลอง X ปัจจัยคำจุน	0.85	2.96	2	0.07	0.15

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 20 การวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุแบบสองทางพบว่า ในระยะหลังการทดลอง ไม่พบปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างกลุ่มการทดลองกับการรับรู้ปัจจัยคำจุน (Wilks's Lambda = 0.85, F = 2.96, P = 0.07) แต่พบอิทธิพลหลัก (Main effect) ของกลุ่มการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและแรงงูใจ (Wilks's Lambda = 0.34, F = 34.44, P = <0.01) และอิทธิพลหลักของการรับรู้ปัจจัยคำจุนที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและแรงงูใจ (Wilks's Lambda = 0.77, F = 5.21, P = 0.01) ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ในระยะหลังการทดลองกลุ่มการทดลองและการรับรู้ปัจจัยคำจุนร่วมกันมีอิทธิพลต่อคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและแรงงูใจในระดับปานกลาง ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิเคราะห์ Univariate จำแนกรายตัวแปรเพื่อทดสอบว่ามีปฏิสัมพันธ์ที่เป็นตัวแปรใดบ้าง ดังข้อมูลในตาราง 21

ตาราง 21 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทีละตัวแปร เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามกลุ่มการทดลองและระดับการรับรู้ปัจจัยคำจูนในระยะหลังการทดลอง

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Partial Eta Squared
พฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน แรงจูงใจ	กลุ่มการทดลองXการรับรู้ปัจจัยคำจูน	0.03	1	0.03	0.20	0.06
	ความคลาดเคลื่อน	5.34	36	0.15		
	กลุ่มการทดลองXการรับรู้ปัจจัยคำจูน	0.77	1	0.77	5.65*	0.14
	ความคลาดเคลื่อน	4.87	36	0.14		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 21 จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทีละตัวแปร พบการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลองและการรับรู้ปัจจัยคำจูนที่มีต่อแรงจูงใจในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 5.65$, $P = 0.02$) แต่ไม่พบการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลองและการรับรู้ปัจจัยคำจูนที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิเคราะห์อิทธิพลย่อย (Simple effect) เพื่อพิจารณาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ของแรงจูงใจ จำแนกตามระดับการรับรู้ปัจจัยคำจูนระดับต่ำและสูง และการได้รับ/ไม่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ในระยะหลังการทดลอง ด้วยวิธีการของ Bonferroni ดังข้อมูลในตาราง 22

ตาราง 22 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยรายคู่ของแรงงูใจจำแนกตามระดับการรับรู้ปัจจัยคำจูนและการได้รับ/ไม่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงงูใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ในระยะหลังการทดลอง

การรับรู้ปัจจัยคำจูน	กลุ่มการทดลอง	M	SD	Mean Different	ES
ระดับต่ำ	กลุ่มทดลอง	5.80	0.45	1.47*	0.27
	กลุ่มควบคุม	4.33	0.58		
ระดับสูง	กลุ่มทดลอง	5.93	0.26	0.75*	0.13
	กลุ่มควบคุม	5.18	0.39		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 22 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยรายคู่ของแรงงูใจจำแนกตามระดับการรับรู้ปัจจัยคำจูนและการได้รับ/ไม่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงงูใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ในระยะหลังการทดลอง พบว่า ระดับการรับรู้ปัจจัยคำจูนในกลุ่มสูงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของแรงงูใจในระยะภายหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.13 เช่นเดียวกันกับระดับการรับรู้ปัจจัยคำจูนในกลุ่มต่ำในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของแรงงูใจในระยะภายหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.27 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคลากรสุขภาพที่มีการรับรู้ปัจจัยคำจูนที่สูงและได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงงูใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินจะมีแรงงูใจที่สูงกว่าบุคลากรสุขภาพในกลุ่มที่มีคุณลักษณะอื่น ๆ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสรุปผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 9 จากตาราง 21 และ 22 พบว่าบุคลากรสุขภาพที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงงูใจฯ และมีการรับรู้ปัจจัยคำจูนสูงจะมีแรงงูใจที่สูงกว่าบุคลากรสุขภาพที่มีการรับรู้ปัจจัยคำจูนที่ต่ำและไม่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงงูใจฯ ดังนั้นผลการวิจัยจึงยอมรับสมมติฐานเพียงบางส่วน

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาทางพฤติกรรมศาสตร์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อตรวจสอบแบบวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้ได้เครื่องมือวัดที่มีคุณภาพ และศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเมื่อได้เครื่องมือวัดที่มีคุณภาพ และทราบตัวแปรต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริการฯ จึงนำตัวแปรที่เกี่ยวข้องมาพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาในลักษณะของเชิงปริมาณพหุวิธี (Multi-methods) (Tashakkori & Teddlie, 2003) ซึ่งมีลักษณะเป็นการศึกษาโดยที่ใช้วิธีวิทยา 2 วิธี อยู่บนฐานแนวคิดปฏิฐานนิยม (Positivism) เช่นเดียวกัน และแบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือการวิจัยระยะที่ 1 เป็นการตรวจสอบเครื่องมือวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร หลังจากนั้นเมื่อค้นพบตัวแปรสาเหตุที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมบริการของบุคลากรสุขภาพ จะนำมาใช้การวิจัยระยะที่ 2 ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

สรุปและอภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 1

การวิจัยในระยะที่ 1 การตรวจสอบแบบวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้ได้เครื่องมือวัดตัวแปรดังกล่าวที่มีคุณภาพ และศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลองความสามารถ (Capability) โอกาส (Opportunity) แรงจูงใจ (Motivation) และพฤติกรรม (Behaviour) (COM-B Model) ร่วมกับการศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีตัวแปรที่ศึกษาประกอบไปด้วย 1) ตัวแปรแฝงภายนอก ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1.1) กลุ่มตัวแปรด้านความสามารถ (Capability) คือ ความฉลาดทางอารมณ์ 3 ด้าน 1.2) กลุ่มตัวแปรด้านโอกาส (Opportunity) คือ ปัจจัยด้าน 6 ด้าน 2) ตัวแปรแฝงภายใน ประกอบด้วย 2.1) ตัวแปรคั่นกลาง ได้แก่ แรงจูงใจ 2 ด้าน 2.2) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน 4 ด้าน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่

บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) เนื่องจากเป็นการสุ่มจากประชากรที่มีจำนวนมากและมีความแตกต่างกันระหว่างหน่วยสุ่มที่สามารถจำแนกออกเป็นชั้นภูมิเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความครบถ้วนและครอบคลุม เป็นตัวแทนของประชากรที่ดี แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มวิชาชีพ (พยาบาลวิชาชีพและนักฉุกเฉินการแพทย์) และกลุ่มสนับสนุน (พนักงานฉุกเฉินการแพทย์) จากจำนวนทั้งหมด 60 หน่วยงานเครือข่ายในระบบบริการฯ รวมกลุ่มตัวอย่างที่ได้ จำนวน 220 คนทั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 4 ตอน ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
2. ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ
4. การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานของการวิจัย ได้แก่ การวิเคราะห์แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพตามสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 1 – 5

สรุปผลการวิจัย

1. **ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** บุคลากรสุขภาพซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร พบว่าในภาพรวมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.60 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 44.40 อายุโดยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31 – 40 ปี ร้อยละ 39.00 รองลงมาเป็น 41 – 50 ปี ร้อยละ 26.80 และ 21 – 30 ปี ร้อยละ 24.40 ตำแหน่งงานส่วนใหญ่เป็นพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ร้อยละ 47.80 รองลงมาเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 31.20 และนักฉุกเฉินการแพทย์ ร้อยละ 21.00 หน่วยงานที่สังกัดของกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่สังกัดโรงพยาบาลรัฐ ร้อยละ 54.60 รองลงมาเป็น มูลนิธิ ร้อยละ 25.40 และโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 20.00 ประสบการณ์การทำงานส่วนใหญ่มีประสบการณ์อยู่ระหว่าง 6 – 10 ปี ร้อยละ 32.20 รองลงมาเป็น 11 – 15 ปี ร้อยละ 19.00 และ 16 – 20 ปี ร้อยละ 18.50 ตามลำดับ

2. **ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประมาณค่า 6 ระดับ ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาร์คทั้งฉบับอยู่ที่ 0.93 และมีค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างโดยพิจารณาจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.59 – 0.87 แบบวัดความฉลาดทาง

อารมณ์ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาร์คทั้งฉบับอยู่ที่ 0.91 และมีค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างโดยพิจารณาจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.58 – 0.80 **แบบวัดปัจจัยคำจูน** มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาร์คทั้งฉบับอยู่ที่ 0.96 และมีค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างโดยพิจารณาจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.57 – 1.00 และ**แบบวัดแรงจูงใจ** มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาร์คทั้งฉบับอยู่ที่ 0.93 และมีค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างโดยพิจารณาจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.60 – 0.85

3. ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ โดยการวิเคราะห์แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ซึ่งผู้วิจัยได้ ดำเนินการตรวจสอบลักษณะการแจกแจงข้อมูลของตัวแปรว่าเป็นการแจกแจงข้อมูลแบบปกติหรือไม่ ด้วยการวิเคราะห์ค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Means) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviations) ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ในการตรวจสอบเพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้าง โดยทำการแปลงค่าตัวแปรให้เป็นคะแนนมาตรฐานและแปลงข้อมูลให้เป็นค่าปกติมากขึ้น พบว่า ตัวแปรทุกตัวมีค่าการแจกแจงเป็นโค้งปกติ และผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ความสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคู่ของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่ดี และการปกครองบังคับบัญชา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ 0.84 ส่วนคู่ของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันน้อยที่สุด ได้แก่ การตอบสนองบริการด้วยความพร้อม และเงินเดือน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ 0.14 และเมื่อพิจารณาถึงเกณฑ์ของข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์สมการโครงสร้าง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ไม่ควรมีค่าสูงกว่า 0.85 เนื่องจากจะส่งผลให้เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรง (Multicollinearity) (Kline, 2023) ซึ่งผลจากการพิจารณาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรทุกคู่พบว่า มีค่าไม่สูงไปกว่า 0.85 ดังนั้นตัวแปรทุกตัวจึงมีความเหมาะสมที่จะนำมาวิเคราะห์สมการโครงสร้างต่อไป

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานของการวิจัย พบว่า จากสมมติฐานข้อที่ 1 โมเดลการวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 166.35$, $df = 85$, $\chi^2/df = 1.96$, $RMSEA = 0.06$, $CFI = 0.99$, $NFI = 0.97$) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การตอบสนองบริการด้วยความพร้อม (Service responsiveness) การให้บริการอย่างมีศักยภาพ (Service potential) การให้บริการได้ตรงตาม

ความต้องการ (Service for need) และการให้บริการอย่างน่าเชื่อถือ (Reliability of service) และการตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ตามแนวคิดที่พัฒนาขึ้น ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบความกลมกลืนของแบบจำลองความสัมพันธ์กับข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า ค่าดัชนีความกลมกลืน ได้แก่ $\chi^2 = 240.85$, $df = 85$, $\chi^2/df = 2.83$, $P = 0.00$, $CFI = 0.96$, $NFI = 0.94$, $RMSEA = 0.10$ ซึ่งค่าที่ได้ยังไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการผู้วิจัยจึงทำการปรับแบบจำลองโดยพิจารณาค่าดัชนีปรับแต่งโมเดล (Model modification index) ที่ได้จากการวิเคราะห์รวมถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในเชิงแนวคิด ทฤษฎี รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผลการทดสอบความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพภายหลังจากการปรับโมเดล พบว่าค่าอิทธิพลและดัชนีวัดความสอดคล้องมีความเหมาะสมสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น คือ $\chi^2 = 147.78$, $df = 78$, $\chi^2/df = 1.89$, $CFI = 0.98$, $NFI = 0.96$, $RMSEA = 0.066$ ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสนับสนุนสมมติฐานหลักของการวิจัย โดยมีผลการทดสอบสมมติฐานย่อย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 2 แรงจูงใจมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า แรงจูงใจมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.44 ดังนั้นผลการวิจัยจึงยอมรับสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 3 ความฉลาดทางอารมณ์มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.42 ดังนั้นผลการวิจัยจึงยอมรับสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 4 ปัจจัยค้ำจุนมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ปัจจัยค้ำจุนมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผลการวิจัยจึงปฏิเสธสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 5 ความฉลาดทางอารมณ์มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐาน การแพทย์ฉุกเฉินโดยส่งผ่านแรงจูงใจ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐาน การแพทย์ฉุกเฉินโดยส่งผ่าน

แรงงูใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.28 ดังนั้น ผลการวิจัยจึงยอมรับสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 6 ปัจจัยค่าจูนมีอิทธิพลทางอ้อมต่อแรงงูใจต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐาน การแพทย์ฉุกเฉินโดยส่งผ่านแรงงูใจ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ปัจจัยค่าจูนมีอิทธิพลทางอ้อมต่อแรงงูใจต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐาน การแพทย์ฉุกเฉินโดยส่งผ่านแรงงูใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.12 ดังนั้น ผลการวิจัยจึงยอมรับสมมติฐาน

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอการอภิปรายผลตามสมมติฐานของการวิจัย โดยอธิบายความเป็นเหตุและผลของตัวแปรที่ศึกษาทั้งการตรวจสอบเครื่องมือวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และการศึกษาแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมบริการ เพื่อให้เกิดความชัดเจนและตรงประเด็นมากที่สุด ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า พฤติกรรมบริการฯ มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ การตอบสนองบริการด้วยความพร้อม การให้บริการอย่างมีศักยภาพ การให้บริการได้ตรงความต้องการ และการให้บริการอย่างน่าเชื่อถือ โดยโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จึงเป็นการแสดงให้เห็นว่างานบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้นเป็นงานที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากส่งผลโดยตรงต่อชีวิตของมนุษย์ บุคลากรสุขภาพที่ทำงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกรุงเทพมหานครจึงต้องตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานที่จะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินมีชีวิตรอด จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของระบบการแพทย์ฉุกเฉินต่อชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินโดยการผสมผสานแนวคิดของ Parasuraman et al. (1990) และ Komari & Djafar (2023) ซึ่งผู้วิจัยได้นำองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ของพฤติกรรมบริการฯ มาปรับให้สอดคล้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกรุงเทพมหานคร ส่งผลให้ได้แบบวัดที่มีความน่าเชื่อถือทั้ง 16 ข้อ โดยมีความน่าเชื่อถือโดยรวมสูงถึง 0.93 ซึ่งใกล้เคียงกับมาตราส่วนคุณภาพบริการสุขภาพของ Komari & Djafar (2023) ซึ่งประกอบด้วย 25 ข้อ ตามมาตราส่วน SERVQUAL ของ Parasuraman et al. (1990) โดยมีความน่าเชื่อถือระหว่าง 0.60 ถึง 0.85 และแบ่งเป็น 5 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมที่ปรากฏ ความน่าเชื่อถือ การตอบสนอง ความมั่นใจ และความเห็นอกเห็นใจ เพื่อประเมินคุณภาพ

บริการสุขภาพในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ในมาเลเซีย ซึ่งแบบวัดดังกล่าวมีความแตกต่างจากการวัดของ Nilsson et al. (2020) ซึ่งเป็นแบบวัดความสามารถของพยาบาลในรพพยาบาล (ANC) จำนวน 43 ข้อซึ่งมีจำนวนมากกว่า โดยมีค่าอัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.71 และค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ในช่วง 0.37 ถึง 0.82 ซึ่งวัดความสามารถของพยาบาลบนรพพยาบาล และนักศึกษาพยาบาลที่ปฏิบัติงานในรพพยาบาลในประเทศสวีเดน พฤติกรรมการบริการของบุคลากรสุขภาพย่อมส่งผลกระทบเป็นวงกว้างทั้งต่อภาพลักษณ์ขององค์กร และประสิทธิภาพการทำงาน โดยหากบุคลากรสุขภาพมีพฤติกรรมการบริการเชิงบวกซึ่งมีลักษณะเด่น คือ ความเห็นอกเห็นใจ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางย่อมส่งผลกระทบต่อระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่สูงขึ้น ส่งผลให้การปฏิบัติตามแผนการรักษาดีขึ้น และผลลัพธ์ทางคลินิกในการรักษาผู้ป่วยดีขึ้นตามไปด้วย นอกจากนี้ หากบุคลากรสุขภาพมีความสัมพันธ์ระหว่างกันที่แข็งแกร่ง และมีวัฒนธรรมองค์กรในการสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่ดี ย่อมมีแนวโน้มที่จะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการทำงานที่สูงขึ้น เนื่องจากสามารถประสานงานการดูแลผู้ป่วย และการแบ่งปันความรู้และทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในทางกลับกัน หากบุคลากรสุขภาพมีพฤติกรรมการบริการเชิงลบ เช่น มีความหยาบคาย ความเฉยเมย หรือการสื่อสารที่ไม่ดี อาจบั่นทอนประสิทธิภาพในการทำงาน นำไปสู่ความไม่พอใจของผู้ป่วย และก่อให้เกิดข้อผิดพลาดทางการแพทย์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ได้ ดังนั้น การศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 นี้จึงได้ตรวจสอบเครื่องมือวัดพฤติกรรมการให้บริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพ ซึ่งเชื่อถือได้และนำไปใช้ได้จริง

สมมติฐานข้อที่ 2 ความฉลาดทางอารมณ์มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรมการบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .42 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Alonazi (2020) ที่ศึกษาผลกระทบของความฉลาดทางอารมณ์ต่อการปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ในกลุ่มพยาบาลของโรงพยาบาลระดับอุดมศึกษา 3 แห่ง จำนวน 340 คน ในประเทศซาอุดีอาระเบีย ผลการวิจัยพบว่า ความฉลาดทางอารมณ์ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\beta = .39$) เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ Najimi et al. (2021) ที่พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในกลุ่มผู้ให้บริการด้านสุขภาพในประเทศอิหร่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ความฉลาดทางอารมณ์ เป็นปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมและจัดการอารมณ์ทั้งของตัวบุคลากรเองและผู้ป่วย โดยเฉพาะในสถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉินที่ต้องเผชิญกับความเครียดสูงและสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด ความฉลาดทาง

อารมณ์จะช่วยให้บุคลากรสามารถจัดการกับอารมณ์ตนเองได้ ยกตัวอย่างเช่น 1) การจัดการความเครียดจากการทำงานที่มีภาระหนัก ซึ่งจะช่วยให้ไม่เกิดความผิดพลาดจากอารมณ์ที่ควบคุมไม่ได้ 2) การเข้าใจและจัดการอารมณ์ของผู้อื่น อาทิ การแสดงออกถึงความเห็นใจและการให้คำแนะนำที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยในขณะเกิดเหตุฉุกเฉิน โดยจากงานวิจัยของ Goleman (2005) ได้เน้นว่าอารมณ์ที่สามารถจัดการได้ดีส่งผลต่อการทำงานร่วมกับผู้อื่นและการตัดสินใจในภาวะกดดัน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่ต้องการการตัดสินใจที่รวดเร็วและมีเหตุผล และตัวอย่างจากงานวิจัยของ Cummings (2010) พบว่า พยาบาลที่มีระดับความฉลาดทางอารมณ์สูงสามารถลดความเครียดจากการทำงานได้ดีและสามารถให้บริการผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สมมติฐานข้อที่ 3 แรงงูใจมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .44 สอดคล้องกับ Krajangsaeng (2017) ได้ศึกษาอิทธิพลของแรงงูใจในการทำงานที่ส่งผลต่อคุณภาพของการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 265 คน ผลการวิจัยพบว่า แรงงูใจในการทำงานมีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\beta = .49$) ดังนั้นบุคลากรสุขภาพหากได้รับการกระตุ้นให้มีระดับของแรงงูใจที่สูงขึ้นก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพให้มีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย สะท้อนให้เห็นว่า แรงงูใจเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สามารถส่งผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมในการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพในสถานการณ์เร่งด่วนและเสี่ยงสูง ซึ่งงานบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินจำเป็นต้องอาศัยความตื่นตัว ความเต็มใจ และความตั้งใจสูงในการตอบสนองต่อผู้ป่วยภายใต้ข้อจำกัดของเวลาและทรัพยากร นอกจากนี้ ผลการวิจัยของ Herzberg (1966) ได้อธิบายผ่านทฤษฎี Two-Factor Theory ว่าแรงงูใจ (motivators) เช่น ความสำเร็จ การยอมรับ และความก้าวหน้าในงาน เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคลากรรู้สึกพึงพอใจและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ขณะที่ Hünermund and Czarnitzki (2019) ที่ได้เสนอว่าความมุ่งมั่นภายในและแรงงูใจในเชิงจิตวิทยานั้นส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพและนวัตกรรมในการบริการของบุคลากรภาครัฐ รวมถึงบุคลากรสุขภาพในบริบทของการแพทย์ฉุกเฉิน แรงงูใจยังส่งผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจอย่างรวดเร็ว ความพร้อมในการทำงานเป็นทีม และการเผชิญกับสถานการณ์วิกฤติ ซึ่งเป็นคุณลักษณะสำคัญของพฤติกรรมบริการที่มีคุณภาพ การส่งเสริมแรงงูใจจึงไม่เพียงแต่ช่วยให้บุคลากรปฏิบัติงานได้ดีขึ้นเท่านั้น แต่ยังช่วยลดความเครียดและเพิ่มความยืดหยุ่นในการทำงาน

ภายใต้แรงกดดันอีกด้วย (Gagné & Deci, 2005) ดังนั้นแรงจูงใจถือเป็นกลไกสำคัญที่สามารถยกระดับพฤติกรรมบริการของบุคลากรสุขภาพในบริบทการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะเมื่อมีการจัดสภาพแวดล้อมการทำงานที่สนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจทั้งภายในและภายนอกอย่างเหมาะสม

สมมติฐานข้อที่ 4 ปัจจัยคำจูนไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งจากผลการศึกษาที่ค้นพบสอดคล้องกับทฤษฎีในทางจิตวิทยาและแนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์ที่ใช้อธิบายการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ โดยในทางจิตวิทยาในกลุ่มปัญญานิยม (Cognitivism) เชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากกระบวนการภายในจิต และสติปัญญา โดยมนุษย์มีพัฒนาการ มีสติปัญญาสามารถเรียนรู้จากสภาพสิ่งแวดล้อมอันเป็นรากฐานของการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ (Bandura, 1977; Piaget, 1952) เช่นเดียวกับแนวคิดทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ที่อธิบายการเกิดพฤติกรรมว่าเกิดจาก 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล (ความรู้สึกนึกคิด ทศนคติ ความเชื่อ และการสั่งสมประสบการณ์) และปัจจัยภายนอก (สถานการณ์ สภาพแวดล้อม) ที่เข้ามากระตุ้นและส่งผลให้เกิดพฤติกรรม (Jamjuree, 2007) ซึ่งจากผลการวิจัยปัจจัยคำจูนเพียงด้านเดียวโดยไม่มีตัวแปรทางด้านจิตใจมาเป็นตัวแปรส่งผ่านหรือตัวแปรสนับสนุน เพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์ข้างต้น ปัจจัยคำจูนจึงไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน นอกจากนี้ปัจจัยคำจูนตามแนวคิดของ Herzberg (Hygiene Factors) นั้นตามแนวคิดกล่าวว่า ปัจจัยคำจูนหรือ Hygiene Factors ได้แก่ สิ่ง que ช่วยใหบุคลากรมีความพึงพอใจในการทำงานและลดความไม่พอใจ เช่น เงินเดือน, สวัสดิการ, สภาพแวดล้อมในการทำงาน, การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ซึ่งในบริบทของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข, ปัจจัยคำจูนมีผลต่อความพึงพอใจในการทำงาน หากบุคลากรได้รับสวัสดิการที่ดีและสภาพแวดล้อมการทำงานที่สะดวกสบาย จะทำให้พวกเขารู้สึกพึงพอใจและมีความตั้งใจในการทำงาน การลดความเครียดจากงานจะทำให้พนักงานมีประสิทธิภาพในการให้บริการที่ดีขึ้น ซึ่งในสถานการณ์ฉุกเฉินที่ต้องการการตอบสนองที่รวดเร็วนี้จะช่วยทำให้บุคลากรสุขภาพสามารถมีพฤติกรรมบริการเป็นไปตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Herzberg (1966) พบว่าเมื่อพนักงานได้รับการสนับสนุนในด้านสิ่งแวดล้อมการทำงานและได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมจะทำให้พวกเขามีความมุ่งมั่นและมีประสิทธิภาพในการทำงานมากขึ้น ซึ่งสามารถนำไปสู่การบริการที่มีคุณภาพสูงในสถานพยาบาล

สมมติฐานข้อที่ 5 จากผลการวิจัยที่พบว่า 1) ความฉลาดทางอารมณ์มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินโดยมีแรงจูงใจเป็นตัวแปรส่งผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .46$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kuncoro and Putra (2020) ที่ศึกษาโมเดลเชิงสาเหตุและอิทธิพลของความฉลาดทางอารมณ์ที่มีต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพนักงานในโรงพยาบาลอิสลาม ประเทศอินโดนีเซีย โดยมีแรงจูงใจภายในเป็นตัวแปรส่งผ่าน ผลการวิจัยพบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ($\beta = .402, p = .000$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสะท้อนถึงกลไกทางจิตวิทยาที่เชื่อมโยงระหว่างอารมณ์กับพฤติกรรมการทำงานของบุคลากรสุขภาพ กล่าวคือ บุคลากรที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงมักมีความสามารถในการเข้าใจ ควบคุม และจัดการอารมณ์ของตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งคุณลักษณะนี้จะช่วยทำให้เกิดแรงจูงใจภายในที่มั่นคง ส่งผลต่อพฤติกรรมการให้บริการที่มีคุณภาพโดยอ้อม นอกจากนี้ งานของ Salovey และ Mayer (1990) ผู้บุกเบิกแนวคิดเรื่องความฉลาดทางอารมณ์ ได้อธิบายว่าความฉลาดทางอารมณ์นั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ความสามารถในการตัดสินใจ และการควบคุมพฤติกรรมในสถานการณ์ที่ซับซ้อน ซึ่งมีความสอดคล้องโดยตรงกับลักษณะของงานการแพทย์ฉุกเฉินที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกันกับงานวิจัยของ Goleman (1998) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ความฉลาดทางอารมณ์สามารถคาดการณ์ผลการทำงานและความเป็นผู้นำในองค์กรมากกว่าความสามารถทางเชาว์ปัญญา (IQ) โดยเฉพาะในงานที่ต้องอาศัยการสื่อสาร การประสานงาน และการตัดสินใจภายใต้แรงกดดัน เช่น งานของบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉิน และงผลการวิจัยของ Côté (2014) ยังระบุว่าความฉลาดทางอารมณ์ไม่เพียงส่งผลโดยตรงต่อการทำงาน แต่ยังช่วยส่งเสริมแรงจูงใจภายใน ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมการทำงานเชิงบวกและการบริการที่ใส่ใจต่อผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้นการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์จึงถือเป็นการสร้างรากฐานสำคัญให้กับแรงจูงใจ และส่งผลต่อคุณภาพของพฤติกรรมบริการอย่างยั่งยืน ดังนั้นการส่งเสริมให้บุคลากรสุขภาพมีความฉลาดทางอารมณ์ ไม่เพียงช่วยให้สามารถจัดการกับสถานการณ์กดดันได้ดีขึ้น แต่ยังเป็นการปลูกฝังแรงจูงใจในการทำงานซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีคุณภาพ ความสัมพันธ์ทางอ้อมระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับพฤติกรรมบริการผ่านแรงจูงใจนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาองค์ประกอบภายในตัวบุคลากรสุขภาพควบคู่ไปกับทักษะวิชาชีพอย่างเหมาะสม

สมมติฐานข้อที่ 6 ปัจจัยค้ำจุนมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินโดยมีแรงจูงใจเป็นตัวแปรส่งผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

($\beta = .13$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lapapan (2021) ที่พบว่า แรงจูงใจด้านปัจจัยจูงใจและปัจจัยคำจูงในการปฏิบัติงานมีอิทธิพลทางบวกต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพนักงานระดับปฏิบัติการในห้างสรรพสินค้าสาขาชิดลม กรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยแวดล้อมในการทำงาน เช่น ระบบสนับสนุนจากองค์กร โครงสร้างการบริหารจัดการ เครื่องมืออุปกรณ์ที่พร้อมใช้ หรือความสัมพันธ์ที่ดีในทีม ล้วนมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมบริการที่มีคุณภาพของบุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉินโดยอ้อม นอกจากนี้งานวิจัยของ Hertzberg et al. (1959) ยังสนับสนุนแนวคิดนี้โดยอธิบายว่า “ปัจจัยคำจูง” หรือ Hygiene Factors (เช่น ความปลอดภัยในการทำงาน สภาพแวดล้อม ค่าตอบแทน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน) แม้ว่าจะไม่ก่อให้เกิดความพึงพอใจโดยตรง แต่หากขาดปัจจัยเหล่านี้ไปจะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในงานและแรงจูงใจของพนักงานที่ลดลง รวมถึงยังมีงานวิจัยของ Bakker and Demerouti (2007) ภายใต้โมเดล JD-R (Job Demands–Resources Model) ที่ยังสนับสนุนว่า ทรัพยากรในการทำงาน (job resources) เช่น การสนับสนุนจากหัวหน้าและทีมงาน โอกาสในการเรียนรู้ และอุปกรณ์ที่เพียงพอ เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถเสริมสร้างแรงจูงใจ และลดความเหนื่อยล้าจากภาระงานหนักในระบบบริการฉุกเฉิน ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมบริการที่ดียิ่งขึ้น ดังนั้นปัจจัยคำจูงจึงมีบทบาทสำคัญในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานของบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทของการแพทย์ฉุกเฉินที่ต้องอาศัยความพร้อม ความรวดเร็ว และความร่วมมือ หากองค์กรสามารถจัดสรรปัจจัยคำจูงได้อย่างเหมาะสม จะเป็นการส่งเสริมแรงจูงใจของบุคลากรให้คงอยู่ในระดับสูง ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมบริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

จากแนวคิดแบบจำลองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามโมเดล COM-B (Capability, Opportunity, Motivation - Behavior) เป็นโมเดลที่ช่วยอธิบายกระบวนการที่แรงจูงใจ (Motivation), ความสามารถ (Capability), และโอกาส (Opportunity) ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ในกรณีของการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน โมเดลนี้จะช่วยให้เราเข้าใจว่าปัจจัยใดที่มีผลต่อพฤติกรรมการให้บริการในภาวะฉุกเฉินได้ ยกตัวอย่างเช่น ความสามารถ (Capability) บุคลากรต้องมีความสามารถในการทำงานภายใต้ความกดดัน และมีความรู้และทักษะในการตัดสินใจที่รวดเร็วและถูกต้อง โอกาส (Opportunity) การมีโอกาสนในการฝึกฝน การสนับสนุนจากองค์กร และทรัพยากรที่มีอยู่สามารถช่วยให้บุคลากรสามารถทำงานได้ดีขึ้น แรงจูงใจ (Motivation) แรงจูงใจจากภายในและภายนอก เช่น การได้รับการยอมรับในงานที่ทำ หรือแรงจูงใจจากนโยบายขององค์กรในการปรับปรุงคุณภาพการบริการ ซึ่งการวิจัยของ Michie et al.

(2011) ที่ใช้โมเดล COM-B พบว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจและการฝึกฝนทักษะที่เหมาะสมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในงานที่มีความกดดันสูงเช่นเดียวกันกับงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการมีความฉลาดทางอารมณ์ที่สูงในกลุ่มบุคลากรสุขภาพจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถจัดการกับความเครียดและอารมณ์ในสถานการณ์ที่ตึงเครียดหรือวิกฤตได้ดีขึ้น ส่งผลให้พวกเขาสามารถให้บริการตามมาตรฐานได้แม้ในภาวะฉุกเฉิน ในส่วนของปัจจัยคำจูน เช่น สวัสดิการและสภาพแวดล้อมการทำงานมีบทบาทในการเพิ่มความพึงพอใจและลดความเครียดในงาน ซึ่งจะทำให้บุคลากรสามารถตอบสนองต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับการที่บุคลากรสุขภาพนั้นมีแรงจูงใจที่เหมาะสม พวกเขาจะสามารถปรับปรุงพฤติกรรมบริการได้ตามมาตรฐาน โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีความกดดันสูง การส่งเสริมและพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ให้กับกลุ่มบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น การฝึกอบรมพัฒนาทักษะการรับรู้และการจัดการอารมณ์ (การฟังอย่างตั้งใจ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ การจัดการความเครียด เป็นต้น) จะช่วยให้บุคลากรที่ออกปฏิบัติภารกิจช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินมีทักษะการจัดการและสามารถควบคุมสถานการณ์ที่ตึงเครียดระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยได้ รวมถึงหน่วยงานที่รับผิดชอบในการวางแผนและกำหนดนโยบายสนับสนุนที่ครอบคลุมตามตัวแปรปัจจัยคำจูน เช่น การมีนโยบายองค์กรที่ชัดเจน ผู้บริหารให้ความสำคัญกับบุคลากรและสนับสนุนการปฏิบัติงาน การจัดสวัสดิการที่เหมาะสม (เวลาพักผ่อน สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี เงินเดือนที่เหมาะสม เป็นต้น) จะมีส่วนช่วยเพิ่มแรงจูงใจของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินอันจะส่งผลให้บุคลากรสุขภาพมีพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินที่ดี สามารถให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 2

การวิจัยในระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร โดยการกำหนดเนื้อหาและรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรมฯ ดังกล่าวนั้นผู้วิจัยได้นำตัวแปรซึ่งเป็นคุณลักษณะทางจิตจากผลการวิจัยในระยะที่ 1 ที่พบว่าความฉลาดทางอารมณ์ แรงจูงใจ มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และพบว่าปัจจัยคำจูนที่อิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมบริการฯ โดยส่งผ่านแรงจูงใจ ดังนั้นการวิจัยเชิงทดลองในระยะที่ 2 ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรทั้ง 2 ซึ่งได้แก่ความฉลาดทางอารมณ์และแรงจูงใจไปพัฒนาโปรแกรม และ

กำหนดให้ พฤติกรรมบริการฯ และแรงงูใจเป็นตัวแปรปฏิสัมพันธ์เพื่อทดสอบว่าปัจจัยดังกล่าวมีอิทธิพลต่อการได้รับหรือไม่ได้รับโปรแกรมของบุคลากรสุขภาพหรือไม่ โดยนำตัวแปรปัจจัยคำจุนซึ่งพบว่ามือิทธิพลทางอ้อมมาเป็นตัวแปรแบ่งกลุ่ม ซึ่งรูปแบบการวิจัยเป็นแบบ Factorial design ซึ่งมีการวัดผล 3 ระยะ ได้แก่ การวัดผลก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองทันที และหลังการทดลองเป็นระยะเวลา 1 เดือน (4 สัปดาห์) มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมเสริมสร้างแรงงูใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและแบบสอบถามซึ่งได้พัฒนามาจากการวิจัยในระยะที่ 1 ได้แก่ 1) แบบวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน 2) แบบวัดความฉลาดทางอารมณ์ 3) แบบวัดแรงงูใจ และ 4) แบบวัดการรับรู้ปัจจัยคำจุน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในระยะที่ 2 ผู้วิจัยได้กำหนดประชากรที่ศึกษา คือบุคลากรสุขภาพซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*power เวอร์ชัน 3.1.9.4 ซึ่งเป็นโปรแกรมที่สร้างจากสูตรของ Cohen และผ่านการทดสอบและใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากนักวิจัยหลากหลายท่าน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมการวิจัย จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ จำนวน 40 คน แบ่งเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน โดยผู้วิจัยใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบจำแนกกลุ่ม (Random Assignment Sampling) จัดให้มีบุคลากรทางการแพทย์ในตำแหน่งวิชาชีพ และพนักงานเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากัน

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลเชิงพรรณนาของตัวแปร

1.1 จำนวนบุคลากรสุขภาพซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานครที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงงูใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัย จำนวน ทั้งหมด 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน

1.2 การเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ความฉลาดทางอารมณ์ และแรงงูใจของบุคลากรสุขภาพ รายละเอียดดังนี้

1.2.1 พฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ในกลุ่มทดลอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในระยะวัดผลการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ (ค่าเฉลี่ย

เท่ากับ 5.23, 5.81, 5.53) ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีคะแนนเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในระยะวัดผลการทดลองทันทีและลดลงในระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.53, 5.57, 5.52)

1.2.2 ความฉลาดทางอารมณ์ในกลุ่มทดลอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในระยะวัดผลการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.77, 5.80, 5.38) ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีคะแนนลดลงทั้งในระยะวัดผลการทดลองทันทีและระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.46, 5.44, 5.33)

1.2.3 แรงจูงใจ กลุ่มทดลอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในระยะวัดผลการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.38, 5.90, 5.63) ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีคะแนนเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในระยะวัดผลการทดลองทันทีและลดลงในระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.52, 5.58, 5.55)

2. การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของตัวแปร โดยก่อนผู้วิจัยจะดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ ประกอบด้วย

2.1 ตรวจสอบความเป็นอิสระของคะแนนจากการที่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการคัดเลือกเข้าอย่างเป็นอิสระโดยการสุ่มตัวอย่างมาเข้าร่วมการทดลองตามรูปแบบที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จึงไม่ละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นในประเด็นนี้ ในส่วนของ การทดสอบการแจกแจงของตัวแปรว่ามีลักษณะของการแจกแจงที่เป็นปกติหรือไม่ (Normal distribution) โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk พบว่าตัวแปรส่วนใหญ่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่า z - value (Skewness & Kurtosis) อยู่ระหว่าง -1.96 - +1.96 ซึ่งแสดงถึงข้อมูลที่ได้มีการแจกแจงของตัวแปรในแต่ละกลุ่มเป็นปกติ

2.2 ตรวจสอบความเป็นเอกพันธ์ของเมตริกซ์ความแปรปรวนร่วม (Homogeneity of variance-covariance metrics) ด้วย Box's M test โดยผลการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ของตัวแปร พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อตรวจสอบความเท่ากันของความแปรปรวนของตัวแปรด้วยวิธี Lvene's test พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความแปรปรวน และความแปรปรวนร่วมของตัวแปรตามมีความเท่ากันในทุกกลุ่ม

2.3 ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งตรวจสอบด้วยการใช้สถิติทดสอบความสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation) พบว่า แรงจูงใจ และพฤติกรรมการบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กัน โดยจากผล

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ทดสอบ ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการตรวจสอบตัวแปรจัดกระทำและทดสอบสมมติฐานของการวิจัยต่อไป

3. วิเคราะห์ตัวแปรจัดกระทำด้วยการทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและแรงจูงใจ ในช่วงวัดผลภายหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการ ที่นำมาจากแนวคิดหลักในการสร้างโปรแกรมซึ่งเป็นตัวแปรต้นจากการวิจัยในระยะที่ 1 ผลการทดสอบพบว่า พฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและแรงจูงใจของบุคลากรสุขภาพ ในช่วงระยะวัดผลภายหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในกลุ่มทดลองบุคลากรสุขภาพมีค่าเฉลี่ยคะแนนในทุกตัวแปรสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งหมายถึงว่าโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจฯ ดังกล่าวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพใช้ได้จริงจากการพัฒนาตัวแปรต้นซึ่งเป็นผลมาจากทฤษฎีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุจากการวิจัยในระยะที่ 1

4. ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

4.1 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 7 บุคลากรสุขภาพภายหลังการทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจฯ มีคะแนนเฉลี่ยของแรงจูงใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า พฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในระยะวัดผลการทดลองทันที ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.81 กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.57 และแรงจูงใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในระยะวัดผลการทดลองทันทีเท่ากับ 5.90 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.58 โดยกลุ่มทดลองบุคลากรสุขภาพที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและแรงจูงใจแตกต่างกับบุคลากรสุขภาพในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 มีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .641 และ .517 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าเป็นค่าอิทธิพลในระดับค่อนข้างสูง แสดงว่าโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพนั้นมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานในข้อที่ 7

4.2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 8 ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลบุคลากรสุขภาพที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจฯ จะมีแรงจูงใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่าก่อนการทดลอง พบว่า บุคลากรสุขภาพที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจฯ มีพฤติกรรมบริการฯ และแรงจูงใจในระยะภายหลังการทดลองและติดตามผล

แตกต่างกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .000$, $p = .001$) โดยมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมบริการ เพิ่มขึ้นจาก 4.90 เป็น 5.90 ซึ่งแสดงว่าหลังการทดลองบุคลากรสุขภาพมีพฤติกรรมบริการดีขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล ยังคงมีความแตกต่างกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .001$) เช่นเดียวกัน โดยค่าเฉลี่ยลดลงเล็กน้อยเป็น 5.55 ในระยะติดตามผล บุคลากรยังคงมีความคงทนของพฤติกรรมบริการ ที่ดีอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับแรงงูใจที่พบว่า มีค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นจาก 5.00 เป็น 5.90 แสดงว่าหลังการทดลองบุคลากรสุขภาพมีแรงงูใจที่สูงขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล และยังคงมีความแตกต่างกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .000$) โดยค่าเฉลี่ยลดลงเล็กน้อยเป็น 5.75 แสดงว่าระยะติดตามผล บุคลากรยังคงมีความคงทนของแรงงูใจอย่างต่อเนื่องเช่นกัน ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ยอมรับสมมติฐานในข้อที่ 8

4.3 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 9 บุคลากรสุขภาพที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงงูใจฯ และมีการรับรู้ปัจจัยค้ำจุนสูงจะมีแรงงูใจที่สูงกว่าบุคลากรสุขภาพที่มีคุณลักษณะอื่น ๆ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทีละตัวแปร พบการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลองและการรับรู้ปัจจัยค้ำจุนที่มีต่อแรงงูใจในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 5.65$, $P = 0.02$) แต่ไม่พบการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลองและการรับรู้ปัจจัยค้ำจุนที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งระดับการรับรู้ปัจจัยค้ำจุนที่สูงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของแรงงูใจในระยะภายหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.13 เช่นเดียวกันกับระดับการรับรู้ปัจจัยค้ำจุนในกลุ่มต่ำในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของแรงงูใจในระยะภายหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.27 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคลากรสุขภาพที่มีการรับรู้ปัจจัยค้ำจุนที่สูงและได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงงูใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินจะมีแรงงูใจที่สูงกว่าบุคลากรสุขภาพในกลุ่มที่มีคุณลักษณะอื่น ๆ ดังนั้นผลการวิจัยจึงยอมรับสมมติฐานข้อที่ 9 เพียงบางส่วน

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยในระยะที่ 2 พบว่า 1) บุคลากรสุขภาพภายหลังการทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงงูใจฯ มีคะแนนเฉลี่ยของแรงงูใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์

ฉุกเฉินสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมโดยมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมบริการฯ และแรงจูงใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลบุคลากรสุขภาพที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจจะมีพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินและแรงจูงใจสูงกว่าก่อนการทดลองโดยมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมบริการฯ และแรงจูงใจในระยะหลังการทดลองและติดตามผลแตกต่างกันกับระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งยอมรับสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 7 และ 8 ทั้ง 2 ข้อ และ 3) บุคลากรสุขภาพที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจฯ และมีการรับรู้ปัจจัยค้ำจุนสูงจะมีแรงจูงใจที่สูงกว่าบุคลากรสุขภาพที่มีคุณลักษณะอื่น ๆ โดยจากผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ปัจจัยค้ำจุนที่แตกต่างกันของบุคลากรสุขภาพในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของแรงจูงใจที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินที่ไม่แตกต่างกัน แต่มีที่ยอมรับสมมติฐานข้อที่ 9 เพียงบางส่วน จากผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาทั้งแรงจูงใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจฯ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการออกแบบกิจกรรมโดยประยุกต์ใช้แนวคิด แผนกระบวนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (Experiential Activities Planner: EAP) นั้นมีประสิทธิภาพสูง โดยเฉพาะเมื่อมีการออกแบบกิจกรรมให้ครอบคลุมทั้ง 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) อุ่นเครื่อง (Warm-up) บุคลากรสุขภาพที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้มีการทำความรู้จักซึ่งกันและกัน พูดคุยในประเด็นที่จะเข้าสู่กระบวนการเรียนรู้ เชื่อมโยงปัญหาจากชีวิตจริง รวมถึงรักษาความสามารถของตนในการทำงานและการเรียนรู้ร่วมกันของกลุ่มได้ 2) ระบุปัญหา (Problem-Identification) มีกระบวนการให้บุคคลกรสุขภาพผู้เข้าร่วมช่วยกำหนดขอบเขตปัญหา สะท้อนถึงสิ่งที่ได้ประสบพบเจอมาจากการทำงานทั้งในอดีตและปัจจุบัน 3) ไตร่ตรองทางแก้ไขเฉพาะตน (Individual Exploration) โดยบุคลากรสุขภาพได้คิดค้นและแก้ไขปัญหาค้นหาทางออกในมุมมองของตนภายใต้บริบทและภาวะ สำนวนที่ตนเองนั้นยืนอยู่ เพื่อให้เห็นปัญหาจากพฤติกรรมบริการที่เกิดขึ้นและแนวทางการแก้ไขที่แตกต่างออกไปเฉพาะปัจเจกบุคคล 4) ระดมสมองทางออกโดยกลุ่ม (Group Works) บุคลากรสุขภาพผ่านกระบวนการระดมสมอง (Brainstorming) แบบต่าง ๆ โดยใช้ผลจากปัญหาและแนวทางการแก้ไขของสมาชิกในกลุ่มเป็นตัวบ่อน นำไปสู่การวิภาควิธี ตั้งข้อสังเกต พิจารณาขัดแย้ง และสรุปสังเคราะห์ข้อค้นพบต่าง ๆ ในพฤติกรรมบริการ 5) สื่อสารทางออก (Communication) บุคลากรสุขภาพได้สื่อสารและอภิปรายระหว่างกลุ่ม ได้เผยแพร่แนวคิด และโน้มน้าวกลุ่มอื่น ๆ ในขณะเดียวกันก็ได้เปิดกว้างทางความคิด รับฟังเพื่อพิจารณาและประเมินจากเพื่อนๆ กลุ่มอื่นที่นำเสนอ สังเคราะห์ทางเลือกที่เหมาะสมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมบริการ

เหล่านั้นต่อไป และ 6) ถอดรหัสปรับใช้ (Debriefing) บุคลากรสุขภาพได้สอบถามความรู้ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดข้อสรุปหรือมติใหม่ในสนามประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ เชื่อมโยงไปสู่การขยายผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการฯ รวมไปถึงเสริมแรงเพื่อการเรียนรู้และกระทำพฤติกรรมบริการที่ดีมากยิ่งขึ้น ซึ่งขั้นตอนเหล่านี้มีส่วนสำคัญในการกระตุ้นการเรียนรู้ที่ลงลึก มีความหมาย และส่งเสริมแรงจูงใจได้อย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของ Kolb (1984) ที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงและการสะท้อนคิดเชิงวิพากษ์

นอกจากนี้ การออกแบบโปรแกรมยังนำแนวคิด Behavior Change Wheel (BCW) ซึ่งเสนอโดย Michie et al. (2011) มาประยุกต์ใช้ โดยเฉพาะในองค์ประกอบของ Intervention Functions โดยเฉพาะ Intervention ด้าน Training จัดกิจกรรมฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการและจำลองสถานการณ์, Education การให้ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการฉุกเฉิน, Modeling แสดงให้เห็นตัวอย่างผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดีในการบริการฉุกเฉิน Persuasion การใช้ผู้ปฏิบัติงานจริงมาเล่าเรื่อง ประสบการณ์จริงที่ผ่านมา รวมถึงสร้างสถานการณ์จำลองที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเพื่อโน้มน้าวใจให้บุคลากรสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการไปในทิศทางที่ดี และ Incentivization การให้รางวัล/การยอมรับเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจภายในและภายนอกของบุคลากรสุขภาพ ซึ่งมีผลอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่สอดคล้องกับมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และช่วยเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เข้าร่วมโปรแกรม โดยผลการวิจัยข้างต้นที่แสดงให้เห็นว่าแรงจูงใจและพฤติกรรมบริการฯ ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผู้วิจัยจึงสามารถอธิบายได้ว่าเป็นผลจากการออกแบบโปรแกรมที่มีกลยุทธ์เชิงทฤษฎีรองรับอย่างรอบด้าน ไม่ใช่เพียงการให้ความรู้ แต่รวมถึงการออกแบบสภาพแวดล้อม กิจกรรม และกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมในทางบวกได้อย่างยั่งยืน

ซึ่งจากการค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาและค้นพบว่าแนวคิดทั้งสองนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้ (จำลองลักษณ์ ซาสังข์ 2561; รุ่งทิพา จันทน์วัฒนวงศ์, 2561) นอกจากนี้กิจกรรมทุกขั้นตอนดังที่ได้กล่าวอภิปรายข้างต้นได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ โดยโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจฯ สามารถนำไปใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจ และพัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sheikhbardsiri et al. (2018) ได้ทำการศึกษาแรงจูงใจของพยาบาลที่ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินและการศึกษาทางด้านการแพทย์ฉุกเฉินในภาคตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศอิหร่าน จำนวน 275 คน โดยผลการศึกษาพบว่าปัจจัยทางด้านแรงจูงใจนั้นมีความสำคัญต่อการพัฒนาการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มี

ประสิทธิภาพและได้มีข้อเสนอในการกำหนดนโยบายทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่นในการส่งเสริมและพัฒนาแรงจูงใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้บริการที่ดี อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐพล พูลวิเชียร and วุฒิชัย จริยา (2024) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ช่วยเพิ่มพลังสุขภาพจิตและลดภาวะหมดไฟในการทำงานได้

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการผลักดันให้บุคลากรมีแรงจูงใจในการทำงานและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการเป็นสิ่งสำคัญในงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ (Patel, 2015) นอกจากนี้ผลการวิจัยยังแสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นส่งผลต่อพฤติกรรมบริการและแรงจูงใจในหลายด้าน ได้แก่ การตอบสนองต่อบริการด้วยความพร้อม การให้บริการที่มีศักยภาพ การให้บริการตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และการให้บริการที่น่าเชื่อถือ ในทุกด้านที่ได้รับการประเมินหลังการทดลองมีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับแรงจูงใจทั้งในด้านไตร่ตรองและสะท้อนกลับ ซึ่งเป็นตัวสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมฯ นั้นสามารถกระตุ้นพฤติกรรมที่ตรงกับมาตรฐานการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และสามารถเสริมสร้างแรงจูงใจในการให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ในส่วนของการรับรู้ปัจจัยคำจูง เช่น การสนับสนุนจากองค์กร สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน สวัสดิการ มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจแต่ไม่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการให้บริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อบุคลากรที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจและรับรู้ปัจจัยคำจูงสูงแสดงให้เห็นถึงคะแนนแรงจูงใจที่สูงกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ปัจจัยคำจูงต่ำและไม่ได้รับโปรแกรม อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในพฤติกรรมบริการระหว่างกลุ่มที่มีการรับรู้ปัจจัยคำจูงสูงกับต่ำ การเสริมสร้างแรงจูงใจจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการกระตุ้นพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบกับการเพิ่มแรงจูงใจในบุคลากรสุขภาพไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน แต่ยังส่งผลต่อการรักษาผู้ป่วยในสถานการณ์ฉุกเฉินที่ต้องการการตอบสนองที่รวดเร็วและมีความแม่นยำ การได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถช่วยพัฒนาความพร้อมในการให้บริการที่ตรงตามมาตรฐาน ซึ่งจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้ป่วยและองค์กรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และการสนับสนุนในด้านปัจจัยคำจูงขององค์กรที่ดีย่อมมีผลโดยตรงต่อแรงจูงใจของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในองค์กร

แสดงให้เห็นว่าแม้ว่าจะไม่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน แต่มีบทบาทในการเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งทำให้บุคลากรมีความมุ่งมั่นและมีความพร้อมในปฏิบัติงานให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์

1. จากผลการศึกษาวิจัยระยะที่ 1 ที่พบว่าปัจจัยคำจูนมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินโดยส่งผ่านแรงจูงใจ โดยจากข้อค้นพบดังกล่าวหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการแพทย์ฉุกเฉินสามารถนำปัจจัยคำจูนไปเป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดนโยบายสนับสนุนบุคลากรสุขภาพตามลักษณะของตัวแปร เช่น การกำหนดนโยบายองค์กร ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน เงินเดือน เป็นต้น ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคลากรสุขภาพมีแรงจูงใจที่จะแสดงพฤติกรรมที่ดีต่อการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินได้เพิ่มมากขึ้นและช่วยให้มีพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินที่ดีมากยิ่งขึ้นเช่นกัน

2. จากผลการศึกษาวิจัยระยะที่ 1 ที่พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินสามารถนำตัวแปรดังกล่าวจากข้อค้นพบไปพัฒนาออกแบบโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินให้แก่บุคลากรสุขภาพซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในหน่วยงาน องค์กรฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินต่าง ๆ เพื่อให้เกิดคุณลักษณะและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามลักษณะของตัวแปรข้างต้นของบุคลากรสุขภาพต่อไป

3. จากผลการศึกษาวิจัยระยะที่ 1 ที่พบว่าแรงจูงใจอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถให้ความสำคัญต่อการเพิ่มแรงจูงใจให้กับบุคลากรสุขภาพได้ ซึ่งจะส่งผลไปสู่พฤติกรรมบริการที่ดีมากยิ่งขึ้น

4. จากผลการศึกษาวิจัยในระยะที่ 2 ที่พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินสามารถพัฒนาพฤติกรรมบริการฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพในกลุ่มบุคลากรสุขภาพ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถกำหนดนโยบาย และวางแผนการฝึกอบรมและพัฒนาโดยนำเอาเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจฯ มาใช้เป็นหลักสูตรหลัก หรือหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องสำหรับบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมของการบริการที่ดีอย่างยั่งยืน มีคุณภาพมาตรฐานตามที่หน่วยงานระดับชาติและนานาชาติกำหนด

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากปัจจัยเชิงสาเหตุทั้งหมดสามารถทำนายแรงจูงใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินได้ ร้อยละ 46 ร้อยละ 64 ตามลำดับ จึงควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น ในระดับบุคคล (ความเครียด ประสบการณ์ ภาวะสุขภาพ) ระดับองค์กร (นโยบาย สมดุลภาพในชีวิตและการทำงาน สวัสดิการ) ระดับสังคม (การสนับสนุนทางสังคม วัฒนธรรม ทศนคติของสังคม) เพื่อให้ข้อค้นพบสามารถขยายผลองค์ความรู้ให้เพิ่มมากขึ้น และควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อทดสอบตัวแปรที่เกี่ยวข้องที่มีความเหมาะสมต่อการพัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินตามบริบทในเชิงพื้นที่นั้นมากยิ่งขึ้น โดยอาจขยายในลักษณะการเก็บข้อมูลในพื้นที่เชิงแต่ละภูมิภาค หรือภาพรวมทั่วประเทศไทยเพื่อการศึกษาวิจัยทั้งระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

2. ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างและบุคลากรผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ในตำแหน่งอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน หรือแพทย์สาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่ปฏิบัติงานร่วมกันในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความจำเพาะในเชิงวิชาชีพที่มากยิ่งขึ้นและครบถ้วนในกลุ่มตัวอย่างทั้งระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบัน

3. การใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยผสมผสานเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากยิ่งขึ้น เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพในการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม กับกลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาและออกแบบเครื่องมือ ได้แก่ แบบวัดต่าง ๆ และโปรแกรมการทดลองเพื่อใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินต่อไปในอนาคต

4. นำข้อค้นพบปัจจัยเชิงสาเหตุที่สำคัญและปัญหาอุปสรรคในการทดลองมาเป็นประเด็นในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการในหน่วยงานซึ่งมีบทบาทและภารกิจที่ให้บริการเฉพาะเจาะจงให้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเพื่อเพิ่มแรงจูงใจและพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินกับบุคลากรทุกระดับในองค์กร

5. ด้วยข้อจำกัดของการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยมิได้ศึกษาครบทุกองค์ประกอบตามแบบจำลอง COM-B ในส่วนของความสามารถซึ่งผู้วิจัยได้สนใจศึกษาเฉพาะตัวแปรทางด้านจิตใจอันส่งผลต่อพฤติกรรม เนื่องจากตัวแปรทางด้านร่างกายในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร ต้องมีการตรวจสุขภาพร่างกายอยู่เสมอ และมีร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง มีความพร้อมให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินอยู่ตลอดเวลา หากเจ็บป่วยจะไม่สามารถปฏิบัติงานได้ ผู้วิจัยจึงไม่ได้ศึกษาองค์ประกอบทางด้านร่างกาย

(Physical Capability) ตามแบบจำลอง COM-B ซึ่งหากมีการศึกษาวิจัยที่จะขยายผลเพิ่มเติมควรศึกษาองค์ประกอบนี้เพิ่มเข้าไปด้วยจะช่วยให้แบบจำลอง COM-B สามารถอธิบายพฤติกรรมบริการฯ ได้อย่างครบถ้วน สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

6. ในการศึกษาวิจัยระยะที่ 2 การวิจัยเชิงทดลอง ผู้วิจัยได้นำแนวคิดวงล้อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior Change Wheels: BCW) มาใช้เพียง 2 ส่วน ได้แก่ วงล้อภายในที่เป็นแบบจำลอง COM-B และวงล้อชั้นที่ 2 ซึ่งเป็นส่วนของกระบวนการแทรกแซงในการจัดกิจกรรมและกระบวนการเรียนรู้ในโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการฯ ของบุคลากรสุขภาพ โดยยังมีได้นำเอาส่วนของวงล้อที่ 3 ที่ได้กล่าวถึงการนำปัจจัยภายนอกได้แก่ นโยบายและแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานระดับต่าง ๆ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง การเงินการคลัง การถ่ายทอดปัจจัยสภาพแวดล้อมไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาไว้เพียงตัวแปรปัจจัยคำจูนซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของตัวแปรดังกล่าว ในแบบจำลอง COM-B ในกลุ่มของโอกาส (Opportunity) เท่านั้น ดังนั้นหากมีการศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของวงล้อชั้นที่ 3 ของแนวคิดวงล้อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior Change Wheels: BCW) เพิ่มเติมด้วยจะยิ่งเน้นย้ำถึงปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินได้ดียิ่งขึ้น

7. ในการศึกษาครั้งถัดไปซึ่งมีการขยายผลในประเด็นข้างต้นต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้กล่าวมาแล้ว ทั้งในประเด็นบุคลากร ประเด็นตัวแปร และกรอบการศึกษาเชิงแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องที่มีความครอบคลุมในทุก ๆ ด้านเรียบร้อยแล้ว อาจมีการนำเอาองค์ความรู้ที่ได้มาจัดทำคู่มือแนวทางซึ่งเป็นมาตรฐานของพฤติกรรมบริการของบุคลากรสุขภาพเพื่อใช้เป็นมาตรฐานกลางให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้

บรรณานุกรม

- Akintola, O., & Chikoko, G. (2016). Factors influencing motivation and job satisfaction among supervisors of community health workers in marginalized communities in South Africa [Article]. *Human Resources for Health*, 14(1), Article 54.
<https://doi.org/10.1186/s12960-016-0151-6>
- Alonazi, W. B. (2020). The impact of emotional intelligence on job performance during COVID-19 crisis: A cross-sectional analysis. *Psychology Research and Behavior Management*, 749-757.
- Amabile, T. M., Hill, K. G., Hennessey, B. A., & Tighe, E. M. (1994). The Work Preference Inventory: assessing intrinsic and extrinsic motivational orientations. *Journal of personality and social psychology*, 66(5), 950.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of managerial psychology*, 22(3), 309-328.
- Bandura, A. (1977). Social learning theory. *Englewood Cliffs*.
- Bollen, K. A. (1989). Structural Equations with Latent Variables. *John Wiley & Sons, Inc.*
<https://doi.org/10.1002/9781118619179>
- Byrne, M. (2006). The implications of Herzberg's "motivation-hygiene" theory for management in the Irish health sector [Review]. *Health Care Manager*, 25(1), 4-11.
<https://doi.org/10.1097/00126450-200601000-00002>
- Cohen. (2012). Effect size estimation and confidence intervals. *Handbook of Psychology, Research Methods in Psychology*, 2, 142.
- Côté, S. (2014). Emotional intelligence in organizations. *Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav.*, 1(1), 459-488.
- Cummings, G. G., & Estabrooks, C. A., (2010). The influence of organizational context on nursing practice: A meta-analysis of research findings. . *Journal of Nursing Administration*, 40(9), 383-391.
- Deci, E. L., & Ryan, R.M.,. (1990). *Intrinsic motivation and self – determination in human behavior*. New York: Plenum.

- Domjan, M. (1996). *The Principles of Learning and Behavior Belmont. California: Thomson Wadsworth.*
- Ebadi, A., Froutan, R., & Malekzadeh, J. (2019). The design and psychometric evaluation of the emergency medical services resilience scale (EMSRS). *International emergency nursing, 42*, 12-18.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods, 41*(4), 1149-1160.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Structural equation models with unobservable variables and measurement error: Algebra and statistics. In: Sage Publications Sage CA: Los Angeles, CA.
- Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational behavior, 26*(4), 331-362.
- Goleman. (1995). Why it can matter more than IQ. *Emotional intelligence.*
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence.* Bantam.
- Goleman, D. (2005). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ.* Bantam.
- Grönroos, C. (1990). *Service management and marketing* (Vol. 27). Lexington books Lexington, MA.
- Hair, J., Black, W., Babin, B., & Anderson, R. (2010). Multivariate data analysis: Pearson College division. *Person: London, UK.*
- Haywood, H. C. a. S., H. N. (1986). *Intrinsic motivation and behavior effectiveness in retarded persons.*
- Hertzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. (1959). The motivation to work. *New York.*
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). The Motivation to Work, 2nd Edn New York. *NY: John Wiley & Sons.*
- Herzberg, F. I. (1966). Work and the Nature of Man.
- Huang, X., Wang, C., Hua, L., Gao, Y., Zhou, S., & Wang, X. (2022). Social context, self-efficacy, and patient-centered service behavior of medical professionals: The moderating role of achievement motivation. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 784228.

- Hünermund, P., & Czarnitzki, D. (2019). Estimating the causal effect of R&D subsidies in a pan-European program. *Research Policy*, 48(1), 115-124.
- Ivancevich, J. M., Matteson, M. T., & Konopaske, R.,. (1990). *Organizational behavior and management*
- Jamjuree, W. (2007). The Effect of Relationship Between Internal and External Factors Due to Aggressive Behavior in Student Frade 6 of Srinakharinwirot University : Prasarnmit. <http://bsris.swu.ac.th/thesis/452998169RB899f.pdf>
- Jee, M., Murphy, E., Umana, E., O'Connor, P., Khamoudes, D., McNicholl, B., O'Donnell, J. J., & James, B. (2023). Exploring barriers and enablers to simulation-based training in emergency departments: an international qualitative study (BEST-ED Study). *BMJ open*, 13(9), e073099.
- Jie, Z., Roslan, S., Muhamad, M. M., Md Khambari, M. N., & Zaremohzzabieh, Z. (2022). The Efficacy of Positive Education Intervention for Academic Boredom and Intrinsic Motivation among College Students: A Quasi-Experimental Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13323.
- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Komari, N., & Djafar, F. (2023). Effect of healthcare workers' personalities on health service quality: A case study of hospitals on the Malaysia-Indonesia border [Article]. *Problems and Perspectives in Management*, 21(1), 69-82. [https://doi.org/10.21511/ppm.21\(1\).2023.07](https://doi.org/10.21511/ppm.21(1).2023.07)
- Krajangsaeng, K., & Jadesadalug, V. (2017). The influence of the motivation to work and organization support that affect the quality of performance through organization commitment of the personnel Nakornthon Hospital. *Journal of Humanities and Social Sciences Thonburi University*, 11(26), 116-129. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/trujournal/article/view/110491> [in Thai]
- Kuncoro, W., & Putra, A. E. (2020). The Improvement of Employee Performance Through Islamic Leadership, Emotional Quotient, and Intrinsic Motivation. *International Business Research*, 13(2), 1-90.

- Lapapan, B. (2021). Motivation and hygiene factors affecting performance the employees' operational level of central department store Chidlom branch Bangkok (Master's thesis). Srinakharinwirot University.
<http://ir-ithesis.swu.ac.th/dspace/handle/123456789/1594> [in Thai]
- Li, J., Yu, Y., Hei, L., & Yuan, B. (2023). Correlation between input on public health services and work motivation among primary health workers in China. *BMC Primary Care*, 24(1), 35.
- Lomax, R. (2013). Introduction to structural equation modeling. In *Applied quantitative analysis in education and the social sciences* (pp. 245-264). Routledge.
- MacCallum, R. C., Wegener, D. T., Uchino, B. N., & Fabrigar, L. R. (1993). The problem of equivalent models in applications of covariance structure analysis. *Psychological bulletin*, 114(1), 185.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and Personality*. New York: D. Van Nostrand.
- McClelland, D. C. (1961). *The Achieving Society*. New York: D. Van Nostrand.
- McGregor, D. (1969). *The human side of enterprise*. Now York: McGraw-Hill.
- Michie, S., Atkins, L., & West, R. (2014). The behaviour change wheel. *A guide to designing interventions*. 1st ed. Great Britain: Silverback Publishing, 1003, 1010.
- Michie, S., Atkins, L., & West, R. (2014.). The behaviour change wheel. *A guide to designing interventions*, 1, 1003-1010.
- Michie, S., Van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6, 1-12.
- Najimi, A., Doustmohamadi, P., & Omid, A. (2021). The relationship between emotional intelligence, social responsibility, and job performance in health service providers [Article]. *Journal of Education and Health Promotion*, 10(1).
https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_960_20
- Nilsson, J., Johansson, S., Nordström, G., & Wilde-Larsson, B. (2020). Development and validation of the ambulance nurse competence scale. *Journal of emergency nursing*, 46(1), 34-43.

- Parasuraman, A., Berry, L. L., & Zeithaml, V. A. (1990). Guidelines for Conducting Service Quality Research. *Marketing Research*, 2(4).
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. 1988, 64(1), 12-40.
- Patel, P., & Al-Saadi, M. . (2015). Improving Emergency Medical Services: A study of team-based care in emergency departments. *Journal of Emergency Medicine*, 48(2), 173-179.
- Pedhazur, E. J., & Kerlinger, F. N. (1982). Multiple regression in behavioral research: Explanation and prediction.
- Piaget, J. (1952). The origins of intelligence in children. *International University*.
- Salovey, P. E., & Sluyter, D. J. (1997). *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*. Basic Books.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling*. psychology press.
- Sheikhbardsiri, H., Khademipour, G., Nekoei-Moghadam, M., & Aminizadeh, M. (2018). Motivation of the nurses in pre-hospital emergency and educational hospitals emergency in the southeast of Iran [Article]. *International Journal of Health Planning and Management*, 33(1), 255-264. <https://doi.org/10.1002/hpm.2455>
- Smith, C. M., Griffiths, F., Fothergill, R. T., Vlaev, I., & Perkins, G. D. (2020). Identifying and overcoming barriers to automated external defibrillator use by GoodSAM volunteer first responders in out-of-hospital cardiac arrest using the Theoretical Domains Framework and Behaviour Change Wheel: a qualitative study. *BMJ open*, 10(3), e034908.
- Smith, P. C. (1969). The measurement of satisfaction in work and retirement: A strategy for the study of attitudes.
- Stefurak, T., Morgan, R., & Johnson, R. B. (2020). The relationship of public service motivation to job satisfaction and job performance of emergency medical services professionals. *Public Personnel Management*, 49(4), 590-616.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2003). Issues and dilemmas in teaching research methods

courses in social and behavioural sciences: US perspective. *International journal of social research methodology*, 6(1), 61-77.

Vanichbuncha, K. (2014). *Quantitative analysis (3rd ed.)*. Chulalongkorn University Press.

Woolfolk A.E. . (1995). *Education Psychology*. 6th ed. Boston : Allyn & Bacon A.Simon & Schuster company.

World Health Organization. (2022). *World Health Statistics 2022*. Retrieved from

https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/worldhealthstatistics_2022.pdf

Zhang, N., Li, J., Bu, X., & Gong, Z.-X. (2021). The relationship between ethical climate and nursing service behavior in public and private hospitals: a cross-sectional study in China. *BMC nursing*, 20, 1-10.

เทพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ. (2529). พฤติกรรมองค์การ. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

เบญจพร ปิยสิริวัฒน์. (2551). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน เขต 2 กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

แก้วบุตตรา สิงห์ประทุม. (2563). ปัจจัยเชิงใจในการทำงานของพนักงานมหาวิทยาลัยสว่นนะเขตสาธารณสุขรัฐประชาติไปตยประชาชนลาว. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 23(1), 1-19.

แพรวพรรณ อ่วมพรรณเจริญ. (2563). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการเคลื่อนไหวกอกกำลัง ในงานตามโมเดล COM-B เพื่อลดพฤติกรรมเนือยนิ่งของพนักงานออฟฟิศ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ].

ไพโรจน์ เครือกาญจนา และคณะ. (2554). ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน.

<http://training.dms.moph.go.th/rtdc/storage/app/uploads/public/59b/9e7/9c3/59b9e79c3482c145822366.pdf>

กนกพร กระจำแสง วิโรจน์ เจษฎาลักษณ์. (2560). อิทธิพลของแรงจูงใจในการ ทำงานและการสนับสนุนจากองค์กรที่ส่งผลต่อคุณภาพในการปฏิบัติงานผ่านความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนบุรี, 11(6), 116-129.

กัญญา วังศรี. (2556). การ บริการ การ แพทย์ ฉุกเฉิน ใน ประเทศไทย The EMS system in

Thailand. *Srinagarind Medical Journal*, 28(4), 69-73.

กุลธิดา วรเมจกานนท์. (2556). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริการของพนักงาน บริษัท วินคอร์ นิกซ์ดอร์ฟ (ประเทศไทยจำกัด).

จารุวรรณ แป้นแจ้. (2560). ความฉลาดทางอารมณ์ที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการของบุคลากรใน สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสุพรรณบุรี. *วารสารบริหารการศึกษา*, 8(1), 73-87.

จำลองลักษณ์ ชาสังข์. (2561). ผลของโปรแกรมการปรับ พฤติกรรมต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของผู้ติดยา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(3), 191-202.

จำลองลักษณ์ ชาสังข์ (2561). ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน สุขภาพจิตของผู้ติดยา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(3), 191-202.

ญาณิ์ ขำพวง. (2558). ความฉลาดทางอารมณ์กับพฤติกรรมการบริการของพนักงานโรงแรม อำเภอ หัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์.

ณัฐธัญญา ประสิทธิ์ศาสตร์. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจภายในต่อทักษะการจัดการ ความเครียดในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล. 20(2), 205-214.

ณัฐพล พูลวิเชียร, & วุฒิชัย จริยา. (2024). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้าง พลังสุขภาพจิตต่อภาวะ หมดไฟใน การทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก [Naresuan University].

ณัฐวุฒิ อรินทร์. (2555). การศึกษาปัจจัยเชิงเหตุและผลของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อสุขภาวะ ทางจิตและพฤติกรรมการปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบของบุคลากร สาธารณสุขชายแดนใต้.

ณิชากัทร ชันสาครและคณะ. (2559). การศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ดาริน ปฏิเมธีภรณ์. (2556). แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการทำงาน ของพนักงานบริษัทขนส่งทางอากาศของเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. *บริหารธุรกิจ มหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*.

นภัสรภี ศุภมงคล. (2565). การศึกษาแนวทางการสร้างแรงจูงใจในการทำงานเพื่อเป็นสมาชิกที่ดีของ พนักงานโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร.

บัณฑิตา ลาภพันธ์. (2564). ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพในการ ปฏิบัติงานของพนักงานระดับ ปฏิบัติการห้างสรรพสินค้าสาขาชิดลม กรุงเทพมหานคร. *สาร นิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*.

- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.
- ประยูร ศรีอุดมกุล, ส. ร. (2565). ความพึงพอใจในการทำงานในฐานะตัวแปรคั่นกลางระหว่าง
แรงจูงใจในการทำงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน
ของพนักงานประจำในบริษัทผู้ผลิตชิ้นส่วนล้อคประตุรยนต์แห่งหนึ่งในนิคมอุตสาหกรรม
สยาม อีสเทิร์น ซีบอร์ด. *Rajapark Journal*, 16(45), 250-265.
- ปัทมทัต วลาบุรณ์ เจริญวิชัย สมพงษ์ธรรม สิทธิพร นิยมศรีสมศักดิ์. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่าง
ความฉลาดทางอารมณ์กับแรงจูงใจในการทำงานของครูผู้สอนโรงเรียนมัธยมศึกษาใน
จังหวัดจันทบุรี สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 17. วารสารรำไพพรรณี,
10(2), 23-33.
- ปาณิสรา คงหมื่นรักษ์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจูงใจ ปัจจัยสุข อนามัยและแรงจูงใจใน
การปฏิบัติงาน กรณีศึกษา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
http://www.ba-abstract.ru.ac.th/AbstractPdf/2562-5-12_1602822383.pdf
- พระมหาสุเมธ สมานิต. (2561). แรงจูงใจที่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากรองค์การ
บริหารส่วนตำบลในอำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยวิชาการ, 1(2), 15-28.
- พีรณิ สิริวัชรารัตน. (2565). การให้ความหมายเกี่ยวกับคุณลักษณะและแนวทางการพัฒนาความ
เป็นพลเมืองดีในโลกตามแนวคิดการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงของนักศึกษาปริญญา
ตรี. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ, 7(6), 98-114.
- รัตตินาถ เพชรมณี. (2559). แรงจูงใจในการทำงานบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง และความผูกพัน ต่อองค์การ
ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(จิตวิทยาชุมชน) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- รัตนา มโนยุทธ. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ใน
โรงพยาบาล รัฐบาลจังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา, 3(3),
71-86.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2562). ประกาศกรุงเทพมหานคร เรื่อง การแบ่งส่วนราชการภายในหน่วยงาน
และการกำหนดอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการกรุงเทพมหานคร (ฉบับที่ 112).
- รุ่งทิพา จันทน์วัฒนวงศ์. (2561). ผลการใช้แผนการออกแบบประสบการณ์เสริมด้วยการบริหาร
สมองเพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้อย่างมีความสุขและพฤติกรรมการเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ
ของนักศึกษาที่เรียนในรายวิชาวิชาชีพครูและความเป็นครู. *Journal of Education*
Naresuan university, 22(4), 215-227.

วัชร ย์สุนเทศ ทศพร มะหะหมัด จอมขวัญ ถิ่นใหญ่. (2562). แรงจูงใจที่มีผลต่อขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดสมุทรปราการ.

วารสารวิชาการสังคมศาสตร์เครือข่ายวิจัยประชาชน, 1(3), 1-12.

วิไลพรรณ โพธิวรรณ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชอุทุมพรพิสัย อำเภออุทุมพรพิสัยจังหวัดกาฬสินธุ์.

วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์.

ศยามล เอกะกุลนันต์. (2561). อิทธิพลของความฉลาดทางอารมณ์ที่มีต่อความผูกพันและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ดูแลลูกค้าทางโทรศัพท์กลุ่มธุรกิจเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. วารสารสุทธิปริทัศน์, 32(101), 185-199.

ศิริพร สิทธิ. (2565). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการขี่รถจักรยานยนต์ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ). (2565). สถิติการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน.

<https://www.bangkokems.bangkok.go.th/wpcontent/uploads/2023/03/annual-report-2565.pdf>

ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ). (2566). รายงานประจำปี 2566.

Retrieved from

<https://www.bangkokems.bangkok.go.th/wpcontent/uploads/2024/01/annual-report-2566.pdf>

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2557). สรุปภาพรวมการจัดทำมาตรฐาน หลักเกณฑ์ เกณฑ์และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน.

<https://www.niems.go.th/1/upload/migrate/file/255712081155449275euzHmOW9D8BrxcNo.pdf>

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2561). แผนกลยุทธ์สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580)

<https://www.niems.go.th/1/upload/migrate/file/2562062513255439451015dxGgteyAeCQI.pdf>

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2565). สถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพและการแพทย์ฉุกเฉิน

(ระดับโลกและประเทศไทย)

<https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2022/EBook/41476420220208161448.pdf>

สมรรถพงศ์ ขจรมณี. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ การกำหนดเป้าหมาย และ พฤติกรรมการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่ง โดยมีความผูกพันต่อเป้าหมายเป็นตัวแปรกำกับความสัมพันธ์ระหว่าง การกำหนดเป้าหมาย กับพฤติกรรมการให้บริการ.

สันติ จิตระจินดา สมศักดิ์ กัณหา. (2548). เด็กไทยรู้ทันต่อต้านโฆษณาหลอกเด็ก

<https://doi.thaihealth.or.th/resourcecenter/sites/default/files/documents/1307.pdf>

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2552). การศึกษาความรู้เกี่ยวกับคุณลักษณะคนไทยที่พึงประสงค์ : ความฉลาดทางอารมณ์ (*Emotional Quotient : EQ*)

<https://acord.in.th/pdf/knowledgebase/eq.pdf>

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2548). คู่มือแนวทางการดำเนินการในการบริการที่อำนวยความสะดวกและตอบสนองความต้องการของประชาชน.

<https://pvlo-cnt.dld.go.th/IDP1.60/BSQ%201.pdf>

สำราญ คำมี. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล ในหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง.

สุพัชร์ กอกิตร์ตันกุล นิตยา เพ็ญศรีรักษา พาณี สัตตะกลิน. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลแรงจูงใจ ในการทำงานกับ [สมรรถนะการสังสมความเชี่ยวชาญในงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ชุมชนจังหวัดสุพรรณบุรี. *Thai Journal of Nursing*, 67(2), 8-17.

อรพินท์ ชูชม. (2545). เอกสารการสอนวิชา วป 502 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

อังศินันท์ อินทรกำแหง วรสรณ์ เนตรทิพย์. (2554). รูปแบบความสัมพันธ์เชิงเหตุด้านสภาพแวดล้อม และแรงจูงใจในงานที่มีต่อพฤติกรรมบริการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของบุคลากรทางการแพทย์

<https://measure.bsri.swu.ac.th/paper/f08cb2aae4b497391c58e3284ea2d242.pdf>

อัฉริยะ แพงมา. (2564). ความท้าทายของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย*, 1(1), 61-70.

อาทิตย์ แก้วแทน. (2562). ปัจจัยแรงจูงใจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมของบุคลากรใน
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

<http://www.repository.rmutt.ac.th/xmlui/handle/123456789/3704>





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจคุณภาพเครื่องมือ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ผศ.ดร. กาญจนา ภัทราวิวัฒน์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. ผศ.ดร. สุดาร์ตน์ ตันติวิวัฒน์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. อ.ดร. ชาริน สุวรรณวงศ์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
4. นพ. ยุทธนา เศรษฐนันท์ ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร
(ศูนย์เอราวัณ)
สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
5. พญ. รัชยา ปิตยะกุลชร ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร
(ศูนย์เอราวัณ)
สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร



ตารางแสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับคะแนนรวม (Collected Item-total Correlation) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามรายข้อและทั้งฉบับ ของแบบสอบถามพฤติกรรมการบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน

ข้อคำถาม	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับคะแนนรวม
องค์ประกอบที่ 1 การตอบสนองต่อบริการด้วยความพร้อม	
ข้อคำถามที่ 1	0.651
ข้อคำถามที่ 2	0.661
ข้อคำถามที่ 3	0.669
องค์ประกอบที่ 2 การให้บริการอย่างมีศักยภาพ	
ข้อคำถามที่ 1	0.641
ข้อคำถามที่ 2	0.704
ข้อคำถามที่ 3	0.643
ข้อคำถามที่ 4	0.628
ข้อคำถามที่ 5	0.796
องค์ประกอบที่ 3 การให้บริการได้ตรงความต้องการ	
ข้อคำถามที่ 1	0.658
ข้อคำถามที่ 2	0.618
ข้อคำถามที่ 3	0.743
องค์ประกอบที่ 4 การให้บริการอย่างน่าเชื่อถือ	
ข้อคำถามที่ 1	0.796
ข้อคำถามที่ 2	0.734
ข้อคำถามที่ 3	0.563
ข้อคำถามที่ 4	0.671
ข้อคำถามที่ 5	0.554
ค่า Cronbach's alpha ของแบบสอบถามทั้งฉบับ = 0.934	

ตารางแสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับคะแนนรวม (Collected Item-total Correlation) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามรายข้อและทั้งฉบับของแบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์

ข้อคำถาม	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับคะแนนรวม
องค์ประกอบที่ 1 ด้านดี	
ข้อคำถามที่ 1	0.262
ข้อคำถามที่ 2	0.662
ข้อคำถามที่ 3	0.743
ข้อคำถามที่ 4	0.682
ข้อคำถามที่ 5	0.766
องค์ประกอบที่ 2 ด้านเก่ง	
ข้อคำถามที่ 1	0.775
ข้อคำถามที่ 2	0.797
ข้อคำถามที่ 3	0.784
ข้อคำถามที่ 4	0.573
องค์ประกอบที่ 3 ด้านสุข	
ข้อคำถามที่ 1	0.787
ข้อคำถามที่ 2	0.740
ข้อคำถามที่ 3	0.627
ข้อคำถามที่ 4	0.793
ข้อคำถามที่ 5	0.673
ค่า Cronbach's alpha ของแบบสอบถามทั้งฉบับ = 0.915	

ตารางแสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับคะแนนรวม (Collected Item-total Correlation) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามรายข้อและทั้งฉบับ ของแบบสอบถามแรงจูงใจ

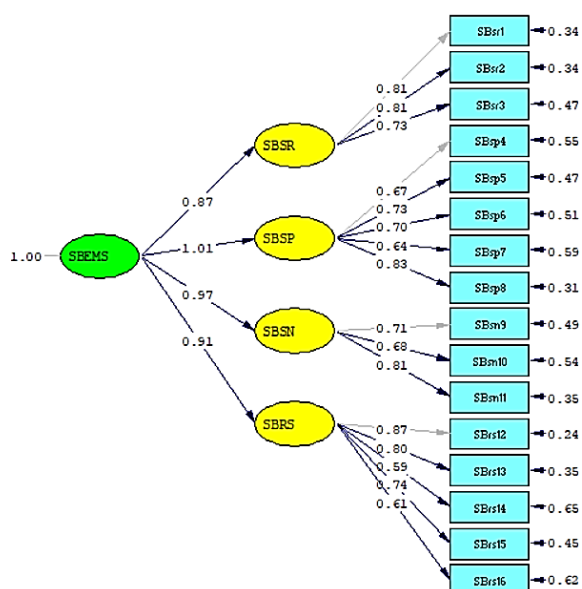
ข้อคำถาม	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับคะแนนรวม
องค์ประกอบที่ 1 แรงจูงใจไตร่ตรอง	
ข้อคำถามที่ 1	0.669
ข้อคำถามที่ 2	0.762
ข้อคำถามที่ 3	0.518
ข้อคำถามที่ 4	0.825
ข้อคำถามที่ 5	0.809
องค์ประกอบที่ 2 แรงจูงใจสะท้อนกลับ	
ข้อคำถามที่ 1	0.797
ข้อคำถามที่ 2	0.784
ข้อคำถามที่ 3	0.655
ข้อคำถามที่ 4	0.792
ข้อคำถามที่ 5	0.789
ค่า Cronbach's alpha ของแบบสอบถามทั้งฉบับ = 0.930	

ตารางแสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับคะแนนรวม (Collected Item-total Correlation) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามรายข้อและทั้งฉบับ ของแบบสอบถามปัจจัยคำจูน

ข้อคำถาม	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับคะแนนรวม
องค์ประกอบที่ 1 นโยบายองค์การ	
ข้อคำถามที่ 1	0.675
ข้อคำถามที่ 2	0.714
ข้อคำถามที่ 3	0.607
ข้อคำถามที่ 4	0.665
องค์ประกอบที่ 2 ความสัมพันธ์ที่ดี	
ข้อคำถามที่ 1	0.768
ข้อคำถามที่ 2	0.729
ข้อคำถามที่ 3	0.766
ข้อคำถามที่ 4	0.794
ข้อคำถามที่ 5	0.762
องค์ประกอบที่ 3 การปกครองบังคับบัญชา	
ข้อคำถามที่ 1	0.577
ข้อคำถามที่ 2	0.705
ข้อคำถามที่ 3	0.654
ข้อคำถามที่ 4	0.566
องค์ประกอบที่ 4 สภาพการทำงาน	
ข้อคำถามที่ 1	0.550
ข้อคำถามที่ 2	0.506
ข้อคำถามที่ 3	0.672
ข้อคำถามที่ 4	0.597

ข้อคำถาม	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับคะแนนรวม
องค์ประกอบที่ 5 เงินเดือน	
ข้อคำถามที่ 1	0.814
ข้อคำถามที่ 2	0.742
ข้อคำถามที่ 3	0.766
ข้อคำถามที่ 4	0.768
ข้อคำถามที่ 5	0.789
องค์ประกอบที่ 6 ความมั่นคงในงาน	
ข้อคำถามที่ 1	0.677
ข้อคำถามที่ 2	0.529
ข้อคำถามที่ 3	0.601
ข้อคำถามที่ 4	0.636
ข้อคำถามที่ 5	0.590
ค่า Cronbach's alpha ของแบบสอบถามทั้งฉบับ = 0.960	

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน
รูปแบบการวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน



Chi-Square=166.35, df=85, P-value=0.00000, RMSEA=0.068

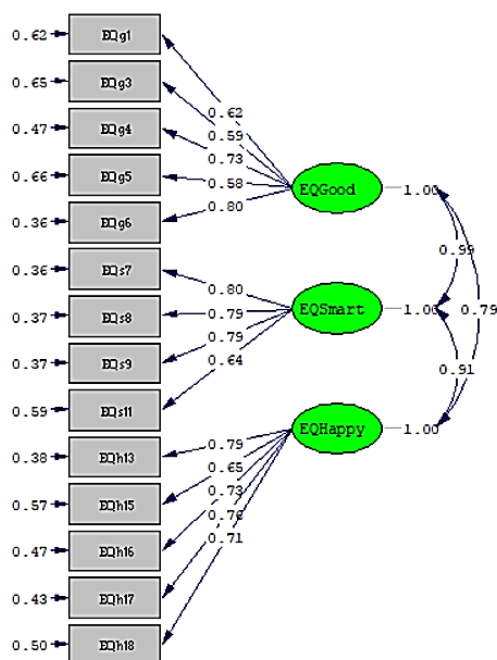
ภาพประกอบ รูปแบบการวัดพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน

ตารางแสดงผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันรูปแบบการวัดพฤติกรรมบริการตาม
มาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน

ข้อคำถาม	คะแนนมาตรฐานสัมประสิทธิ์องค์ประกอบ (Factor Loading)			
	องค์ประกอบที่ 1 (SBSr)	องค์ประกอบที่ 2 (SBSP)	องค์ประกอบที่ 3 (SBSn)	องค์ประกอบที่ 4 (SBRs)
ข้อ 1	0.81	0.67	0.71	0.87
ข้อ 2	0.81	0.73	0.68	0.80
ข้อ 3	0.73	0.70	0.81	0.59
ข้อ 4		0.64		0.74
ข้อ 5		0.83		0.61

Chi-Square = 166.35, df = 85, P-value = 0.000, RMSEA = 0.06

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน
รูปแบบการวัดความฉลาดทางอารมณ์



chai-square=142.14, df=62, P-value=0.003, RMSEA=0.08

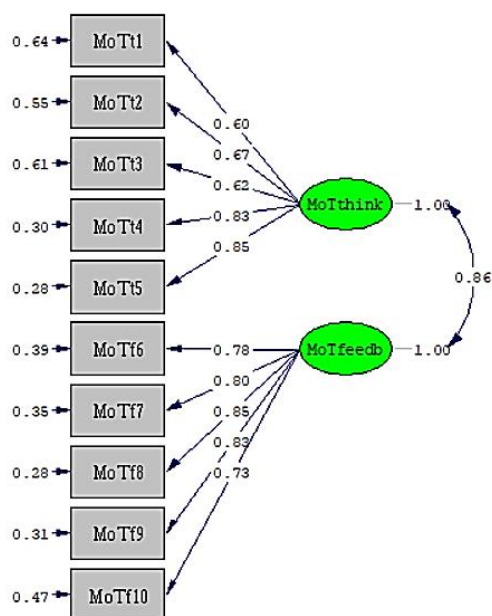
ภาพประกอบ รูปแบบการวัดความฉลาดทางอารมณ์

ตารางแสดงผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันรูปแบบการวัดความฉลาดทางอารมณ์

ข้อคำถาม	คะแนนมาตรฐานสัมประสิทธิ์องค์ประกอบ (Factor Loading)		
	องค์ประกอบที่ 1	องค์ประกอบที่ 2	องค์ประกอบที่ 3
	เก่ง (Smart)	ดี (Good)	สุข (Happy)
ข้อ 1	0.62	0.80	0.79
ข้อ 2	0.59	0.79	0.65
ข้อ 3	0.73	0.79	0.73
ข้อ 4	0.58	0.64	0.76
ข้อ 5	0.80		0.71

Chi-Square = 142.14, df = 62, P-value = 0.003, RMSEA = 0.06

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน
รูปแบบการวัดแรงจูงใจ



chi-square=37.92, df=24, P-value= 0.035, RMSEA=0.05

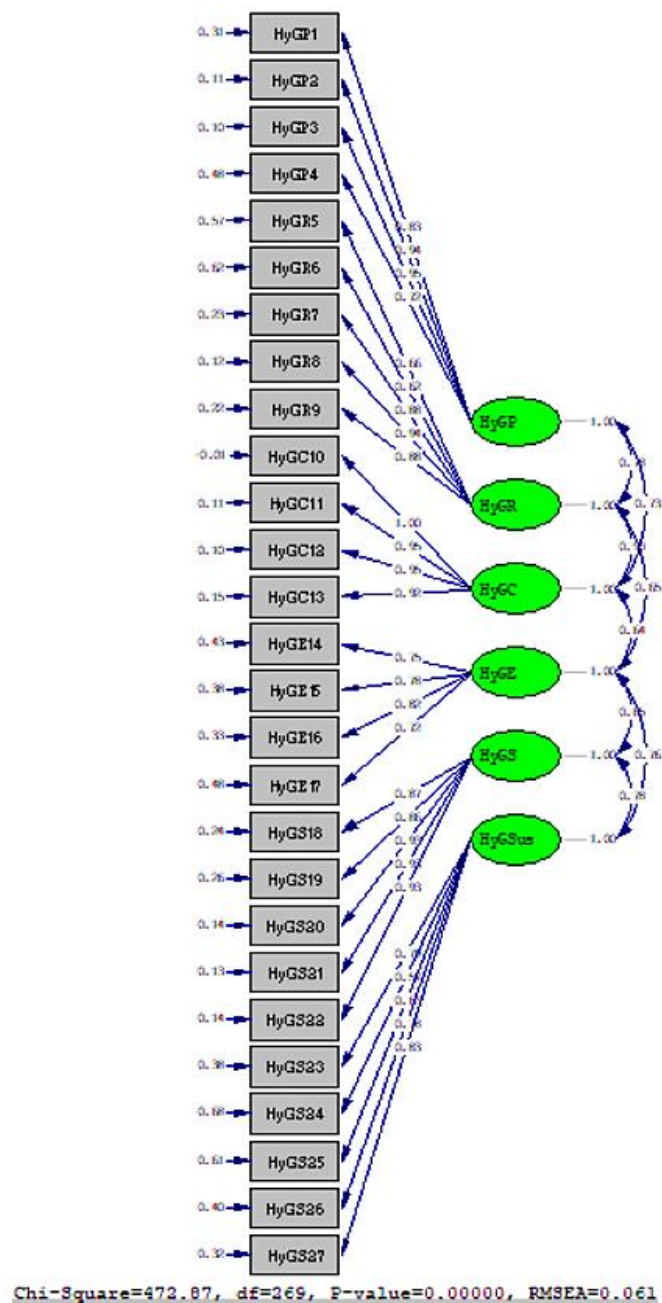
ภาพประกอบ รูปแบบการวัดแรงจูงใจ

ตารางแสดงผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันรูปแบบการวัดแรงจูงใจ

ข้อคำถาม	คะแนนมาตรฐานสัมประสิทธิ์องค์ประกอบ (Factor Loading)	
	องค์ประกอบที่ 1	องค์ประกอบที่ 2
	แรงจูงใจไตร่ตรอง (MoTt)	แรงจูงใจสะท้อนกลับ (MoTf)
ข้อ 1	0.60	0.78
ข้อ 2	0.67	0.80
ข้อ 3	0.62	0.85
ข้อ 4	0.83	0.83
ข้อ 5	0.85	0.73

Chi-Square = 39.08, df = 37.92, P-value = 0.40, RMSEA = 0.05

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน
รูปแบบการวัดปัจจัยคำจูน



ภาพประกอบ รูปแบบการวัดปัจจัยคำจูน



ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม

การศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้าง
แรงจูงใจตามโมเดล COM-B ที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน
ของบุคลากรสุขภาพ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ ตามความเป็นจริง

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ ☐ 18-20 ปี ☐ 21-30 ปี ☐ 31-40 ปี ☐ 41-50 ปี ☐ 51-60 ปี
3. ตำแหน่ง ☐ พยาบาลวิชาชีพ ☐ นักฉุกเฉินการแพทย์ ☐ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์
- 4.สังกัดหน่วยงาน ☐ โรงพยาบาลรัฐ ☐ โรงพยาบาลเอกชน ☐ มูลนิธิ
5. ประสบการณ์ในการทำงาน
☐ 1-5 ปี ☐ 6-10 ปี ☐ 11-15 ปี ☐ 16-20 ปี ☐ มากกว่า 20 ปี

ตอนที่ 2 พฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ☒ ลงในช่องตารางตามความเป็นจริง

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง เลย
1	ฉันพร้อมให้บริการผู้เจ็บป่วย ฉุกเฉินอย่างเต็มกำลัง						
2	ฉันพร้อมช่วยเหลือผู้เจ็บป่วย ฉุกเฉินทันทีที่พบเหตุหรือได้รับ แจ้งเหตุจากศูนย์สั่งการอย่างไม่ ลังเล						
3	ฉันตรวจสอบอุปกรณ์ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์บนรถพยาบาล ให้พร้อมใช้ก่อนออกปฏิบัติงาน						

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง เลย
4	ฉันรักษาผู้ป่วยด้วยความรู้ ความสามารถอย่างเต็มที่						
5	ฉันปฏิบัติต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน และ ญาติอย่างสุภาพ อ่อนน้อม แม้จะ ไม่ได้รับการยอมรับจากญาติ ก็ตาม						
6	ฉันแต่งกายด้วยชุดเครื่องแบบ ของหน่วยงานขณะปฏิบัติงาน เสมอ						
7	ฉันหลีกเลี่ยงการโต้เถียงเมื่ออยู่ ในสถานการณ์ตึงเครียด หรือ ขณะให้บริการ						
8	ฉันให้คำแนะนำ ขั้นตอนการ ปฏิบัติการรักษาให้ญาติผู้ป่วย ฉุกเฉินเข้าใจได้						
9	ฉันเอาใจใส่ผู้เจ็บป่วยที่รับ บริการฉุกเฉินโดยคำนึงถึงผู้ป่วย เป็นศูนย์กลางเสมอ						
10	ฉันนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินไปยัง โรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดได้ตรง ความต้องการของผู้ป่วยและ ญาติ						
11	ฉันให้การช่วยเหลือผู้เจ็บป่วย ฉุกเฉินทุกคนอย่างเท่าเทียม						
12	เมื่อฉันพบเห็นความผิดพลาดใน การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ฉันจะเข้าไป ช่วยแก้ไขไม่ให้เกิดความ ผิดพลาด						

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง เลย
13	ฉันให้คำแนะนำหรือถ่ายทอดงานให้กับผู้อื่นสามารถปฏิบัติงานฉุกเฉินได้ถูกต้องตามมาตรฐาน						
14	ฉันให้บริการ ฉันนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด						
15	หากฉันไม่มั่นใจในการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน ฉันจะประสานศูนย์สั่งการเพื่อปรึกษาแพทย์อำนาจการ						
16	ฉันกรอกข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินถูกต้องครบถ้วนโดยไม่ผิดพลาดเลย						

ตอนที่ 3 ความฉลาดทางอารมณ์

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางตามความเป็นจริง

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่จริง เลย
1	ฉันสามารถควบคุมอารมณ์ได้หากผู้ป่วยหรือญาติแสดงท่าทีที่ไม่ดีในขณะที่ปฏิบัติงาน						
2	ฉันสามารถยอมรับในสิ่งที่ผู้อื่นทำ ซึ่งต่างไปจากที่ฉันคิด ฉันทำ						
3	แม้ว่าฉันจะมีภารกิจที่ต้องทำมาก แต่ฉันก็ยังยินดีที่จะรับ						

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่จริง เลย
	ฟังความทุกข์ของผู้อื่นได้ เสมอ						
4	หากฉันทำผิดพลาด ฉัน สามารถกล่าวคำขอโทษต่อ ผู้อื่นได้ทุกเมื่อ						
5	ฉันสามารถละหรือทิ้ง ประโยชน์ส่วนตัว เพื่อ ประโยชน์ส่วนรวม						
6	ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถทำได้ แม้ว่างานให้บริการผู้ป่วย ฉุกเฉินเป็นงานที่ยาก						
7	ฉันพยายามเผชิญกับ อุปสรรคต่างๆ ได้อย่างไม่ ย่อท้อ						
8	ถึงแม้ฉันจะทำงานหลาย อย่างในเวลาเดียวกันแต่ฉัน สามารถตัดสินใจได้ว่าจะทำ อะไรก่อนหลัง เพื่อให้สำเร็จ ได้ทุกเรื่อง						
9	ฉันสามารถทำความรู้จักกับ ผู้อื่นได้ง่าย						
10	ถึงแม้จะได้รับมอบหมายงาน ที่ทำทนาย แต่ฉันยินดีที่จะ ปฏิบัติด้วยความภาคภูมิใจ						
11	แม้มีเรื่องที่ทำให้เครียด แต่ ฉันสามารถปรับเปลี่ยน สถานการณ์ให้เป็นเรื่องผ่อนคลาย หรือสนุกสนานได้						

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่จริง เลย
12	ฉันพอใจกับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ในปัจจุบัน						
13	เมื่อว่างเว้นจากการปฏิบัติงานฉันสามารถเลือกทำในสิ่งที่ฉันชอบในยามว่างได้						
14	ฉันสามารถผ่อนคลายตนเองได้ ทุกเมื่อ แม้จะเหน็ดเหนื่อยจากภาระหน้าที่ก็ตาม						

ตอนที่ 4 แรงจูงใจ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางตามความเป็นจริง

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่จริง เลย
1	ฉันวางแผนในการปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินไว้อย่างรอบคอบ						
2	ฉันสามารถควบคุมสติให้ทำตามแผนการให้บริการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ						
3	ฉันคิดทบทวนถึงความสำคัญของงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการทำงาน						
4	ฉันมั่นใจว่างานบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นงานที่สำคัญ สามารถช่วยเหลือประชาชนได้						

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่จริง เลย
5	ฉันเชื่อว่าหากให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินได้ตาม มาตรฐานจะช่วยให้ผู้ป่วยจะ รอดพ้นภาวะวิกฤตได้						
6	ฉันต้องการให้ผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้รับบริการอย่างดีที่สุด						
7	ฉันปรารถนาที่จะทำงาน บริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ สำเร็จในทุกครั้ง						
8	ฉันรู้สึกว่าคุณป่วยฉุกเฉินที่รอ ความช่วยเหลือเป็นแรง กระตุ้นให้ฉันปฏิบัติงาน อย่างเต็มความสามารถ						
9	หากฉันพบเจอผู้เจ็บป่วย ฉุกเฉิน ฉันต้องการที่จะให้ ความช่วยเหลือทันที						
10	ฉันยังคงต้องการปฏิบัติงาน ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต่อไป						

ตอนที่ 5 ปัจจัยคำจูน

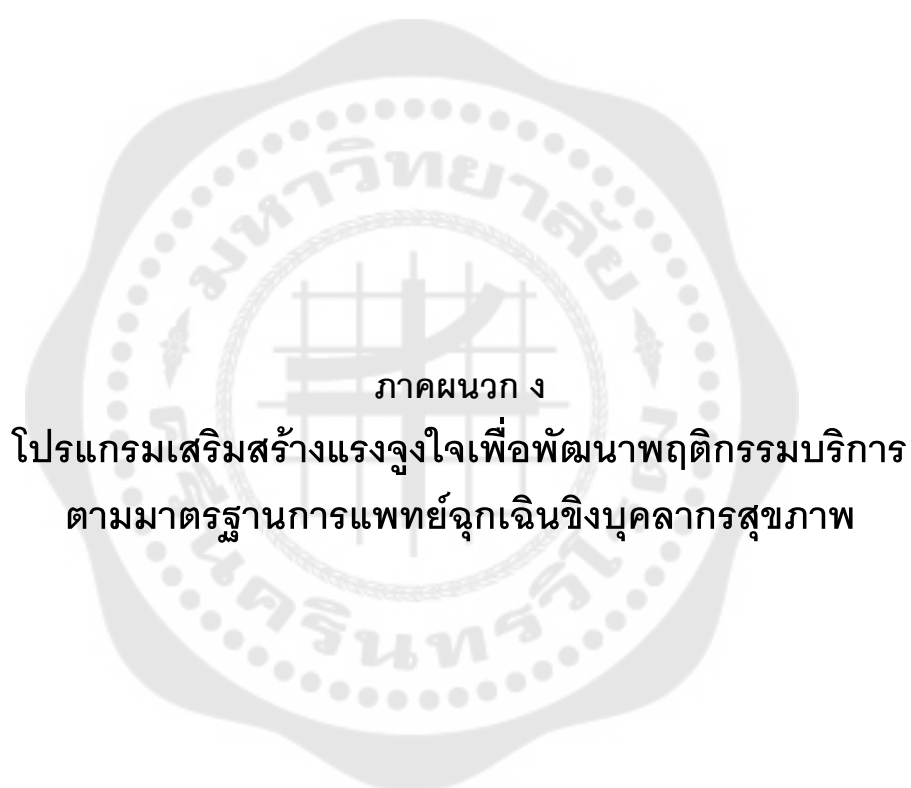
คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางตามความเป็นจริง

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่จริง เลย
1	ฉันทราบถึงนโยบายและ แผนการปฏิบัติงานของ หน่วยงานอย่างชัดเจน						

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่จริง เลย
2	หน่วยงานของฉันได้เผยแพร่แผนการดำเนินงาน และนโยบายในการปฏิบัติงานไว้ให้บุคลากรรับรู้อย่างชัดเจน						
3	หน่วยงานของฉันประชาสัมพันธ์ชี้แจงถึงแผนและนโยบายในการปฏิบัติงานให้ทราบ						
4	ฉันรับรู้ถึงบทบาทขั้นตอนและขอบเขตการปฏิบัติงานที่ฉันรับผิดชอบ						
5	ฉันเข้าถึงช่องทางในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงาน						
6	ฉันรู้ว่าเพื่อนร่วมงานให้ความร่วมมือในการช่วยเหลือผู้ป่วย						
7	ผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานสามารถฟังได้ พร้อมให้ความช่วยเหลือกับฉัน						
8	ฉันและผู้บังคับบัญชา รวมถึงเพื่อนร่วมงานให้การยอมรับซึ่งกันและกัน						
9	ผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงานเคารพการตัดสินใจ และยอมรับความคิดเห็นของฉัน						

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่จริง เลย
10	ผู้บังคับบัญชาในหน่วยงาน ของฉันสื่อสารด้วยความ ชัดเจน และให้ความยุติธรรม ในการมอบหมายงาน						
11	ฉันได้รับความเอาใจใส่จาก ผู้บังคับบัญชา						
12	ผู้บังคับบัญชาของฉันมีความ โอปอ้อมอารี						
13	ผู้บังคับบัญชาของฉันให้ คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาที่ ดี						
14	ฉันรับรู้ได้ว่าสภาพแวดล้อม ทางกายภาพในการทำงานมี ความสะดวกสบาย						
15	ฉันรู้ว่าสถานที่ปฏิบัติงาน สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย น่าอยู่						
16	ฉันรู้ว่าการจัดตารางเวลา ในการปฏิบัติงานมีความ เหมาะสม						
17	เครื่องมือ ยา เวชภัณฑ์ รวมถึงรถบริการการแพทย์ ฉุกเฉินมีเพียงพอ และพร้อม ใช้งาน						
18	ฉันพอใจกับค่าตอบแทน และสวัสดิการอื่นที่ฉันได้รับ						
19	ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่ ฉันได้รับมีความเหมาะสม						

ข้อ	คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่จริง เลย
20	ฉันได้รับโอกาสในการเลื่อน ขึ้นเงินเดือน หรือ ค่าตอบแทนพิเศษอื่น ๆ จาก การปฏิบัติงาน						
21	ฉันพอใจกับค่าตอบแทน และสวัสดิการที่ได้รับว่า เพียงพอต่อการดำรงชีวิต						
22	ฉันพอใจกับสิทธิและ สวัสดิการอื่นๆ ที่ได้รับในแต่ละ เดือน						
23	หน่วยงานที่ฉันปฏิบัติงานอยู่ มีชื่อเสียง และภาพลักษณ์ที่ดี						
24	ฉันมั่นใจว่าจะไม่ถูกเลิกจ้าง จากที่ทำงานแห่งนี้						
25	งานที่ฉันปฏิบัติอยู่เป็นงานที่ มีเกียรติ และได้รับการ ยอมรับจากผู้อื่น						
26	ฉันรู้สึกปลอดภัยทุกครั้ง ที่ออกปฏิบัติงานช่วยเหลือ ผู้ป่วย						
27	ฉันรับรู้ได้ว่าหน่วยงานใส่ใจ ถึงความปลอดภัยของฉันเมื่อ ต้องออกปฏิบัติงานช่วยเหลือ ผู้ป่วย						



ภาคผนวก ง

โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการ
ตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินเชิงบุคลากรสุขภาพ



โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการ
ตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินเชิงบุคลากรสุขภาพ

ความเป็นมาของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน

จากสถานการณ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่กรุงเทพมหานครในปัจจุบัน ยังพบปัญหาการเข้าถึงผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่ล่าช้าของทีมปฏิบัติการการแพทย์ ความไม่ครอบคลุมของการให้บริการ รวมถึงการให้บริการที่อาจจะยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ฉุกเฉิน ดังเห็นได้จากสถิติการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละการเข้าถึงเพื่อช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยในปี 2566 พบว่าร้อยละของการเข้าถึงเพื่อช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในภาพรวม ให้ได้ภายใน 10 นาที ทำได้เพียง ร้อยละ 12.37 ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 30 และภายใน 15 นาที ทำได้ร้อยละ 61.07 ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 65 (ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ), 2565) และสถิติการสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการภายนอกของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ศูนย์เอราวัณ พบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ความพึงพอใจเฉลี่ยของผู้ใช้บริการ อยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 92.13) โดยยังพบปัญหาทั้งในเรื่องของพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ในศูนย์รับแจ้งเหตุ ร้อยละ 6.00 และพฤติกรรมบริการของทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 2.00 ซึ่งการแก้ไขปัญหาดังกล่าวนอกจากการพัฒนาอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ให้มีความทันสมัย มีเทคโนโลยีสนับสนุนการให้บริการแล้ว ยังจำเป็นต้องพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีพฤติกรรมบริการที่ดี ได้มาตรฐานทางการแพทย์ฉุกเฉินด้วย ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยโปรแกรมการส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมบริการซึ่งจะช่วยให้การบริการมีคุณภาพมาตรฐาน มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

โดยโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งพยาบาลวิชาชีพ นักฉุกเฉินการแพทย์ และพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ เป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากการวิจัยในระยะที่ 1 ที่ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลองความสามารถ โอกาส แรงจูงใจ และพฤติกรรม (Capability Opportunity Motivation Behaviour : COM-B) นำมาอธิบายการเกิด และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลโดยผ่านตัวแปรคั่นกลาง ได้แก่ แรงจูงใจ ซึ่งแบบจำลองดังกล่าวถูกสร้างและพัฒนาขึ้นจาก (Michie et al., 2014) โดยได้นำเสนอว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์นั้นขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ ความสามารถ (Capability-C) โอกาส (Opportunity-O) โดยส่งผ่าน แรงจูงใจ (Motivation-M) ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behaviour Change-B) และแนวคิดแผนกระบวนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (Experiential Activities Planner : EAP) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ผ่านชีวิตจริงของผู้เรียน รวมถึงแนวคิดวงล้อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behaviour Change Wheels) ที่ช่วยให้กำหนดกิจกรรมส่งเสริมและ

พัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น สามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อพัฒนาพฤติกรรมของบุคลากรสุขภาพตามตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งมีวัตถุประสงค์ให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้รับการส่งเสริม พัฒนา ปรับพฤติกรรมบริการ ดังนี้

1. บุคลากรสุขภาพมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน
2. บุคลากรสุขภาพมีความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มมากขึ้น
3. บุคลากรสุขภาพมีแรงจูงใจเพิ่มมากขึ้น
4. บุคลากรสุขภาพมีพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินดีขึ้น

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโปรแกรม คือ บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มวิชาชีพคือ พยาบาลวิชาชีพและนักฉุกเฉินการแพทย์ ซึ่งมีหน้าที่ที่คล้ายคลึงกันทั้งในด้านวิชาชีพ และความรับผิดชอบ และกลุ่มสนับสนุน ได้แก่ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์โดยใช้หลักการคำนวณของ (Cohen, 1997) และใช้โปรแกรม G*power เวอร์ชัน 3.1.9.4 ซึ่งเป็นโปรแกรมที่สร้างจากสูตรของ Cohen และผ่านการทดสอบและใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากนักวิจัยหลากหลายท่าน (Bunchner, 2009; พีรนิติ สิริธีรธราดล, 2564) ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวใช้ค่าเพาเวอร์เท่ากับ 0.85 ค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 และค่าขนาดอิทธิพล 0.25 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดกลาง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมการวิจัย จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ จำนวน 40 คน แบ่งเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน โดยผู้วิจัยใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบจำแนกกลุ่ม (Random Assignment Sampling) จัดให้มีบุคลากรทางการแพทย์ในตำแหน่งวิชาชีพ และพนักงานเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากัน ทั้งนี้บุคลากรสุขภาพที่เข้าร่วมแต่ละกลุ่มต้องมีความสมัครใจและยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัย

หลักการและแนวคิดในการพัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้วิจัยสามารถทบทวนและสรุปแนวคิด ทฤษฎีที่นำมาใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีการพัฒนาตัวแปรซึ่งเป็นผลจากตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมมากต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ในการวิจัยระยะที่ 1 มาใช้ในการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) **แนวคิดกระบวนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (Experiential Activities Planner : EAP)** เป็นแนวคิดที่พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยให้ครูสามารถออกแบบการจัดทำหน่วยการเรียนรู้ให้นักเรียนได้ด้วยตนเอง และมองเห็นช่องทางในการปรับปรุงวิธีการสอนเพื่อส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของนักเรียน โดยแบ่งเป็นขั้นตอนที่ชัดเจน เน้นการเพิ่มความสุข สนุกสนาน ไร้ความกระหายใ้รู้ และคลี่คลายความเชื่อมโยงระหว่างสาระการเรียนรู้กับความจริงในชีวิตของผู้เรียนได้ดียิ่งขึ้น โดยกระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของตนเองนั้นมีทั้งหมด 6 ขั้นตอน (สันติ จิตระจินดา และสมศักดิ์ กันหา, 2548) ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 อุ่นเครื่อง (Warm-up) ประกอบด้วย

ภารกิจ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เหมาะสม และเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากรสุขภาพ โดยสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เหมาะสมให้เกิดขึ้นระหว่างผู้อำนวยการเรียนรู้ และ/หรือ สาระการเรียนรู้กับบุคลากรสุขภาพ โดยคาดหวังให้บรรยากาศการเรียนรู้นั้นมีลักษณะ เป็นกันเอง (Friendly) ผ่อนคลาย (Relax) เสริมศักดิ์ศรีในตนเองของผู้เรียน (Self-esteem) มั่นคงปลอดภัย (Safe and Secure) สนุกท้าทาย (Challenge) และสุขใจ (Enjoy)

การจัดกิจกรรม เช่น รู้จักกันและกัน แนะนำเข้าสู่ประเด็นการเรียนรู้ การเชื่อมโยงปัญหาและชีวิตจริงกับสาระการเรียนรู้ และการพัฒนากลุ่มบุคลากรสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล รวมไปถึงการบำรุงรักษาความสามารถในการทำงานและการเรียนรู้ร่วมกันของบุคลากรสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วเอาไว้ได้ตลอดกระบวนการเรียนรู้

ขั้นที่ 2 แนะนำปัญหา (Problem Identification) ประกอบด้วย

ภารกิจ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อเสนอ “โจทย์สนุกเรียนรู้ ดูแล้วสะเทือนใจ” ให้แก่บุคลากรสุขภาพที่เข้าร่วมกิจกรรม หลังจากที่บุคลากรสุขภาพพร้อมที่จะเรียนรู้ ผู้อำนวยการเรียนรู้ร่วมกันกำหนดขอบเขตปัญหา และนำเสนอปัญหาแก่บุคลากรสุขภาพด้วยอุปายที่สร้างสรรค์ แบบคาย โดยเน้นให้บุคลากรสุขภาพมีส่วนร่วม (Participation) ในทุกขั้นตอน

การจัดกิจกรรม การใช้คำถามปลายเปิด ใช้เทคนิคเล่นกับความคิดแบบต่างๆ สื่อสารได้อย่างเหมาะสม และเข้าถึง (Reach) กลุ่มเป้าหมาย คือ ก่อให้เกิดการรู้ซัดทั่วกันในกลุ่มบุคลากรสุขภาพที่เข้าร่วมกิจกรรม และก่อให้เกิดความรู้สึกสะเทือนใจ (Emotion) มีมโนภาพ (Conception) เกิดขึ้น

ขั้นที่ 3 ไตร่ตรองทางเฉพาะตน (Individual Exploration) ประกอบด้วย

ภารกิจ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง ให้เข้าใจปัญหา คิดแก้ไข โดยมุ่งให้บุคลากรสุขภาพคิดค้น ตรวจสอบความเข้าใจปัญหาจากมุมมองของตน (Point of View) ซึ่งมีบริบทแห่งภาวะและฐานะของตนหรือจุดยืน (Standpoint) ที่แตกต่างกันออกไปตามเงื่อนไขของแต่ละปัจเจกบุคคล

การจัดกิจกรรม การใช้โจทย์ และปัญหาที่ได้แนะนำมาแล้วในขั้นตอนที่ 2 เป็นตัวป้อน (Input) และบุคลากรสุขภาพประมวลผล (Processing) โดยมุ่งให้คิดค้น ตรวจสอบ เพื่อทำความเข้าใจในตัวปัญหาจากมุมมองของตน และ/หรือ สร้างข้อคิดเห็น (Idea) เกี่ยวกับทางออกของปัญหา จากนั้นให้ผู้เรียนสื่อสาร แสดงการประมวลผล (Output) ออกมาเป็นชิ้นงาน เช่น การแสดงออกทางศิลปะต่าง ๆ การวาดภาพ เป็นต้น

ขั้นที่ 4 ระดมสมองทางออกโดยกลุ่ม (Group Work) ประกอบด้วย

ภารกิจ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้จากกลุ่ม และมุมมองที่หลากหลาย เมื่อบุคลากรสุขภาพแต่ละคนได้มีโอกาสตรวจสอบความคิดเห็นของตนเกี่ยวกับปัญหาและมีผลงานข้อสรุปความคิดเห็นระดับหนึ่งของตนเองออกมาแล้ว กิจกรรมในขั้นนี้จะนำผลงานเหล่านั้นออกมาเป็นตัวป้อน (Input) ให้กลุ่มระดมสมองประมวลผล (Processing) สร้างข้อคิดเห็นเพิ่มเติม หรือพัฒนาข้อสรุปบางประการเพื่อใช้เป็นทางออกในการแก้ปัญหา

การจัดกิจกรรม การระดมสมอง (Brainstorming) แบบต่าง ๆ การอภิปรายโดยใช้ผลงานของสมาชิกในกลุ่มแต่ละคนเป็นตัวป้อน การถกเถียงแบบวิภาษวิธี (Dialectical Discourse) คือ การจำแนกตั้งข้อสังเกตพื้นฐาน (Thesis) พิจารณาข้อขัดแย้ง (Antithesis) และสรุปสังเคราะห์ (Synthesis) ที่ค้นพบ

ขั้นที่ 5 สื่อสารหาทางออก (Communication) ประกอบด้วย

ภารกิจ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อฝึกการตัดสินใจ การเสนอความคิดและทักษะการวิพากษ์ จากนั้นกลุ่มสื่อสารแสดงผลออกมาเป็นชิ้นงาน เช่น การแสดงออกทางศิลปะต่าง ๆ และนำเสนอชิ้นงานนั้น ๆ โดยมีเป้าหมายในการเผยแพร่ความคิด และการโน้มน้าวใจ แต่ในขณะเดียวกันก็เปิด

กว้างต่อการประเมิน หรือพิจารณาข้อเสนอเหล่านั้น จากกลุ่มรวบรวมข้อเสนอแนะและป้อนกลับ (Feed-Back) และคำวิพากษ์วิจารณ์ที่ได้รับ กลับไปเสริมการสังเคราะห์ทางเลือกที่เหมาะสมต่อไป

การจัดกิจกรรม การเสนอผลงาน (Presentations) การแสดง สื่อต่าง ๆ การพูดคุย อภิปราย เป็นต้น

ขั้นที่ 6 ถอดรหัสปรับใช้ในชีวิต (Debriefing) ประกอบด้วย

ภารกิจ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อให้บุคลากรสุขภาพเข้าใจกระบวนการเรียนรู้ของตนเอง และเปลี่ยนแปลงการกระทำ โดยผู้อำนวยการเรียนรู้พูดคุยสอบถามระหว่างกระบวนการเรียนรู้ และ/หรือภายหลังเสร็จสิ้นการนำเสนอผลงาน การสื่อสารทางออกของกลุ่ม โดยเริ่มจาก การสำรวจความรู้สึกของผู้เรียน (Feeling) ความระลึกได้ (Recalling) ความเข้าใจ (Comprehension) ทางเลือกต่าง ๆ (Options) และโอกาสกระทำการ (Commitment and Action)

การจัดกิจกรรม มีการสอบทานความรู้เปรียบเทียบก่อน-หลังการเรียนรู้ ช่วยให้บุคลากรสุขภาพเข้าใจการกระทำระหว่างกันของประสบการณ์เดิมกับประสบการณ์ใหม่ที่ก่อให้เกิดข้อสรุป หรือมิติใหม่ในสนามประสบการณ์ของบุคลากรสุขภาพ ช่วยให้เห็นถึงวิธีการนำความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ช่วยให้ผู้เรียนสรุปประสบการณ์สู่ศาสตร์ เชื่อมโยงการค้นคว้าประเด็นเพิ่มเติม เชื่อมโยงไปสู่การขยายผลการกระทำอื่น ๆ และการเสริมแรง เพื่อการเรียนรู้เกิน (Overlearning)

2) แนวคิดวงล้อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behaviour Change Wheel : BWC)

วงล้อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (BCW) เป็นกรอบของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งพัฒนาขึ้นจากทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากกรอบแนวคิดและทฤษฎีในการพัฒนาพฤติกรรมกว่า 19 กรอบ ของ Susan Michie, Lou Atkins และ Robert West (2014) ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยาสุขภาพ ในประเทศอังกฤษ โดย BCW ประกอบด้วยวงล้อสามชั้น โดยศูนย์กลางของวงล้อระบุแหล่งที่มาของการวิเคราะห์พฤติกรรมเป้าหมายที่สามารถระบุปัจจัยเชิงสาเหตุได้ โดยใช้โมเดล COM-B วงล้อชั้นที่สอง คือชั้นของฟังก์ชันการแทรกแซง (Intervention) 9 ชั้นที่สามารถเลือกได้ขึ้นอยู่กับการวิเคราะห์พฤติกรรมที่ได้จาก แบบจำลอง COM-B และวงล้อชั้นนอกสุดจะระบุถึงนโยบาย 7 ประเภทที่เราสามารถเลือกมาใช้ให้เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเป้าหมาย โดย Susan Michie, Lou Atkins และ Robert West ได้กำหนดฟังก์ชันการแทรกแซง (Intervention) ไว้ดังนี้

1) การศึกษา (Education) หมายถึง การให้ความรู้ เพิ่มความเข้าใจ โดยการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเป้าหมาย

2) การชักชวน (Persuasion) หมายถึง การใช้การสื่อสาร พูดคุยเพื่อกระตุ้นความรู้สึกทั้งในด้านบวกและด้านลบ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมหรือการกระทำเป้าหมาย

3) การสร้างแรงจูงใจ (Incentivisation) หมายถึง การสร้างความคาดหวังต่อสิ่งจูงใจหรือผลตอบแทนที่จะได้รับเพื่อให้เกิดพฤติกรรมเป้าหมาย

4) การบีบบังคับ (Coercion) หมายถึง การสร้างการรับรู้ถึงการลงโทษหรือผลเสียที่จะได้รับหากไม่กระทำพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมาย

5) การฝึกอบรม (Training) หมายถึง การถ่ายทอดทักษะ การฝึกปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความชำนาญในการกระทำพฤติกรรมเป้าหมาย

6) การสร้างข้อจำกัด (Restriction) หมายถึง การใช้กฎ เกณฑ์ เพื่อลดโอกาสในการมีส่วนร่วมในการลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และเพิ่มพฤติกรรมเป้าหมาย

7) การปรับโครงสร้างสิ่งแวดล้อม (Environmental Restructuring) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบริบททางกายภาพหรือทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมเป้าหมาย

8) การใช้ตัวแบบ (Modelling) หมายถึง การใช้บุคคลตัวอย่างเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลปรารถนาหรือเลียนแบบพฤติกรรมเป้าหมาย

9) การเพิ่มขีดความสามารถ (Enablement) หมายถึง การเพิ่มวิธีการ หรือลดอุปสรรคในการเพิ่มความสามารถในการกระทำพฤติกรรมเป้าหมาย

ดังนั้นในการสร้างโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน จึงได้จากการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี และทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดกิจกรรมภายใต้แนวคิด ทฤษฎี ตัวอย่างกิจกรรม และการประเมินผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินไว้ดังต่อไปนี้

ชื่อกิจกรรม	แนวคิดที่ใช้	ตัวอย่างกิจกรรม	ประเมินผล
ครั้งที่ 1 อุ่นเครื่อง BKK EMS (90 นาที)	Experiential Activities Planner – (warm up)	1. กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพ ละลายพฤติกรรม โดยให้แนะนำ ตัว เล่นเกม ทำความรู้จักกัน 2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ กลุ่มตัวอย่าง การลงนามใบ ยินยอม 3. เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง	- แบบสอบถาม - การมีส่วนร่วม ในกิจกรรม - การสังเกต พฤติกรรม

ชื่อกิจกรรม	แนวคิดที่ใช้	ตัวอย่างกิจกรรม	ประเมินผล
ครั้งที่ 2 รู้ถึง ปัญหา (120 นาที)	1. Experiential Activities Planner - (Problem Identification) 2. COM-B Model 2.1 Capability - (ความสามารถ) Psychological Capability – Education เพื่อสร้างความรู้ ความ เข้าใจโดยการบรรยาย เกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหาการบริการ การแพทย์ฉุกเฉินที่เกิดขึ้น จากพฤติกรรมบริการ	1. นำเสนอสถานการณ์ปัญหา ของระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร 2. ให้นักลกรสุขภาพจับคู่ 3 - 4 คน/กลุ่ม เล่าถึง ประสบการณ์ที่ประทับใจและไม่ ประทับใจที่ได้พบเจอจากการ ให้บริการที่ผ่านมาให้เพื่อนได้รับ ฟัง 3. ให้ระบุปัญหา และอุปสรรคที่ เกิดขึ้นจากพฤติกรรมบริการ การแพทย์ฉุกเฉินจาก ประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละ คน และนำเสนอให้กับเพื่อนๆ ในกลุ่มได้ร่วมรับฟัง 4. สรุปประเด็นปัญหาที่สำคัญ เลือกให้นักลกรสุขภาพเล่าให้ เพื่อนทั้งหมดได้ฟัง	- การนำเสนอ - การคิด - พุดคุย ชักถาม แลกเปลี่ยน ความคิดเห็น - การมีส่วนร่วม ในกิจกรรม - การสังเกต พฤติกรรม
ครั้งที่ 3 ไตร่ตรอง ทางแก้เฉพาะตน (120 นาที)	1. Experiential Activities Planner – (Individual Exploration) 2. COM-B Model 2.1 Capability - (ความสามารถ) Psychological Capability - modelling เพื่อส่งเสริมการรับรู้และ เข้าใจปัญหา ที่เกิดขึ้นผ่าน ตัวแบบที่มีประสบการณ์ จริง	1. บุคลากรสุขภาพแต่ละคนคิด คำตอบการแก้ไขปัญหาของ ตนเอง พร้อมทั้งอธิบายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้น แนวทางใน การควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก ของตนเอง การแสดงออกที่ เหมาะสม 2. สุ่มเลือกตัวอย่างประเด็น ปัญหาที่สำคัญ นำเสนอให้ เพื่อนๆ ทั้งหมดได้ร่วมรับฟังและ ร่วมกันอภิปรายแสดงความ คิดเห็น	- การคิด - พุดคุย ชักถาม แลกเปลี่ยน ความคิดเห็น - การมีส่วนร่วม ในกิจกรรม - การสังเกต พฤติกรรม

ชื่อกิจกรรม	แนวคิดที่ใช้	ตัวอย่างกิจกรรม	ประเมินผล
ครั้งที่ 4 ระดม สมองทางออกของ กลุ่ม (150 นาที)	1. Experiential Activities Planner - (Group Work) 2. COM-B Model 2.1 Capability - (ความสามารถ) Psychological Capability-Training เพื่อให้ทราบถึงวิธีการ ตั้งเป้าหมาย	1. จัดกิจกรรมแบ่งกลุ่มบุคลากร สุภาพ แจกใบงานหัวข้อของ ประเด็นปัญหาที่สำคัญ 1 เรื่อง/ กลุ่ม อธิบาย ตัวอย่างกิจกรรม 2. สมาชิกแต่ละกลุ่มร่วมกัน ตั้งเป้าหมายถึงการบริการในฝัน ที่ทุกคนอยากได้ 3. วิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้ไปไม่ถึงเป้าหมาย แบ่งปันประสบการณ์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และ หาแนวทางการแก้ไขปัญหา 4. สรุปเป็นใบงาน	- การคิด - การ แลกเปลี่ยน ความคิดเห็น - การมีส่วนร่วม ในกิจกรรม - การสังเกต พฤติกรรม - ใบงานสรุป ถูกต้อง สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์
ครั้งที่ 5 สื่อสาร ทางออกร่วมกัน (120 นาที)	1. Experiential Activities Planner - (Communication) 2. COM-B Model 2.1 O - Opportunity (โอกาส) Social Opportunity- Modelling เพื่อเป็น แนวทางและวิธีการบรรลุ เป้าหมายการแก้ไขปัญหา จากเพื่อนทั้งในกลุ่มและ นอกกลุ่ม	1. แต่ละกลุ่มนำเสนอใบงาน จากการระดมสมองวิเคราะห์ ปัญหา สาเหตุ ปัจจัยต่าง ๆ รวมถึงแนวทางการแก้ไขของ แต่ละกลุ่ม 2. แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ระหว่างกลุ่ม พูดถึงข้อดี ข้อเสีย จากข้อมูลที่น่าเสนอ ที่จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหา การพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป	- การ แลกเปลี่ยน ความคิดเห็น - การมีส่วนร่วม ในกิจกรรม - การสังเกต พฤติกรรม

ชื่อกิจกรรม	แนวคิดที่ใช้	ตัวอย่างกิจกรรม	ประเมินผล
ครั้งที่ 6 ถอดรหัส ปรับใช้ (120 นาที)	1. Experiential Activities Planner - (Debriefing) 2. COM-B Model 2.1 M – Motivation (แรงจูงใจ) Automatic Motivation – Incentivization/Persuasi on เพื่อสร้างแรงจูงใจผ่าน คำชื่นชมทั้งตนเอง บุคคล รอบข้าง และเสริมแรงด้วย การให้รางวัล รวมถึงการ โน้มน้าวเพื่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	1. ชื่นชมการนำเสนอความคิด ร่วมกันในทิศทางที่น่าสนใจ ที่สุดเพื่อนำไปปฏิบัติใช้จริง มอบรางวัลให้กับกลุ่มที่มีผล โหวตมากที่สุด 2. สรุปเชื่อมโยงนำไปสู่การโน้ มน้าวใจเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมไปสู่เป้าหมาย 3. สรุปผลการดำเนินกิจกรรม 4. ทำแบบประเมิน/ แบบสอบถาม	- การมีส่วนร่วม ในกิจกรรม - การสังเกต พฤติกรรม - แบบสอบถาม

การเตรียมการ

โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน มี
ขั้นตอนการเตรียมการ ดังต่อไปนี้

1. ขอความร่วมมือบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
กรุงเทพมหานคร ทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มวิชาชีพคือ พยาบาลวิชาชีพและนักฉุกเฉิน
การแพทย์ ที่มีหน้าที่ในการปฏิบัติงานที่คล้ายคลึงกันทั้งในด้านวิชาชีพ และความรับผิดชอบ และ
กลุ่มสนับสนุน ได้แก่ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ โดยคัดเลือกจากบุคลากรอาสาสมัครเข้าร่วม
โปรแกรม โดยเมื่อดำเนินการแบ่งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเรียบร้อยแล้ว ให้ผู้เข้าร่วม
โปรแกรมกลุ่มทดลองทำแบบวัดตัวแปรที่ใช้ในการทดลอง ก่อนการทดลอง (Pretest)

2. ชี้แจงผู้เข้าร่วมโปรแกรมทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการปฏิบัติตนของแต่ละกลุ่ม
เงื่อนไข ข้อจำกัด ประโยชน์ที่ได้รับ รวมถึงกำหนดวัน เวลาและสถานที่ที่จัดกิจกรรมโปรแกรม

3. จัดเตรียมสถานที่ ขอความอนุเคราะห์ให้สถานที่ จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการ
จัดทำโปรแกรม รวมถึงเตรียมอุปกรณ์ สื่อทัศนูปกรณ์สำหรับการกิจกรรมต่าง ๆ

4. จัดเตรียมสื่อที่ใช้ในการจัดโปรแกรม ได้แก่ แบบวัด แบบประเมิน แบบสอบถาม ใบงาน แต่ละกิจกรรม อุปกรณ์สื่อการเรียนการสอนต่าง ๆ

การสร้างกิจกรรมในโปรแกรม

จากกรอบกิจกรรมที่สร้างขึ้นข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมาเป็นแนวทางในกำหนดรูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในแต่ละครั้ง เพื่อให้เป้าหมายของกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมของโปรแกรมในภาพรวม รูปแบบของกิจกรรมในแต่ละครั้งเป็นส่วนผสมของหลากหลายวิธีการเรียนรู้เช่นการบรรยาย การจัดกิจกรรมกลุ่ม การฝึกประสบการณ์จริงด้วยการปฏิบัติ เช่น การระดมสมอง เป็นต้น ทั้งนี้ในทุกกิจกรรมจะใช้หลักการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือโดยคงไว้ซึ่งแนวคิดหลักในการเสริมสร้างแรงจูงใจ และพัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งรายละเอียดของกิจกรรมแต่ละครั้ง ประกอบไปด้วย ชื่อกิจกรรม วัตถุประสงค์ของกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม เวลา สื่อ/อุปกรณ์ต่างๆ และวิธีการประเมินผล ซึ่งมีรายละเอียดในกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

ใบงานที่ 1 เรื่องมีอยู่ว่า...

คำชี้แจง

1. ให้นักลากลุ่มสุขภาพจับกลุ่ม 3 – 4 คน ตั้งชื่อกลุ่ม
2. ให้สมาชิกในกลุ่มบอกเล่าเรื่องราว ประสบการณ์จากการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้พบเจอมา ทั้งที่ประทับใจและไม่ประทับใจ คนละ 3 เรื่อง สลับกันเล่าให้เพื่อนในกลุ่มฟังจนครบทุกคน
3. เลือกเหตุการณ์ที่ประทับใจและไม่ประทับใจ สรุปอย่างละ 3 เรื่อง เรียงลำดับความสำคัญ เขียนลงใบงาน
4. เตรียมนำเสนอเพื่อแลกเปลี่ยน บอกเล่าให้เพื่อนๆ ต่างกลุ่มได้รับฟัง

1) ประสบการณ์ หรือเรื่องราวที่ประทับใจจากเหตุการณ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

.....

.....

.....

.....

2) ประสบการณ์ หรือเรื่องราวที่ไม่ประทับใจจากเหตุการณ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

.....

.....

.....

.....

3) สรุปประเด็นเรื่องราวที่ประทับใจและไม่ประทับใจ อย่างละ 3 เรื่อง เรียงลำดับความสำคัญ

.....

.....

ใบงานที่ 2 คนดีต้อง...แก้ไข

คำชี้แจง

1. จากประเด็นปัญหาที่เพื่อนๆ ทุกกลุ่มได้นำเสนอ 3 ลำดับแรก ซึ่งเกิดขึ้นจากพฤติกรรมการบริการที่ไม่ประทับใจ ให้บุคลากรสุภาพเขียนอธิบายความรู้สึกของตนเองในมุมมองของผู้รับบริการหากเกิดขึ้นกับตนจะรู้สึกอย่างไร และระบุการแก้ไข และปรับปรุงในมุมมองของผู้ให้บริการ
2. สุ่มเลือกประเด็นจากข้อ 1 ที่คิดว่าเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดที่ต้องแก้ไข มานำเสนอ โดยให้เลือกวิธีการนำเสนอด้วยการแสดงบทบาทสมมติ เพื่อให้เพื่อนๆ ได้รับชมและรับฟัง
3. ร่วมกันอภิปรายและแสดงความคิดเห็นระหว่างกลุ่ม



กิจกรรมที่ 4 ระดมสมองทางออกของกลุ่ม (เวลาดำเนินกิจกรรม จำนวน 150 นาที)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์ กิจกรรม	ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	เวลา	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
4. “ระดม สมอง ทางออก กลุ่ม”	1. เพื่อ ส่งเสริมการ เรียนรู้ให้แก่ บุคลากร สุขภาพที่เข้า ร่วมโปรแกรมฯ ในรูปแบบ ของกลุ่ม และ มีมุมมองที่ หลากหลาย 2. เพื่อให้ บุคลากร สุขภาพทราบ ถึงวิธีการ ตั้งเป้าหมาย และเห็นตัว แบบที่ดีและ ไม่ดีผ่าน เป้าหมาย ภาพฝัน รวมถึงปัญหา ที่ทุกคน กำหนด	1. จัดกิจกรรมแบ่งกลุ่ม บุคลากรสุขภาพ กลุ่มละ 3-4 คน แจกส้อมแจกใบงานหัวข้อ ของประเด็นปัญหาที่สำคัญ 1 เรื่อง/กลุ่ม อธิบายตัวอย่าง กิจกรรม 2. สมาชิกแต่ละกลุ่มร่วมกัน ตั้งเป้าหมาย ถึงการบริการทาง การแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทุกคน อยากได้ โดยร่วมกันวาด ออกมาเป็นภาพฝันที่ทุกคนใน กลุ่ม อยากเห็น 3. วิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้ไปไม่ถึง เป้าหมาย/ภาพฝันที่ทุกคน อยากให้เป็น แบ่งปัน ประสบการณ์ แลกเปลี่ยน ความคิดเห็น และหาแนว ทางการแก้ไขปัญหา วาดเป็น แผนภาพให้เห็นถึงความ เชื่อมโยง 4. แต่ละกลุ่มนำเสนอ และสรุป เป็นใบงาน 5. วิทยากรและผู้เข้าร่วม โปรแกรมฯ สรุปความรู้ที่ได้จาก การทำกิจกรรมร่วมกัน	20 นาที 40 นาที 40 นาที 10 นาที	1. ชองใส่ ประเด็นปัญหา 2. ใบงานที่ 3 3. กระดาษ Flip Chart 4. Flip Board 5. ปากกาเมจิก 6. ดินสอสี	1. การคิด 2. การ แลกเปลี่ยนความ คิดเห็น 3. การมีส่วนร่วม ในกิจกรรม 4. การสังเกต พฤติกรรม 5. ใบงานสรุป ถูกต้อง สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์

ใบงานที่ 3 ภาพฝันที่ฉันอยากเห็น

คำชี้แจง

1. แบ่งกลุ่มบุคลากรสุขภาพ กลุ่มละ 3 – 4 คน
2. สมาชิกในกลุ่มร่วมกันตั้งเป้าหมายในหัวข้อ “บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภาพฝันที่ฉันอยากเห็น” โดยร่วมกันวาดออกเป็นรูปภาพ 1 ภาพ ที่สื่อถึงหัวข้อดังกล่าว พร้อมตั้งชื่อรูปภาพ
3. ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็นที่นำเสนอในภาพที่ทำให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่ถึงฝัน (เขียนเป็นข้อๆ สรุป หรือวาดเป็นแผนภาพ) เพื่อนำเสนอ



ใบงานที่ 4 รวมกันเราอยู่ ร่วมสู้เพื่อหาทางออก

คำชี้แจง

1. แต่ละกลุ่มสรุปประเด็นปัญหาจากภาพฝัน และการวิเคราะห์สาเหตุ ที่เพื่อนทุกกลุ่มได้บอกเล่า มาสรุปร่วมกันภายในกลุ่ม
2. เลือกวิธีการแก้ไขปัญหาคือที่สุดของแต่ละประเด็นปัญหา ระบุข้อดี ข้อเสีย เมื่อนำไปปฏิบัติใช้จริงในการให้บริการ
3. ส่งตัวแทนกลุ่มนำเสนอให้เพื่อนๆ ทุกคนได้ร่วมแลกเปลี่ยน

1) ประเด็นปัญหา

2) วิเคราะห์สาเหตุ

3) หาแนวทางการแก้ไข (ข้อดี ข้อเสีย)

กิจกรรมที่ 6 ถอดรหัสปรับใช้ (เวลาดำเนินกิจกรรม จำนวน 120 นาที)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์ กิจกรรม	ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	เวลา	สื่อ/อุปกรณ์	การ ประเมินผล
6. "กิจกรรม ถอดรหัสปรับ ใช้"	1. เพื่อให้ บุคลากร สุขภาพที่เข้า ร่วมโปรแกรม ได้สำรวจ ความรู้สึก และมีความ เข้าใจใน ทางเลือกที่ทุก คนร่วมกัน กำหนด นำไปสู่การ มองหาโอกาส ที่จะกระทำ	1. วิทยากรและเพื่อนแต่ละ กลุ่มกล่าวขึ้นชมการนำเสนอ ความคิดระหว่างกัน และให้ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ร่วมกัน โหวตแนวทางที่น่าสนใจที่สุด และทำข้อตกลงของทุกคนที่จะ ยอมรับนำไปปฏิบัติใช้จริง มอบรางวัลให้กับกลุ่มที่มีผล โหวตมากที่สุด	40 นาที	1. ใบลงคะแนน 2. ใบงานที่ 5 3. รางวัล เสริมแรง	1. การมีส่วน ร่วมใน กิจกรรม
	2. เพื่อให้ บุคลากร สุขภาพที่เข้า ร่วมโปรแกรม ได้รับการ เสริมแรงใน การกระทำ พฤติกรรม บริการที่เป็น เป้าหมาย และนำไป ประยุกต์ใช้ใน ชีวิตประจำวัน และการ ทำงานต่อไป	2. สรุปเชื่อมโยงนำไปสู่การพูด เพื่อโน้มน้าวใจเพื่อให้บุคลากร ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่ เป้าหมายที่วางไว้ร่วมกัน	30 นาที	4. แบบประเมิน ความพึงพอใจ 5. แบบสอบถาม พฤติกรรม	2. การสังเกต พฤติกรรม
		3. วิทยากรและผู้เข้าร่วม โปรแกรมฯ สรุปความรู้ที่ได้จาก การทำกิจกรรมร่วมกัน	20 นาที		3. แบบ ประเมิน/ แบบสอบถาม
		4. ทำแบบประเมินความพึง พอใจ/แบบสอบถามพฤติกรรม	30 นาที		

ใบงานที่ 5 บันทึกข้อตกลงของพวกเขา

คำชี้แจง

1. แต่ละกลุ่มเขียนข้อตกลงที่จะปฏิบัติร่วมกันในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สรุปในกลุ่มย่อย
2. นำเสนอข้อตกลงของกลุ่ม เพื่อสรุปเป็นข้อตกลงในกลุ่มใหญ่

บันทึกข้อตกลง การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดี

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.





ภาคผนวก จ

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



AF19-03-03.1
August, 2023

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

ชื่อโครงการวิจัย : รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจตามโมเดล COM-B ที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นายทศโนย์ สัมเจียมรังษี

หน่วยงานต้นสังกัด : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

หมายเลขรับรองโครงการวิจัย : SWUEC-672042

รายการเอกสารที่รับรอง :

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณา | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2567 |
| 2. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ | ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 16 มกราคม 2567 |
| 3. เอกสารข้อมูลและขอความยินยอมสำหรับอาสาสมัคร | ฉบับที่ 3 ลงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567 |
| 4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | ฉบับที่ 3 ลงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567 |
| 5. ประวัติผู้วิจัย | |

ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยยึดหลักเกณฑ์ตาม Declaration of Helsinki, Belmont Report, International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP), International Guidelines for Human Research ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามโครงการวิจัยนี้ได้

วันที่รับรอง : 28 กุมภาพันธ์ 2567

วันที่หมดอายุ : 27 กุมภาพันธ์ 2568

(ลงชื่อ).....


(รองศาสตราจารย์ ดร.สิทธิพงษ์ วัฒนานนท์สกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

ชุดสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ (ชุดที่ 2)

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

หน่วยจริยธรรมและมาตรฐานการวิจัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

อาคารนวัตกรรม ศ.ดร.สาโรช บัวศรี ชั้น 17

โทร. (02) 6495000 ต่อ 17503, 17506 โทรสาร (02) 2042590



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร
หนังสือรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, Belmont Report, CIOMS Guidelines และ ICH-GCP Guidelines

ชื่อโครงการวิจัย : รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจตามโมเดล COM-B ที่มีต่อพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรสุขภาพ

รหัสโครงการ : U011hh/67

ผู้วิจัยหลัก : นายทัศนัย ลิ้มเจียมรังสี/สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สถานที่ทำวิจัย : หน่วยงานเครือข่ายในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร และศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ)

เอกสารที่ได้รับการพิจารณา :

- | | |
|--|------------------------------------|
| 1. โครงร่างการวิจัย | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 23 พฤษภาคม 2567 |
| 2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 23 พฤษภาคม 2567 |
| 3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 23 พฤษภาคม 2567 |
| 4. ประวัติและผลงานผู้วิจัย | ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 22 เมษายน 2567 |
| 5. แบบสอบถาม | ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 22 เมษายน 2567 |
| 6. โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจพัฒนาพฤติกรรมบริการตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน | ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 22 เมษายน 2567 |
| 7. ใบประชาสัมพันธ์เชิญชวน | |

(ศาสตราจารย์พิเศษมานิต ศรีประโมทย์)
ประธานคณะกรรมการฯ

(นายชาติรี วัฒนเชจร)
รองปลัดกรุงเทพมหานคร

หมายเลขหนังสือรับรอง 73

วันที่รับรอง วันที่ 11 มิถุนายน 2567

วันหมดอายุ วันที่ 10 มิถุนายน 2568

ประเภทของการรับรอง ☒ ครั้งแรก ☐ ต่ออายุ ครั้งที่.....

กำหนดการส่งรายงานความก้าวหน้าทุก ☒ 1 ปี ☐ 6 เดือน ☐ 3 เดือน

ประวัติผู้เขียน

