

การพัฒนาเครื่องมือวัดพฤติกรรมการตัดสินใจในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน

ปาณิสรา เกษมสุข*, พัทธภรณ์ อารีย์**,
กรณีการณ์ ฉัตรดอกไม้ไพร***, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed method) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือสำหรับประเมินพฤติกรรมการตัดสินใจในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน ดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ ระยะของการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ดำเนินการสัมภาษณ์ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 18 คน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อกำหนดพฤติกรรมการตัดสินใจ และการวิจัยเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามพฤติกรรมการตัดสินใจในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 312 คน โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI เท่ากับ .89 และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.90 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการตัดสินใจในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย 43 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการตัดสินใจ ประกอบด้วย 4 หลักเกณฑ์ ได้แก่ 1) ด้านความสามารถของผู้ดูแล 2) ด้านข้อมูล 3) ด้านความไว้วางใจ และ 4) ด้านปัญหาที่ไร้โครงสร้าง และองค์ประกอบที่ 2 การยอมรับการตัดสินใจ ประกอบด้วย 4 หลักเกณฑ์ ได้แก่ 1) ด้านการยอมรับ 2) ด้านความขัดแย้ง 3) ด้านความเป็นธรรม 4) ด้านการยอมรับลำดับความสำคัญ ส่วนประกอบคิดเป็น 66.96% และ 68.69% ของความแปรปรวนทั้งหมด ผลการวิเคราะห์ปัจจัยยืนยันชี้ให้เห็นว่าดัชนีความเหมาะสมเป็นที่ยอมรับได้ นอกจากนี้ดัชนีความสอดคล้องภายในและความน่าเชื่อถือเชิงประกอบของทุกปัจจัยมีค่ามากกว่า 0.7

คำสำคัญ : พฤติกรรมการตัดสินใจ, การจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว, ผู้สูงอายุ, พยาบาลวิชาชีพ

* นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต การบริหารการพยาบาล คณะสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

** รองศาสตราจารย์ประจำ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต การบริหารการพยาบาล คณะสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

*** อาจารย์ประจำ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต การบริหารการพยาบาล คณะสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**** ศาสตราจารย์ประจำ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต การบริหารการพยาบาล คณะสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Corresponding author, email: about_p@hotmail.com, Tel. 061-4944940

Received : June 7, 2021; Revised : July 29, 2021; Accepted : September 15, 2021

Development of Decision Making Behaviors in Long Term Care Management of the Elderly of Registered Nurses

Panisara Kasemsuk*, Patcharaporn Aree**,
Kannikar Chatdokmaiprai***, Phechnoy Singchungchai****

Abstract

This exploratory, sequential mixed-method study conducted in 2 phases. This research has the objectives to develop and validate the quality of measurement tools of Decision Making Behaviors Scale (DMBS) for Registered Nurses. In the qualitative phase, DMBS items were generated using the data collected from semi-structured interviews were performed on the data collected from 18 Registered Nurses and a literature review. In the quantitative phase, examined for the content validity by a panel of expert. The content validity index of the DMBS was .89. The reliability with alpha coefficient of this instrument was .90. To evaluate construct validity, exploratory and confirmatory factor analyses were performed on the data collected from 312 Registered Nurses.

Research finding: In this study, 2 components were extracted from 43 items through exploratory factor analysis: 1) Decision Quality was consisted of 4 role as follows: (1) The Abilities Role (2) The Information Role (3) The Trust Role and (4) The unstructured problem rule) and 2) Decision acceptance was consisted of 4 role as follows: (1) The acceptance rule (2) The acceptance priority rule (3) The conflict rule and (4) The fairness rule. The components accounted for 66.96% and 68.69% of the total variance. The results of the confirmatory factor analysis suggested the goodness-of-fit indices was acceptable. Furthermore, the internal consistency and composite reliability indices of all factors were greater than 0.7

Keywords : Decision behavior, Long term care management of the elderly, Elderly, Registered nurse

* Student, Doctor of Philosophy Program in Nursing Management, Multidisciplinary College, Christian University of Thailand

** Assoc. Prof., Instructor of Ph.D. in Public and private Management Program, Christian University of Thailand

*** Instructor, Multidisciplinary College, Christian University of Thailand

**** Prof. Multidisciplinary College, Christian University of Thailand

Corresponding author, email: about_p@hotmail.com, Tel. 061-4944940

Received : June 7, 2021; **Revised :** July 29, 2021; **Accepted :** September 15, 2021

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรในปัจจุบันเป็นสังคมผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ หรือสมาชิกในครอบครัวและแผ่ในวงกว้างไปจนถึงระดับประเทศและระดับโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับภาคเศรษฐกิจ (รติมา คชนันท์, 2561) การดูแลผู้สูงอายุนั้นได้รับการขับเคลื่อน และผลักดันอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปี พ.ศ.2550 มีแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาว จาก ระบบการดูแลระยะยาวที่ได้พัฒนามาอย่างต่อเนื่องนั้น รัฐบาลมีนโยบายมุ่งเน้นระบบการดูแลระยะยาว โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้บริการผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีการจัดบริการด้านสาธารณสุขกับบริการทางสังคม โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล จากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการ ปฐมภูมิและเครือข่ายให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขถึงที่บ้านต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่นให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเข้าถึงบริการได้อย่าง เท่าเทียม และสามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ ตลอดจนป้องกันไม่ให้เกิดผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น โดยคำนึงถึงความยั่งยืนและความเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) ซึ่งรูปแบบในการดำเนินงานนั้น ประกอบด้วย การพัฒนา ระบบการดูแลระยะยาวที่ได้รับอย่างเหมาะสมตามสภาพความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ มีการ พัฒนาการพยาบาลทั้งผู้จัดการการดูแล (Care manager) และผู้ดูแล (Care giver) โดยผู้จัดการการดูแล (Care manager) ถูกกำหนดให้มีหน้าที่ประเมิน วางแผนและจัดการให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถเข้าถึง บริการได้อย่างเหมาะสม (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558; สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

การจัดบริการดูแลระยะยาวเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานบริการ ด้านปฐมภูมิและองค์รวม ปฏิบัติหน้าที่คัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันผู้สูงอายุ ประเมิน ระดับการพึ่งพิง จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ประสานงานประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีภาคส่วนที่ เกี่ยวข้อง ควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและประเมินผล (National Health Security Office, 2016) ภารกิจของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมมีความหลากหลาย แต่ บุคลากรมีจำกัด ทั้งการให้บริการในสถานบริการ การไปอบรมหรือประชุม ออกเยี่ยมบ้านตามตารางเยี่ยม ลงบันทึกข้อมูลในระบบ ดูแลคนไข้ จัดทำสรุปการเยี่ยมบ้านและจัดทำแผนการดูแล รวมถึงจัดทำรายงาน สรุปงานการดูแลระยะยาวของพื้นที่ ทำให้บุคลากรแต่ละคนมีงานต้องทำมากเกินไป ส่งผลต่อคุณภาพใน การให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (วิราภรณ์ โพธิศิริ, นภาพร ชโยวรรณ, ศิริวรรณ ศิริบุญ, รัตติยา ภู ละอ้อ, และบุศริน บางแก้ว, 2559) เมื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานในการจัดการการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว พบว่า ผลการปฏิบัติงานในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะยาวต้องอาศัยความร่วมมือของหลายหน่วยงานซึ่งจะสำเร็จมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับพฤติกรรม การตัดสินใจของพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Van Loveren & Rachael K., 2007; Field & Andrews, 1998; Ojokuku & Roseline, 2014)

พฤติกรรม การตัดสินใจ (Decision making behaviors) เป็นการแสดงออกในการตกลงใจชี้ขาด เลือกริธีการจากทางเลือกที่มีอยู่ ในการแก้ไขปัญหา ยุติข้อขัดแย้ง ข้อโต้แย้ง โดยเป็นการกระทำที่ได้ผ่าน การพิจารณาและตรวจสอบอย่างรอบคอบ หรือผลสรุปหรือผลขั้นสุดท้ายของกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล เพื่อเลือกแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ ทรัพยากร และบุคคล สามารถนำไปปฏิบัติ และทำให้งานบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ตามที่ต้องการ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2551) การใช้รูปแบบ

บรรทัดฐานการตัดสินใจ ของ วรูมและเยตตัน (The Vroom-Yetton Decision Model) เป็นแนวทางที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ตัดสินใจทางการบริหารการพยาบาล ซึ่งต้องใช้กระบวนการเลือกทางเลือกต่างๆ หลายทางเลือกโดยมีการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ คิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผลเพื่อเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับการจัดการกับปัญหาหรือเรื่องราวต่างๆ เป็นการตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ที่ไม่แน่นอน และต้องทำการตัดสินใจให้ ครอบคลุมความเสี่ยงต่างๆการใช้รูปแบบการตัดสินใจจะช่วยให้สามารถพิจารณา วิเคราะห์แก้ไขการทำงานได้บรรลุเป้าหมายและแก้ไขปัญหาในแต่ละประเด็นได้ดีขึ้นซึ่งหัวใจสำคัญของการตัดสินใจ จะต้องเข้าใจพื้นฐานสำคัญที่จะช่วยให้การตัดสินใจทำได้อย่างรวดเร็วและไม่มีผลกระทบต่อองค์กรในระยะยาวเนื่องจากเราไม่สามารถใช้กระบวนการตัดสินใจกับทุกทางเลือกได้เหมือนกัน สิ่งสำคัญคือบุคลากรพยาบาลที่ขาดประสบการณ์และไม่สามารถตัดสินใจได้อย่างมีเหตุผล มีความล่าช้าในการตัดสินใจ ความเข้าใจในกระบวนการตัดสินใจพื้นฐานจะทำให้สามารถประยุกต์ใช้แนวทางการตัดสินใจที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เผชิญหน้าได้ (มรุตา บรรจงการ และ ธัญสินี พรหมประดิษฐ์, 2562)

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการตัดสินใจทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศยังมีการศึกษาไม่มากนัก อีกทั้งบริบทที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในบริษัทเอกชน ยังไม่พบการศึกษาในบริบทการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Long term care) ในโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมกรรมการตัดสินใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพ สามารถวัดพฤติกรรมกรรมการตัดสินใจของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างแท้จริง โดยใช้แนวคิดการพัฒนาเครื่องมือวิจัยของ Devillis (2012) เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหารนำมาเป็นเครื่องมือในการวัดพฤติกรรมกรรมการตัดสินใจของพยาบาลวิชาชีพและนำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพให้มีผลการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาเครื่องมือในการวัดพฤติกรรมกรรมการตัดสินใจที่จำเป็นสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว
2. เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวัดพฤติกรรมกรรมการตัดสินใจที่จำเป็นสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว

กรอบแนวคิดของการวิจัย

กรอบแนวคิดสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดพฤติกรรมกรรมการตัดสินใจของวรูมและเยตตัน (Vroom & Yetton, 1973) ที่อธิบายว่าการตัดสินใจที่จะให้ประสบความสำเร็จ ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมกรรมการตัดสินใจ 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการตัดสินใจ (Decision quality) ประกอบด้วยหลักเกณฑ์ 3 ประการ ได้แก่ (1) หลักเกณฑ์ด้านข้อมูลของผู้รับ (The information rule) (2) หลักเกณฑ์ด้านความเชื่อใจ (The trust rule) และ (3) หลักเกณฑ์ด้านปัญหาที่ไม่มีโครงสร้าง (The unstructured problem rule) และ องค์ประกอบที่ 2 การยอมรับการตัดสินใจ (Decision acceptance) ประกอบด้วยหลักเกณฑ์ 4 ประการ ได้แก่ (1) หลักเกณฑ์ด้านการยอมรับ (The acceptance rule) (2) หลักเกณฑ์ด้านความขัดแย้ง (The conflict rule) (3) หลักเกณฑ์ด้านความเป็นธรรม (The fairness rule) และ (4) หลักเกณฑ์ด้านการยอมรับลำดับความสำคัญ (The acceptance priority rule)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้แบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ ประกอบด้วย 8 ขั้นตอนตามแนวคิดการพัฒนาเครื่องมือวิจัยของ DeVellis ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ

1. กำหนดแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมการณ์การตัดสินใจของวรูมและเยตตัน (Vroom & Yetton, 1973) สร้างแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) เพื่อใช้เป็นข้อมูลเพิ่มเติมในการสร้างข้อกระทงคำถาม ที่พัฒนาจากการประมวลสาระจากแนวคิด ทฤษฎี รวมถึงการทบทวนวรรณกรรม และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ที่ได้รับการปรับนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และเลือกสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง คือ พยาบาลวิชาชีพ เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดจากโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก (F1-3) ของแต่ละภูมิภาค ๆ ละ 3 โรงพยาบาล จำนวน 18 คน วิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์องค์ประกอบพฤติกรรมการณ์การตัดสินใจได้ 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการตัดสินใจ ประกอบด้วยหลักเกณฑ์ 4 ประการ ได้แก่ 1) ด้านความสามารถของผู้นำ 2) ด้านข้อมูลของผู้นำ 3) ด้านความเชื่อใจ และ 4) ด้านปัญหาที่ไม่มีโครงสร้าง และ องค์ประกอบที่ 2 การยอมรับการตัดสินใจ ประกอบด้วยหลักเกณฑ์ 4 ประการ ได้แก่ 1) ด้านการยอมรับ 2) ด้านความขัดแย้ง 3) ด้านความเป็นธรรม และ 4) ด้านการยอมรับลำดับความสำคัญ

2. ผู้ศึกษาจึงได้สร้างข้อคำถามตามแนวคิดพฤติกรรมการณ์การตัดสินใจของวรูมและเยตตัน (Vroom & Yetton, 1973) และการสัมภาษณ์ โดยนำมาบูรณาการจัดเป็นโครงสร้างรายการพฤติกรรมการณ์การตัดสินใจของพยาบาลวิชาชีพ ได้ 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คุณภาพการตัดสินใจ ประกอบด้วยรายการย่อย 24 ข้อ และ 2) การยอมรับการตัดสินใจ ประกอบด้วยรายการย่อย 36 ข้อ

3. ออกแบบลักษณะของแบบสอบถามและพัฒนาเครื่องมือการประเมินพฤติกรรมการณ์การตัดสินใจ โดยกำหนดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมการณ์การตัดสินใจของพยาบาลวิชาชีพที่ต้องการประเมิน

4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ 3 คน ผู้บริหารทางการพยาบาล 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา คือ ความถูกต้อง ครอบคลุม เนื้อหาที่มีความชัดเจน รวมถึงความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ พร้อมให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขรายการข้อคำถาม

5. นำแบบประเมินมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .89 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำรายการข้อคำถามหลังปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจริง จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของชุดรายการข้อคำถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคโดยรวม ได้เท่ากับ .90

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ

6. นำแบบประเมินพฤติกรรมการณ์การตัดสินใจที่ได้จากระยะที่ 1 ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 312 คน

7. การประเมินข้อคำถาม โดยเมื่อรวบรวมข้อมูลที่เก็บจากกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อคำถามเป็นรายข้อวิเคราะห์ (Item Analysis) วิเคราะห์ความซ้ำซ้อนระหว่างข้อคำถาม โดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาโดยรวม ได้เท่ากับ .90

8. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมืออีกครั้งภายหลังการปรับแก้ข้อคำถาม โดยใช้วิธีการสกัดปัจจัยโดยหาค่าองค์ประกอบหลักและหมุนแกนด้วยวิธี Varimax ได้องค์ประกอบทั้งหมด จำนวน 2 องค์ประกอบ

ประกอบด้วย 43 ตัวแปรย่อย องค์ประกอบ 1 คุณภาพการตัดสินใจ ประกอบด้วยหลักเกณฑ์ 4 ประการ ได้แก่ 1) ด้านความสามารถของผู้นำ 2) ด้านข้อมูลของผู้นำ 3) ด้านความเชื่อใจ และ 4) ด้านปัญหาที่ไม่มีโครงสร้าง และ องค์ประกอบ 2 การยอมรับการตัดสินใจประกอบด้วยหลักเกณฑ์ 4 ประการ ได้แก่ 1) ด้านการยอมรับ 2) ด้านความขัดแย้ง 3) ด้านความเป็นธรรม และ 4) ด้านการยอมรับลำดับความสำคัญ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพหัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ในโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก จำนวน 549 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ องค์ประกอบโดยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 312 คน ตามแนวคิดของ DeVellis ซึ่งแนะนำว่า จำนวนตัวอย่างที่มากเพียงพอในการวิเคราะห์องค์ประกอบ อย่างน้อย เท่ากับ 300 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยมีการแบ่งจำนวนโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก (ระดับ F1-3) ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง ตามภูมิภาคของประเทศไทยที่มีการแบ่งพื้นที่ตามการแบ่งภูมิภาคของคณะกรรมการภูมิภาคแห่งชาติ ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ออกเป็น 6 ภูมิภาค โดยหลังจากได้โรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนแล้วคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล คำนวณโดยใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด คูณด้วยจำนวนหัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมของแต่ละภูมิภาค แล้วหารด้วยจำนวนพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ในโรงพยาบาลชุมชน ขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก (ระดับ F1-3) ในโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับการสุ่มทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมการตัดสินใจในการจัดการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 60 ข้อ แบ่งเป็น องค์ประกอบด้านคุณภาพการตัดสินใจ จำนวน 24 ข้อ และองค์ประกอบด้านการยอมรับการตัดสินใจ จำนวน 36 ข้อ โดยใช้มาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิที่จบการศึกษาระดับปริญญาเอก และมีประสบการณ์ด้านการทำวิจัย ประกอบด้วย อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ 3 คน ผู้บริหารทางการพยาบาล 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ 1 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .89 ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้ไขข้อคำถามให้มีความสอดคล้องของเนื้อหาในแต่ละรายด้าน นำรายการข้อคำถามหลังปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจริง จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของชุดรายการข้อคำถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคโดยรวม ได้เท่ากับ .90

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ หลังจากผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลว่ามีความเหมาะสมในการวิเคราะห์องค์ประกอบโดยพิจารณาค่าดัชนี Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy (KMO) มีค่า KMO = .937 แสดงให้เห็นว่า ข้อมูลมีความเหมาะสมระดับมากที่สุดในการนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ จึงได้นำไปวิเคราะห์ด้วย Factor Analysis เลือกวิธีการสกัดปัจจัยโดยหาองค์ประกอบหลัก

(Principal component analysis) และหมุนแกนด้วยวิธีการแวนแม็กซ์ (Varimax) นำไปแปลผลโดยพิจารณาจากค่าน้ำหนักปัจจัย (Factor loading) ที่ได้จากการหมุนแกนแล้วเลือกตัวแปรที่มีน้ำหนักปัจจัยมากที่สุดพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบน้ำหนักปัจจัยต้องมากกว่า 0.5 ขึ้นไปและความต่างระหว่างค่าน้ำหนักปัจจัยจากแต่ละองค์ประกอบ เท่ากับ 0.20 ขึ้นไป จัดตัวแปรเข้าองค์ประกอบและพิจารณาตั้งชื่อองค์ประกอบที่ได้ให้สอดคล้องกับลักษณะของตัวแปรที่อยู่ในองค์ประกอบนั้น แล้วจึงนำเสนอตัวแปรที่ได้ในแต่ละองค์ประกอบ

2. วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเครื่องมือวัดที่สร้างขึ้น (Confirmatory Factor Analysis) ตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างขององค์ประกอบที่ได้พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับหนังสือเอกสารรับรองจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน หนังสืออนุญาตเลขที่ น.08/2562 มีการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องแจ้งล่วงหน้า โดยผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามความคิดเห็นที่ได้รับกลับคืนมาเก็บรักษาไว้ในที่ปลอดภัย เป็นความลับ และทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ทั้งนี้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และรายงานผลการวิเคราะห์ในภาพรวม ซึ่งไม่สามารถเชื่อมโยงตัวถึงตัวบุคคลใดบุคคลหนึ่งและสถาบันใดสถาบันหนึ่งได้

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ผู้วิจัยได้ องค์ประกอบ จำนวน 2 องค์ประกอบ เมื่อพิจารณาค่าไอแกน (Eigen values) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 1 โดยแต่ละองค์ประกอบนั้น ประกอบด้วยตัวแปรตั้งแต่ 3 ตัวแปรขึ้นไป และมีค่าน้ำหนักปัจจัยมากกว่า 0.5 ขึ้นไป พบว่าจากรายการตัวแปรพฤติกรรมการตัดสินใจของพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดรวม 60 ข้อ ภายหลังการหมุนแกนวิเคราะห์องค์ประกอบ คงเหลือตัวแปร ทั้งหมด 43 ตัวแปร (ข้อคำถาม) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ด้านคุณภาพการตัดสินใจ ประกอบด้วยหลักเกณฑ์ 4 ประการ ได้แก่ 1) ด้านความสามารถของผู้นำ 2) ด้านข้อมูลของผู้นำ 3) ด้านความเชื่อใจ และ 4) ด้านปัญหาที่ไม่มีโครงสร้าง มีค่าไอแกนตั้งแต่ 1.370-2.764 และองค์ประกอบทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 66.959 และ องค์ประกอบที่ 2 การยอมรับการตัดสินใจ ประกอบด้วยหลักเกณฑ์ 4 ประการ ได้แก่ 1) ด้านการยอมรับ 2) ด้านความขัดแย้ง 3) ด้านความเป็นธรรม และ 4) ด้านการยอมรับลำดับความสำคัญ มีค่าไอแกนตั้งแต่ 1.479-5.738 และองค์ประกอบทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 68.691 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าไอเกน (Eigen Value) ค่าร้อยละของความแปรปรวน (% of Variance) และค่าร้อยละสะสมของความแปรปรวน (Cumulative %) ในแต่ละองค์ประกอบของพฤติกรรมการตัดสินใจของพยาบาลวิชาชีพ

องค์ประกอบ Component	ค่าไอเกน (Eigen Value)	ค่าร้อยละของความ แปรปรวน (% of Variance)	ค่าร้อยละสะสมของ ความแปรปรวน (Cumulative %)
คุณภาพการตัดสินใจ			
ด้านความสามารถของผู้นำ	11.171	22.177	22.177
ด้านข้อมูลของผู้นำ	1.606	17.234	39.411
ด้านความไว้วางใจของผู้นำ	1.493	15.479	54.891
ด้านปัญหาที่ไม่มีโครงสร้าง	1.131	12.069	66.959
การยอมรับการตัดสินใจ			
ด้านการยอมรับ	10.404	20.778	20.778
ด้านการยอมรับลำดับความสำคัญ	2.568	19.392	40.170
ด้านความขัดแย้ง	1.619	17.325	57.495
ด้านความเป็นธรรม	1.208	11.196	68.691

ผู้วิจัยได้ตั้งชื่อองค์ประกอบพฤติกรรมการตัดสินใจของพยาบาลวิชาชีพให้สอดคล้องกับลักษณะตัวแปรที่อยู่แต่ละองค์ประกอบดังนี้ คือ องค์ประกอบที่ 1 ด้านคุณภาพการตัดสินใจ มีตัวแปรย่อย 4 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 66.959 น้ำหนักปัจจัย มีค่าตั้งแต่ .667-.936 และองค์ประกอบที่ 2 ด้านการยอมรับการตัดสินใจ มีตัวแปรย่อย 4 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 68.691 น้ำหนักปัจจัย มีค่าตั้งแต่ .624-.887 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าน้ำหนักปัจจัย (Factor loading) ของตัวแปรพฤติกรรมการตัดสินใจ ของพยาบาลวิชาชีพที่อธิบายลักษณะแต่ละองค์ประกอบ

องค์ประกอบการยอมรับการตัดสินใจ	น้ำหนักองค์ประกอบ			
	1	2	3	4
องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการตัดสินใจ				
ด้านความสามารถของผู้นำ				
1. มีอำนาจในการตัดสินใจ	.829			
2. ผู้ใต้บังคับบัญชาไว้วางใจในการตัดสินใจ	.815			
3. มีความรับผิดชอบต่อการตัดสินใจ	.797			
4. ไตร่ตรองก่อนการตัดสินใจ	.768			
5. ภาควิชาช่วยให้ความไว้วางใจ	.731			
6. ปัญหาที่ไม่ซับซ้อน	.660			
7. ได้รับการอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ	.536			
ด้านข้อมูลของผู้นำ				
1. ใช้ข้อมูลจากหน่วยงานในโรงพยาบาลในการตัดสินใจ	.709			
2. ข้อมูลที่ผู้นำมีอยู่ก็เพียงพอในการตัดสินใจ	.674			
3. ต้องมีความรู้และประสบการณ์	.664			
4. ข้อมูลของผู้สูงอายุของพื้นที่มีความจำเป็นในการตัดสินใจ	.647			
5. ใช้ข้อมูลจากภาควิชาช่วยภายนอกในการตัดสินใจ	.644			

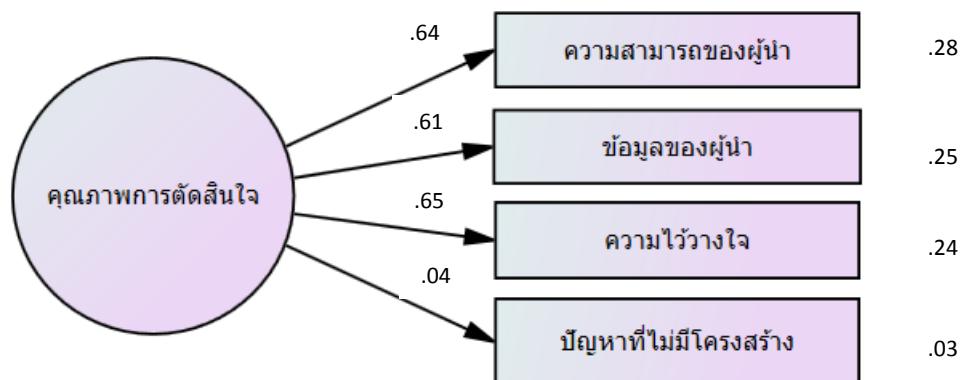
ตารางที่ 2 ค่าน้ำหนักปัจจัย (Factor loading) ของตัวแปรพฤติกรรมการตัดสินใจ ของพยาบาลวิชาชีพที่อธิบายลักษณะแต่ละองค์ประกอบ (ต่อ)

องค์ประกอบการยอมรับการตัดสินใจ	น้ำหนักองค์ประกอบ			
	1	2	3	4
ด้านความไว้วางใจ				
1. ความไว้วางใจของผู้บังคับบัญชา			.776	
2. ความไว้วางใจของผู้ใต้บังคับบัญชา			.769	
3. ความไว้วางใจของหน่วยงานอื่น			.683	
4. การจัดทำแผนการดูแลที่เหมาะสม			.614	
5. ระยะเวลาในการตัดสินใจ			.512	
ด้านปัญหาที่ไม่มีโครงสร้าง				
1. ใช้วิธีการแตกต่างในแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม				.847
2. ใช้ประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา				.847
3. ไม่ตัดสินใจแทนผู้สูงอายุ				.763
องค์ประกอบที่ 2 การยอมรับการตัดสินใจ				
ด้านการยอมรับ				
1. เปิดโอกาสให้ผู้ใต้บังคับบัญชาร่วมตัดสินใจ	.760			
2. มีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน	.757			
3. ทำงานโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน	.751			
4. ความแตกต่างระหว่างวัย	.734			
5. ได้รับการยอมรับจากภาคีเครือข่าย	.727			
6. สามารถประสานงานและวางแผนการดูแล	.710			
7. สร้างการยอมรับให้ทุกคนเชื่อและทำตาม	.703			
8. ความสม่ำเสมอ และตั้งใจทำงาน	.698			
9. ร่วมลงมือปฏิบัติ	.688			
ด้านการยอมรับลำดับความสำคัญ				
1. วางแผนการดูแลโดยจัดกลุ่มผู้สูงอายุ		.823		
2. กำหนดเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในการดูแล		.788		
3. ให้อำนาจแก่ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ		.758		
4. ทุกคนมีส่วนร่วมในการวางแผน		.714		
5. ประสานทีม รับฟัง แก้ไขเพื่อให้เข้าใจตรงกัน		.711		
6. ประสานงานกับภาคีเครือข่ายภายนอก		.639		
ด้านความขัดแย้ง				
1. เปิดโอกาสให้ร่วมแสดงความคิดเห็น		.768		
2. ใช้ความสำเร็จของงานเพื่อลดความขัดแย้ง		.727		
3. ความแตกต่างของทีมงาน		.668		
4. ทีมงานไม่ร่วมเสนอความคิดเห็น		.647		
5. การสื่อสารที่บกพร่อง		.542		
ด้านความเป็นธรรม				
1. ตัดสินปัญหาด้วยความยุติธรรม			.814	
2. การสื่อสาร การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของทีม			.747	
3. การมอบหมายงานที่เท่าเทียม			.710	

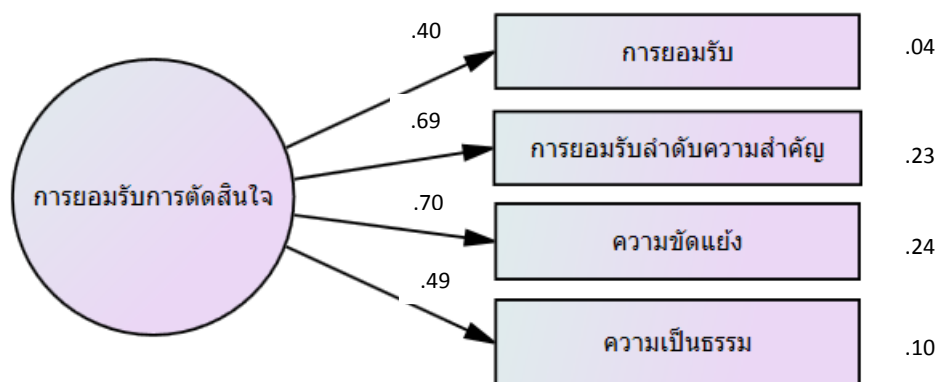
2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) ของพฤติกรรมการตัดสินใจตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน

องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการตัดสินใจ พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่า Chi-square เท่ากับ 4.707 ซึ่งมีค่าความน่าจะเป็นมากกว่า 0.05 ($p = .095$) ที่องศาอิสระ Degrees of freedom (df) เท่ากับ 2 ค่า χ^2/df (CMIN/DF) เท่ากับ 2.35 ค่าดัชนีรากกำลังสองค่าเฉลี่ยของส่วนเหลือ Root Mean Square Residual (RMR) เท่ากับ .005 ค่าดัชนีวัดความกลมกลืน Goodness of Fit Index (GFI) มีค่าเท่ากับ .992 ค่าดัชนีที่ปรับแก้แล้ว Adjust Goodness of Fit Index (AGFI) มีค่าเท่ากับ .962 ค่าดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของเศษ Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) เท่ากับ .066 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ศูนย์ ค่าดัชนีวัดความสอดคล้อง Tucker Lewis Index (TLI) เท่ากับ 0.979 และค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ Comparative Fit index (CFI) เท่ากับ 0.993 สรุปได้ว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

องค์ประกอบที่ 2 การยอมรับการตัดสินใจ พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่า Chi-square เท่ากับ 2.221 ซึ่งมีค่าความน่าจะเป็นมากกว่า 0.05 ($p = .329$) ที่องศาอิสระ Degrees of freedom (df) เท่ากับ 2 ค่า χ^2/df (CMIN/DF) เท่ากับ 1.110 ค่าดัชนีรากกำลังสองค่าเฉลี่ยของส่วนเหลือ Root Mean Square Residual (RMR) เท่ากับ .003 ค่าดัชนีวัดความกลมกลืน Goodness of Fit Index (GFI) มีค่าเท่ากับ .996 ค่าดัชนีที่ปรับแก้แล้ว Adjust Goodness of Fit Index (AGFI) มีค่าเท่ากับ .982 ค่าดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของเศษ Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) เท่ากับ .019 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ศูนย์ ค่าดัชนีวัดความสอดคล้อง Tucker Lewis Index (TLI) เท่ากับ 0.999 และค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ Comparative Fit index (CFI) เท่ากับ 1.000 สรุปได้ว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์



แผนภาพที่ 1 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันองค์ประกอบคุณภาพการตัดสินใจ
ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน



แผนภาพที่ 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันขององค์ประกอบการยอมรับการตัดสินใจ
ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน

จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลของพฤติกรรมกรรมการตัดสินใจในการจัดการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพ ผลปรากฏว่า องค์ประกอบที่ 1 ด้านคุณภาพการตัดสินใจ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.04 – 0.65 แสดงว่าปัจจัยย่อยทั้ง 4 ปัจจัยสามารถเป็นตัวแทนขององค์ประกอบของคุณภาพการตัดสินใจได้ ซึ่งเรียงปัจจัยย่อยที่มีค่าน้ำหนักมากที่สุดไปน้อยที่สุดดังนี้ 1) ด้านความไว้วางใจ (TRU) ($\lambda = 0.65$) 2) ด้านความสามารถของผู้นำ (PAR) ($\lambda = 0.64$) 3) ด้านข้อมูลของผู้นำ (INF) ($\lambda = 0.61$) และ 4) ด้านปัญหาที่ไม่มีโครงสร้าง (UNS) ($\lambda = 0.04$)

องค์ประกอบที่ 2 ด้านการยอมรับการตัดสินใจ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.40 – 0.70 แสดงว่าปัจจัยย่อยทั้ง 4 ปัจจัย สามารถเป็นตัวแทนขององค์ประกอบของการยอมรับการตัดสินใจได้ ซึ่งเรียงปัจจัยย่อยที่มีค่าน้ำหนักมากที่สุดไปน้อยที่สุดดังนี้ 1) ด้านความขัดแย้ง (CON) ($\lambda = 0.70$) 2) ด้านการยอมรับลำดับความสำคัญ (PIO) ($\lambda = 0.69$) 3) ด้านความเป็นธรรม (FAI) ($\lambda = 0.49$) และ 4) ด้านการยอมรับ (ACC) ($\lambda = 0.40$)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าองค์ประกอบของแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการตัดสินใจในการจัดการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพ มี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านคุณภาพการตัดสินใจ และด้านการยอมรับการตัดสินใจ ซึ่งผู้วิจัยนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

ด้านคุณภาพการตัดสินใจ มี 4 หลักเกณฑ์ ได้แก่ 1) ด้านความสามารถของผู้นำ 2) ด้านข้อมูล 3) ด้านความไว้วางใจ และ 4) ด้านปัญหาที่ไร้โครงสร้าง ซึ่งผู้วิจัยนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ด้านความสามารถของผู้นำ จากการวิเคราะห์เนื้อหาการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลพบองค์ประกอบที่มีความหมายเดียวกับองค์ประกอบสำคัญของพฤติกรรมกรรมการตัดสินใจของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน ตามกรอบแนวคิดเบื้องต้น และพบองค์ประกอบที่มีความหมายเฉพาะและมีความหมายต่างจากองค์ประกอบตามกรอบแนวคิด ไม่สามารถรวมความหมายกับองค์ประกอบตามกรอบแนวคิดเบื้องต้นจำนวน 1 หลักเกณฑ์ คือ หลักเกณฑ์ด้านความสามารถของผู้นำ (The leader ability rule) ที่จะทำให้พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมกรรมการตัดสินใจในการจัดการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวได้อย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับทฤษฎีการตัดสินใจและการกระทำทางสังคม (The Multiple Factor Theory of Decision Making and Social Action) ซึ่งได้อธิบายเหตุผลในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งของมนุษย์ว่าเกิด

จากปัจจัยด้านความสามารถ (Ability) การที่ผู้กระทำรู้ถึงความสามารถของตนเอง ซึ่งก่อให้เกิดผลสำเร็จในเรื่องนั้นๆ ได้ การตระหนักถึงความสามารถนี้จะนำไปสู่การตัดสินใจและการกระทำทางสังคม (Reeder, 1971)

2. ด้านข้อมูลของผู้นำ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้พยาบาลวิชาชีพใช้ข้อมูลของผู้สูงอายุที่มีการรวบรวมนำมาวิเคราะห์เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา การที่มีข้อมูลเพียงพอจะทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบการตัดสินใจแบบผสมผสานหรือกลยุทธ์แห่งการปรับเปลี่ยน (The mixed scanning model: An adaptive strategy) ซึ่งเกิดขึ้นเพื่อช่วยผู้บริหารในกรณีที่มีข้อมูลเพียงบางส่วนและไม่มีเวลาที่จะศึกษาหาข้อมูลมาได้เพียงพอกับการตัดสินใจทันเวลา (Etzioni, 1964) โดยให้สังเคราะห์และประยุกต์รูปแบบการตัดสินใจทางการบริหารและรูปแบบการตัดสินใจแบบค่อยเป็นค่อยไปเข้าด้วยกัน ซึ่งรูปแบบการตัดสินใจแบบผสมผสานต้องมีการศึกษานโยบายอย่างกว้างๆ การจัดการงานดูแลผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ทางเลือกจะจัดไปบนพื้นฐานความเชื่อที่ว่า การตัดสินใจเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นสิ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ แม้ว่าข้อมูลสำคัญจะขาดหายไป ดังนั้นคุณภาพในการตัดสินใจในการจัดการงานดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพจึงขึ้นอยู่กับข้อมูลที่พยาบาลวิชาชีพมีอยู่ในขณะนั้น

3. ด้านความไว้วางใจ เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญที่สุด เพราะพยาบาลวิชาชีพที่ต้องตัดสินใจในการจัดการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในโรงพยาบาลชุมชน การวิเคราะห์เนื้อหาการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูล พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการเป็นผู้ประสานหลักในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งความไว้วางใจจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดการงานดูแลผู้สูงอายุต่อตัวของพยาบาลวิชาชีพ ทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ได้บังคับบัญชาเกิดความมั่นใจและเชื่อในกับสิ่งที่ปฏิบัติตาม สอดคล้องกับการศึกษาของโรบบินส์ (Robbins, 2000) กล่าวว่า ความไว้วางใจมีความจำเป็น และมีความสำคัญอย่างมาก เป็นสิ่งที่ช่วยทำให้ความสัมพันธ์ภายในองค์กรดีขึ้น อันจะส่งผลให้ พฤติกรรมในการปฏิบัติงานดีขึ้น และบุคคลจะมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรมากขึ้น ซึ่งจะทำให้องค์กรบรรลุเป้าหมายและรักษาสมาชิกให้คงอยู่ต่อไปได้ ดังนั้นความไว้วางใจจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดคุณภาพในการตัดสินใจ

4. ด้านปัญหาที่ไม่มีโครงสร้าง เป็นองค์ประกอบที่ทำให้เกิดคุณภาพในการตัดสินใจ ซึ่งในการจัดการงานดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิงระยะยาวนั้น ทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องเผชิญกับปัญหาของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลาย เช่น ปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นในการเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้สูงอายุแต่ละคน จึงแตกต่างกันไปตามสภาพของปัญหา ไม่สามารถใช้วิธีการเดียวกันได้ บางอย่างไม่สามารถแก้ไขได้ง่าย ทำให้ต้องมีการประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาจจะต้องใช้เวลาในการวิเคราะห์ผู้สูงอายุเพื่อตัดสินใจให้ความช่วยเหลือ สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบการตัดสินใจของวรูมและเยตตัน (Vroom & Yetton, 1973) กล่าวว่า เมื่อคุณภาพของการตัดสินใจมีความสำคัญ หากปัญหานั้นไม่มีโครงสร้าง ผู้นำไม่ทราบว่าการข้อมูลใดและจำเป็นต้องหาข้อมูลจากแหล่งใด วิธีการที่ใช้ต้องไม่เพียงแต่ให้ผู้ผู้นำสามารถรวบรวมข้อมูลเท่านั้น แต่ต้องทำอย่างมีประสิทธิภาพด้วย

ด้านการยอมรับการตัดสินใจ มี 4 หลักเกณฑ์ ได้แก่ 1) ด้านการยอมรับ 2) ด้านการยอมรับลำดับความสำคัญ 3) ด้านความขัดแย้ง และ 4) ด้านความเป็นธรรม ซึ่งผู้วิจัยนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ด้านการยอมรับ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทในการจัดการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ย่อมเกิดจากการยอมรับของผู้บังคับบัญชา ว่าสามารถบริหารจัดการงานผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวได้ ซึ่งนอกเหนือจากการยอมรับของผู้บังคับบัญชา ใน

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานร่วมกับชุมชนยังต้องทำให้เกิดการยอมรับกับภาคีเครือข่ายที่ทำงานร่วมกัน ทั้งในส่วนของผู้ให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อีกทั้งยังมีเครือข่ายการดูแลอื่นๆ ในชุมชน การยอมรับนี้เกิดขึ้นจากการที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ทำงานช่วยเหลือชุมชนร่วมกัน เมื่อเกิดการยอมรับต่อกัน การประสานงาน การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนก็ดำเนินไปด้วยดี สอดคล้องกับสร้อยตระกูล (ตียานนท์) อรรถมานะ (2550) กล่าวถึงลักษณะของการตัดสินใจที่ดี ต้องประกอบด้วยคุณภาพของการตัดสินใจโดยการตัดสินใจได้ในเวลาที่กำหนด และต้องได้รับการยอมรับในการตัดสินใจนั้น ซึ่งการตัดสินใจนั้นอาจไม่จำเป็นต้องเป็นการตัดสินใจแบบเหมาะสมที่สุด แต่เป็นการตัดสินใจที่ทำให้เกิดความพึงพอใจหรือเป็นที่ยอมรับได้ภายใต้ข้อจำกัดต่างๆ

2. ด้านการยอมรับลำดับความสำคัญ ในการจัดการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว มีการแบ่งการดูแลผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดสังคม และกลุ่มติดเตียง ทำให้เกิดแนวทางชัดเจนในการจัดทำแผนการดูแล (Care plan) การลำดับความสำคัญจะให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงก่อนเป็นลำดับแรกซึ่งเป็นสิ่งที่ทีมรับทราบโดยทั่วกัน ดังนั้นในการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ของผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพจึงจะได้รับการยอมรับ หากการลำดับความสำคัญไม่ได้รับการยอมรับ พยาบาลวิชาชีพต้องมีการเจรจาหรือให้ข้อมูลต่อสมาชิกในทีมและภาคีเครือข่ายในชุมชนเพิ่มเติม ถึงสาเหตุของปัญหาที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข หรืออาจเปลี่ยนไปเลือกปัญหาที่ลำดับความสำคัญรองลงมาต่อไป เพื่อให้เกิดการยอมรับลำดับความสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของธีระ วรรณ (2555) กล่าวว่า การจัดลำดับความสำคัญของปัญหามีความสำคัญ เพื่อนำมาวางแผนในการแก้ไขปัญหาต่อไป เพราะในทางปฏิบัติไม่สามารถแก้ไขปัญหาในชุมชนได้ทุกอย่างพร้อมกัน เนื่องจากข้อจำกัดของทรัพยากรและบุคคล และจากการศึกษาของเกรส เชียร์วิชัย (2560) กล่าวถึง บทบาทผู้นำของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ต้องมีการตัดสินใจ (Make decision) แก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร่วมกับชุมชนท้องถิ่น เพื่อคุณภาพการดูแล

3. ด้านความขัดแย้ง เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญที่สุดต่อการยอมรับการตัดสินใจของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว การดำเนินงานซึ่งต้องประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุนั้น ความขัดแย้งเกิดขึ้นได้เสมอ แต่การที่พยาบาลวิชาชีพสร้างแนวทางในการบริหารจัดการที่ชัดเจน มีการมอบหมายหน้าที่ และสมาชิกในทีมรับรู้บทบาทของตนเอง เมื่อมีเหตุการณ์ที่ต้องตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาในเรื่องของการดูแล สมาชิกในทีมจะดำเนินการแผนการดูแลที่ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุได้วางแผนไว้ ซึ่งแผนการดูแลนั้นได้วางเป้าหมายทั้งเป้าหมายระยะสั้น ระยะยาว และมีข้อปฏิบัติชัดเจน สิ่งเหล่านี้จะช่วยลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้น ซึ่งความแตกต่างของสมาชิกในทีมการดูแล ทั้งในเรื่องของอายุ และประสบการณ์การทำงาน ทำให้ความขัดแย้งอาจเกิดขึ้นได้ พยาบาลวิชาชีพในบทบาทของผู้นำทีมในการดูแลผู้สูงอายุ จำเป็นต้องขจัดความขัดแย้งเพื่อให้เกิดการยอมรับในการตัดสินใจในการจัดการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว โดยการประสานความขัดแย้งที่เกิดขึ้น เพื่อให้ได้ข้อยุติ และอาจเกิดแนวทางใหม่ๆ ในการดำเนินงานผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับทฤษฎีความขัดแย้ง (Conflict Theory) กล่าวว่าความขัดแย้งเป็นเรื่องปกติของการอยู่ในสังคม ยิ่งสังคมมีขนาดใหญ่มากขึ้น ยิ่งมีโอกาสดังกล่าวจะเปิดความขัดแย้งได้มากยิ่งขึ้น แต่ความขัดแย้งไม่ได้ให้ผลด้านลบเสมอไป แต่อาจสามารถทำประโยชน์จากการเกิดความขัดแย้งนั้นได้

4. ด้านความเป็นธรรม เป็นองค์ประกอบที่ทำให้เกิดการยอมรับการตัดสินใจในการจัดการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ซึ่งจากการวิเคราะห์เนื้อหาการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าหากผู้ใต้บังคับบัญชาหรือสมาชิกในทีมการดูแลผู้สูงอายุรู้สึกว่าการตัดสินใจของพยาบาลวิชาชีพมียุติธรรมก็จะได้รับการยอมรับในการตัดสินใจนั้น เกิดความรู้สึกเหมือนเป็นความรับผิดชอบร่วมกัน บางครั้งเกิดการ

แข่งขันในการทำงานเพื่อให้ได้ผลการดำเนินงานสูงกว่าทีมอื่น ซึ่งไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะทำให้ทุกคนในทีมรับรู้ถึงความยุติธรรมที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของสมาชิกในทีมทำให้ได้ข้อตกลงในการทำงาน เกิดความยุติธรรม และยอมรับในการตัดสินใจที่เกิดขึ้นจากการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน สอดคล้องกับแนวคิดหลักในการบริหารจัดการ (Principles of Management) ตามแนวคิดของ Fayol (1949) โดยกล่าวว่าความเป็นธรรม (equity) เป็นสิ่งที่ผู้บริหารต้องยึดถือความเอื้ออารีและความยุติธรรมเป็นหลักปฏิบัติต่อผู้อยู่ใต้บังคับบัญชา ทั้งนี้เพื่อให้ได้มาซึ่งความจงรักภักดี และการอุทิศตนเพื่องาน จึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่แสดงถึงการยอมรับการตัดสินใจในการจัดการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในโรงพยาบาลชุมชนได้

จากการศึกษา พบว่า องค์ประกอบของพฤติกรรมการตัดสินใจในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน ตามการศึกษานี้มี 2 ประการ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการตัดสินใจ (Decision quality) และองค์ประกอบที่ 2 การยอมรับการตัดสินใจ (Decision acceptance) ซึ่งการวิเคราะห์เนื้อหาการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลพบองค์ประกอบที่มีความหมายเดียวกับองค์ประกอบของพฤติกรรมการตัดสินใจในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน ตามกรอบแนวคิดเบื้องต้น และพบองค์ประกอบที่มีความหมายเฉพาะซึ่งเป็นข้อค้นพบใหม่ และมีความหมายต่างจากองค์ประกอบตามกรอบแนวคิด ไม่สามารถรวมความหมายกับองค์ประกอบตามกรอบแนวคิดเบื้องต้นจำนวน 1 มิติ คือ ข้อกำหนดด้านความสามารถของผู้ดูแล (The Abilities Role)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยนี้ได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก ซึ่งอาจมีความแตกต่างด้านโครงสร้างหน่วยงาน ลักษณะการทำงานและการสนับสนุนจากองค์กรที่แตกต่างกันจากโรงพยาบาลระดับอื่นๆ ดังนั้นหากนำไปพัฒนาสร้างเครื่องมือเพื่อใช้ในโรงพยาบาลระดับอื่น ควรมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของตัวแปรข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลก่อนนำไปใช้จริง จะได้ข้อมูลพื้นฐานเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาทักษะการตัดสินใจในการจัดการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- เกวลี เขียววิชัย (2560). อัตลักษณ์ของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. *วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักร, 13*(2), 29-38.
- รติมา คชนันท์. (2561). *สังคมผู้สูงอายุกับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทย*. สืบค้นจาก <http://www.parliament.go.th/library>
- วิราภรณ์ โพธิศิริและ คณะ. (2559). *รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์พงษ์พาณิชย์เจริญผล.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2551). *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- มธุรดา บรรจงการ และ ธัญสินี พรหมประดิษฐ์. (2562). แร่งงานทางอารมณ์ในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 7(2), 91-100.
- ธีระ วรณรัตน์. (2555). การวิจัยประเมินผลนโยบายสุขภาพที่เน้นผลกระทบความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ผลการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาสถานการณ์. สืบค้นจาก <https://sac.kku.ac.th/kmsac/research/r19.pdf>.
- สร้อยตระกูล (ติวยานนท์) อรรถมานะ. (2550). *พฤติกรรมองค์การ ทฤษฎีและการประยุกต์*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553). รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ในระยะยาวสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ : บริษัท ที คิว พี จำกัด.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *ส่องงานดูแลผู้สูงอายุ-ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง*. สืบค้นจาก <https://www.nhso.go.th/news/2836>
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย*. สืบค้นจาก <https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderly-static/>
- DeVellis, R. F. (2012). *Scale development: Theory and applications*. Thousand Oaks, Calif: SAGE.
- Etzioni, A. (1964). *Modern Organizations*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Field H. G. & Andrews J. P. (1998). Testing the Incremental Validity of the Vroom-Jago Versus Vroom-Yetton Models of Participation in Decision Making. *Journal of Behavioral Decision Making*, 11, 251-261.
- Ojokuku, Roseline M. & State, Nigeria. (2014). Effect of Employee Participation in Decision Making On Performance of Selected Small and Medium Scale Enterprises in Lagos, Nigeria. *European Journal of Business and Management*, 6(10), 93-97.
- Reeder, W. (1971). *Patial theories from thed 25 year reasearch programe on directive factor in Believer and social action*. New York: Mcgraw hill.
- Robbins, S. P. (2000). *Essentials of Organizational Behavior*. (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Van Loveren & Rachael K. (2007). *The Effects of Decision-Making and Leadership Styles on Relationships and Perceived Effectiveness in the University Development Context*. (Master's Thesis). Retrieved from <http://scholarcommons.usf.edu/etd/3855>.
- Vroom, V. H., & Yetton, P. W. (1973). *Leadership and decision making*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.

