



รูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านสาขาอาชีพ ผู้ให้บริการด้าน  
การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ สำหรับรองรับนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ  
และสนับสนุนการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย  
The Educational Management Model of Competencies Developed for Service  
Providers in the Medical Tourism Industry in Thailand.

ขวัญใจ วงศ์ช่วย

Khwanjai Wongchuay

วิทยานิพนธ์นี้สำหรับการศึกษิตามหลักสูตรปริญญา  
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Fulfillment of the Requirements for the Degree of  
Doctor of Philosophy in Management  
Prince of Songkla University

2559

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์	รูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านสาขาอาชีพ ผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ สำหรับนักท่องเที่ยว ชาวต่างชาติ และสนับสนุนการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย
ผู้เขียน	นางขวัญใจ วงศ์ช่วย
สาขาวิชา	การจัดการ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
.....	.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยโท (หญิง) ดร.เกิดศิริ เจริญวิศาล)	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรจันทร์ ศิริโชติ)
	.....กรรมการ
	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยโท (หญิง) ดร.เกิดศิริ เจริญวิศาล)
	.....กรรมการ
	(ดร.อิศรภรณ์ รินไธสง)
	.....กรรมการ
	(ดร.วิชณพงษ์ โพธิพิรุฬห์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยฉบับนี้สำหรับ  
การศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร. อีระพล ศรีชนะ)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคล  
ที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยโท (หญิง) ดร.เกิตศิริ เจริญวิศาล)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางขวัญใจ วงศ์ช่วย)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน  
และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางขวัญใจ วงศ์ช่วย)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	รูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านสาขาอาชีพ ผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ สำหรับนักท่องเที่ยว ชาวต่างชาติ และสนับสนุนการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย
ผู้เขียน	นางขวัญใจ วงศ์ช่วย
สาขาวิชา	การจัดการ
ปีการศึกษา	2559

### บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ กำหนดความสามารถเชิงสมรรถนะตามสาขาอาชีพ และสมรรถนะทั่วไปในสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เปรียบเทียบระดับ ความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะ และกำหนดรูปแบบการจัดการศึกษา ด้านสาขา อาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ใช้วิธีการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative data) ได้จากการเก็บแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้อำนวยการพยาบาล หัวหน้า ฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนก และผู้ปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 105 คน และดำเนินการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลตัวชี้วัด ความสามารถเชิงสมรรถนะ และรูปแบบการจัดการศึกษาด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการ ท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (one-way ANOVA) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis: EFA) และการ วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA)

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะสาขาอาชีพผู้ให้บริการ ด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ มีองค์ประกอบหลัก 2 ส่วนที่สำคัญ ได้แก่ 1) เป้าหมายของ หลักสูตร มีองค์ประกอบย่อย ได้แก่ การกำหนดหลักสูตรการศึกษา ชื่อว่า “หลักสูตรผู้ช่วย พยาบาลในการให้บริการชาวต่างชาติ” ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน โดยคุณสมบัติของผู้เข้า รับการศึกษาตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล 2) การจัดการเรียน การสอน มีองค์ประกอบ ย่อย 4 ส่วน ได้แก่ 2.1) วิธีการเรียนรู้ มี 3 วิธี คือ การเรียนรู้ทางทฤษฎีจำนวนชั่วโมงเรียน 182 ชั่วโมง 13 หน่วยกิต การเรียนรู้และฝึกปฏิบัติจากห้องสาธิต จำนวนชั่วโมงเรียน 16 ชั่วโมง 1 หน่วยกิต และการฝึกปฏิบัติในสถานที่จริง จำนวนชั่วโมงเรียน 300 ชั่วโมง 5 หน่วยกิต 2.2) หลักสูตรวิชา สามารถจัดกลุ่มวิชาได้ 14 รายวิชา 2.3) การกำหนดผู้สอน 7 สาขาอาชีพ 2.4) กำหนดเกณฑ์การวัดและประเมินผล ใช้วิธีการแบ่งเกรด A-F ตามร้อยละของคะแนนที่ได้

<b>Thesis Title</b>	The Educational Management Model of Competencies Developed for Service Providers in the Medical Tourism Industry in Thailand
<b>Author</b>	Mrs. Khwanjai Wongchuay
<b>Major Program</b>	Management
<b>Academic Year</b>	2016

### **Abstract**

The objectives of this research were to define professional competencies and general competencies of professional services for medical tourism providers, to compare levels of opinions on required performance and to determine the education management model of professional services for medical tourism service providers. Quantitative data were collected by using the questionnaires with samples of 105 respondents in 9 private hospitals from 4 representative groups, namely, director of the hospital, nurse managers, chief nurses, and practical nurses. The literature and related works were reviewed to define the competency indicators and to develop the educational management model of professional services for medical tourism service providers. Data were analyzed by means of statistical analysis, namely, frequency, percentage, mean, standard deviation, one-way anova, exploratory factor analysis (EFA) and confirmatory factor analysis (CFA).

The findings indicated that the educational management model of professional services medical tourism service providers consists of 2 main elements. The first one is the goal of course which refers to “Certificate program of nurse assistant for medical service for foreigners” has the course study duration for 6 months. The candidates for admission shall satisfy the requirements of the Nursing Council. The second element is the teaching and learning management composed of 4 parts: 1) learning methods which comprise learning from theory for 182 hours 13 credits, learning from practice demonstration for 16 hours 1 credits and clinical practicum for 300 hours 5 credits; 2) course structure which can be categorized into 14 subjects; 3) instructors who are from 7 professional occupations; and 4) measurement and evaluation criteria that are given to each letter grade (A-F) according to the percentage of score obtained.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยโท (หญิง) ดร.เกดศิริ เจริญวิศาล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ สำหรับคำแนะนำและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์สำหรับการวิจัย และผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนร่วมในการทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ได้แก่

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้สนับสนุนทุนอุดหนุนวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ ปีงบประมาณ 2557

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรจันทร์ศิริโชติ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ดร.แสนศักดิ์ ศิริพานิช ประธานกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ ดร.อิศรัฐ รินไธสง และดร.วิษณุพงษ์ โปธิพิรุฬห์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ สำหรับข้อเสนอแนะเพื่อช่วยเติมเต็มให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

นายแพทย์ดร.ณ สนทราพรพล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูฉนวน ดร.อิศรัฐ รินไธสง คุณมะลิ ศรีเมฆพันธ์ และคุณธัญญา ทองป้อม สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

Assoc. Prof. Dr. Siti Norezam Othman และ อาจารย์ Dr. Nora แห่ง Universiti Utara Malaysia ที่ได้กรุณาแนะนำหลักการและกระบวนการจัดทำวิทยานิพนธ์ ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นนักศึกษาทุนแลกเปลี่ยนและโอนหน่วยกิตระหว่างประเทศในประชาคม อาเซียน จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยศึกษาที่ Universiti Utara Malaysia เป็นเวลา 1 ภาคการศึกษา

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์ประจำหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยเฉพาะ ด. ร.เอกฤทธิ์ แก้วประพันธ์ ที่กรุณาประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์อันมีค่า และขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกท่าน สำหรับความรักและกำลังใจอันมีค่าที่สุดตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

ผู้วิจัยขอขอบคุณค่าที่พึงมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แต่ครอบครัว ชุมชน สังคม ที่มีส วนสนับสนุนให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขวัญใจ วงศ์ช่วย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(5)
Abstract	(6)
กิตติกรรมประกาศ	(7)
สารบัญ	(8)
สารบัญตาราง	(10)
สารบัญภาพ	(14)
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	<b>1</b>
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์ในการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	5
ประโยชน์ของการวิจัย	9
นิยามศัพท์เฉพาะ	10
<b>บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>	<b>11</b>
ตอนที่ 1 ความสำคัญของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย	12
ตอนที่ 2 การสร้างกรอบทฤษฎีในการวิจัย	15
2.1 แนวคิดทางด้านเศรษฐศาสตร์	15
2.2 แนวคิดด้านการจัดการองค์กร	19
ตอนที่ 3 การสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย	24
3.1 แนวคิดการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์	24
3.2 ข้อตกลงยอมรับร่วมในเรื่องคุณสมบัติของนักวิชาชีพอาเซียน	27
3.3 แนวคิดเกี่ยวกับหน่วยสมรรถนะ	30
3.4 แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสำรวจและตัวแปรที่เกี่ยวข้อง	51
3.5 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมที่มีต่อรูปแบบการจัดการศึกษา	54
3.6 แนวคิดด้านการจัดการระบบการศึกษาตามสาขาอาชีพ	59
3.7 การกำหนดรูปแบบการจัดการศึกษา	60
3.8 กรอบแนวคิดการวิจัย	67
3.9 มุมมองการศึกษาไทยในอนาคต	68



## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
<b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย</b>	<b>72</b>
1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	72
2. เครื่องมือวิจัย	73
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล	82
4. การวิเคราะห์ข้อมูล	82
<b>บทที่ 4 ผลการศึกษา</b>	<b>85</b>
1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป	85
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะ	85
3. การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะ	93
4. การวิเคราะห์เพื่อจัดกลุ่มความสัมพันธ์ของตัวชี้วัด	97
5. การกำหนดรูปแบบการจัดการศึกษาด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์	116
<b>บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ</b>	<b>126</b>
1. สรุปผลการศึกษา	127
2. การอภิปรายผลการศึกษา	133
3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	135
<b>บรรณานุกรม</b>	<b>137</b>
<b>ภาคผนวก</b>	<b>155</b>
ภาคผนวก ก เครื่องมือการวิจัย	156
ภาคผนวก ข ผลลัพธ์การวิเคราะห์	169
<b>ประวัติผู้วิจัย</b>	<b>186</b>

## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
2.1 สาเหตุการเสียชีวิตของประชากรที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป	32
2.2 ตัวชี้วัดสมรรถนะตามสายอาชีพที่สอดคล้องการเข้ารับบริการของกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติ	35
2.3 ตัวชี้วัดสมรรถนะที่สอดคล้องการเข้ารับบริการของกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติ ในส่วนของการตรวจสอบคุณภาพตามโปรแกรมต่าง ๆ	37
2.4 ตัวชี้วัดสมรรถนะที่สอดคล้องการเข้ารับบริการของกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติ ในส่วนของการบริการการรักษาทางด้านศัลยกรรม	38
2.5 ตัวชี้วัดสมรรถนะที่สอดคล้องการเข้ารับบริการของกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติ ในส่วนของการบริการการรักษาทางด้านทันตกรรม	39
2.6 รูปแบบการบริการของลูกค้าชาวต่างชาติของโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำ	43
2.7 ตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไปที่สอดคล้องการเข้ารับบริการของกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติ	44
2.8 การใช้ภาษาในกลุ่มประเทศอาเซียน	46
2.9 การนับถือศาสนาในกลุ่มประเทศอาเซียน	49
2.10 จำแนกผู้ป่วยชาวต่างประเทศที่เข้ารับการรักษาทางการแพทย์ใน โรงพยาบาลเอกชนไทย ในพ.ศ. 2550	56
2.11 รายละเอียดหลักสูตรจากการสำรวจโรงเรียนสอนผู้ช่วยพยาบาล	61
2.12 รายละเอียดหลักสูตรจากการสำรวจโรงเรียนสอนผู้ช่วยพยาบาลเอกชน ที่มุ่งเน้นการบริการชาวต่างชาติ	62
2.13 แนวทางการวัดและประเมินผลการศึกษา	65
2.14 เกณฑ์การประเมินผลการเรียน	65
3.1 ข้อมูลการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน	75
3.2 การวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน	78
3.3 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม	80
4.1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=105)	85
4.2 ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะตามสายอาชีพในการดูแลผู้สูงอายุ ที่เข้ารับบริการด้านการแพทย์ใน ประเทศไทย (n=105)	86
4.3 ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะตามสายอาชีพในการการบริการด้าน การตรวจสอบคุณภาพตามโปรแกรมสุขภาพ (n=105)	87

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
4.4 ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะตามสายอาชีพในการบริการการรักษา ทางด้านศัลยกรรม (n=105)	87
4.5 ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะตามสายอาชีพในการบริการการรักษา ทางด้านทันตกรรม (n=105)	88
4.6 ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะตามสายอาชีพในการบริการนำส่งผู้ป่วย มาโรงพยาบาล (n=105)	89
4.7 ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะตามสายอาชีพในการติดต่อเพื่อรับ การรักษา(n=105)	89
4.8 ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะทั่วไปในการบริการระหว่างรับการรักษา (n=105)	90
4.9 ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะทั่วไปในการบริการหลังรับการรักษา (n=105)	90
4.10 ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะทั่วไปในการสื่อสาร (n=105)	91
4.11 ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะทั่วไปในการบริการที่สอดคล้องกับศาสนา (n=105)	91
4.12 การเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะในกลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว	93
4.13 แสดงค่าสถิติสำหรับทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบจับคู่พหุคูณ	96
4.14 แสดงการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยค่าดัชนีไคล์เซอร์ เมเยอร์ ออกิลล์ (KMO) และค่าบาร์ทเล็ต (Bartlett's test of sphericity) ของสมรรถนะตามวิชาชีพ	97
4.15 แสดงองค์ประกอบ ความแปรปรวน ร้อยละความแปรปรวน และร้อยละของ ความแปรปรวนสะสมของตัวชี้วัดสมรรถนะตามสายอาชีพ	98
4.16 แสดงค่าสามารถแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation matrix) ของ ตัวชี้วัดสมรรถนะตามสายอาชีพ	99
4.17 แสดงรายการตัวชี้วัด และค่าน้ำหนัก ตามองค์ประกอบที่ 1 ของสมรรถนะ ตามสายอาชีพ	100
4.18 แสดงรายการตัวชี้วัด และค่าน้ำหนัก ตามองค์ประกอบที่ 2 ของสมรรถนะ ตามสายอาชีพ	101
4.19 แสดงรายการตัวชี้วัด และค่าน้ำหนัก ตามองค์ประกอบที่ 3 ของสมรรถนะ ตามสายอาชีพ	102
4.20 แสดงองค์ประกอบ ความแปรปรวน ร้อยละความแปรปรวน และร้อยละของ ความแปรปรวนสะสมของตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไป	103

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
4.21 แสดงค่าสามารถแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation matrix) ของตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไป	103
4.22 แสดงรายการตัวชี้วัด และค่าน้ำหนัก ตามองค์ประกอบที่ 1 ของสมรรถนะทั่วไป	104
4.23 แสดงรายการตัวชี้วัด และค่าน้ำหนัก ตามองค์ประกอบที่ 2 ของสมรรถนะทั่วไป	105
4.24 ค่าสถิติสำหรับการทดสอบการแจกแจงปกติขององค์ประกอบและตัวชี้วัด	106
4.25 เกณฑ์ในการทดสอบความกลมกลืนกันของโมเดล	107
4.26 ผลการตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวชี้วัดสมรรถนะตามสายอาชีพที่ใช้ในการวิจัย	110
4.27 ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลการวัดความสามารถเชิงสมรรถนะตามสายอาชีพ	111
4.28 ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลการวัดความสามารถเชิงสมรรถนะตามสายอาชีพ หลังการปรับโมเดล	111
4.29 ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลการวัดความสามารถเชิงสมรรถนะตามสายอาชีพ วัดจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2	113
4.30 ผลการตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไปที่ใช้ในการวิจัย	114
4.31 ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลการวัดความสามารถเชิงสมรรถนะทั่วไป	114
4.32 ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลการวัดความสามารถเชิงสมรรถนะทั่วไป หลังการปรับโมเดล	115
4.33 ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลการวัดความสามารถเชิงสมรรถนะทั่วไป วัดจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2	116
4.34 จำนวนชั่วโมงในการเรียน และจำนวนหน่วยกิตในโรงเรียนสอนผู้ช่วยพยาบาลที่มีระยะเวลาในการเรียน 6 เดือน	117

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
4.35 การเทียบเคียงโครงสร้างหลักสูตรจากหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลของสภาการพยาบาล	117
4.36 การกำหนดหลักสูตรวิชาจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและตัวชี้วัดสมรรถนะ	118
4.37 การจัดกลุ่มการเรียนรู้ การกำหนดผู้สอน และการกำหนดแหล่งฝึกปฏิบัติ	120
4.38 จำนวนชั่วโมงเรียนและจำนวนหน่วยกิต ของหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลในการให้บริการชาวต่างชาติ	123
4.39 ผลการสำรวจความเหมาะสมเกี่ยวกับการจัดรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์	123

## สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
2.1 กรอบแนวคิดทฤษฎีทางด้านเศรษฐศาสตร์	19
2.2 กรอบทฤษฎีในการวิจัย	23
2.3 แนวคิดทฤษฎีระบบ	25
2.4 กรอบการวิจัย	26
2.5 กรอบวิจัยเกี่ยวกับการกำหนดรูปแบบการศึกษา	31
2.6 กระบวนการหลักในการให้บริการลูกค้าชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการ ในโรงพยาบาลเอกชน	44
2.7 องค์ประกอบของการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสาร	47
2.8 องค์ประกอบของการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริการที่สอดคล้องกับศาสนา	49
2.9 องค์ประกอบของสมรรถนะตามสายอาชีพและสมรรถนะทั่วไปสาขาอาชีพ ผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์	50
2.10 องค์ประกอบหลักของสมรรถนะ สาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยว เชิงการแพทย์เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสำรวจ	53
2.11 กรอบแนวคิดในการจัดการรูปแบบการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะ สาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์	67
2.12 ทิศทางการศึกษาเพื่ออนาคตในศตวรรษที่ 21	70
3.1 รูปแบบการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะสาขาอาชีพผู้ให้บริการ ด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์	95
4.1 โมเดลการวัดตัวชี้วัดสมรรถนะตามสายอาชีพ	108
4.2 โมเดลการวัดตัวชี้วัดสมรรถนะตามสายอาชีพ แสดงค่าน้ำหนักปัจจัยใน รูปมาตรฐาน	112
4.3 โมเดลการวัดตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไป	113
4.4 โมเดลการวัดตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไป แสดงค่าน้ำหนักปัจจัยในรูปมาตรฐาน	115
4.5 การเชื่อมโยงหลักสูตรวิชา วิธีการเรียนรู้ จำนวนชั่วโมง และหน่วยกิตในการเรียนรู้	118
4.6 การกำหนดจำนวนชั่วโมงเรียน และจำนวนหน่วยกิต	122
4.7 รูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อการพัฒนาสมรรถนะด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้าน การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์	125



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมในปัจจุบันนำไปสู่ยุคโลกาภิวัตน์ (Globalization) หรือโลกไร้พรมแดนอันเนื่อง จากการเจริญเติบโตทางด้านเทคโนโลยีการสื่อสารทำให้คนทั่วโลกมีการติดต่อสื่อสารและมีการเดินทางสะดวกมากยิ่งขึ้น ประกอบกับการเปิดการค้าเสรีในกลุ่มประเทศอาเซียนส่งผลให้เกิดการขยายตัวของสินค้าและบริการจากประเทศหนึ่ง สู่อีกประเทศหนึ่งได้อย่างสะดวก รวดเร็ว หนึ่งในนั้นคือ สินค้าทางการบริการสุขภาพโดยมีจุดเน้นด้านคุณภาพที่มาควบคู่กับราคาที่ เหมาะสม (Kumar, 2010) สำหรับประเทศไทยให้ความสำคัญกับการเป็นศูนย์กลางบริการด้าน สุขภาพ (Medical Hub) ซึ่งมีการสร้างรายได้ให้กับประเทศตั้งแต่ พ.ศ. 2546 มีผลทำให้ลูกค้า ชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง (อัฒนา, 2554) รัฐบาลจึง ได้ประกาศนโยบายที่จะให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางบริการทางการแพทย์แห่งภูมิภาคเอเชีย (Medical Hub of Asia) ตั้งแต่พ.ศ. 2547 เพื่อสร้างความเป็นเลิศของธุรกิจบริการ (Thailand Board Investment, 2012) จากข้อมูลของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2554) มีการประมาณการจำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการในประเทศไทยใน พ.ศ. 2551 มีจำนวนประมาณ 1,380,000 คน ได้เพิ่มขึ้นเป็น 2,530,000 คน ในพ.ศ. 2555 และสร้างรายได้ เข้าประเทศ จาก 50,963 ล้านบาท ในพ.ศ. 2551 เพิ่มขึ้นเป็น 121,658 ล้านบาทในพ.ศ. 2555 ทำให้ประเทศไทยสามารถแข่งขันนำหน้าประเทศสิงคโปร์ในด้านจำนวนคนไข้ได้ในระยะเวลาไม่ถึง หนึ่งทศวรรษ จากการสำรวจข้อมูลของหน่วยงานด้านการท่องเที่ยวสิงคโปร์ (Singapore Tourism board) พบว่ากลุ่มลูกค้าส่วนใหญ่ ที่เข้ามาใช้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) ในประเทศไทย มาจาก ประเทศญี่ปุ่น ตะวันออกกลาง และกลุ่มประเทศในอาเซียน (Arunanondchai & Fink, 2006) ส่งผลให้มีการพัฒนาบุคลากรด้านการบริการ และการจ้างงาน มากขึ้น อาทิเช่น การจ้างบุคลากรที่มีความสามารถด้านภาษาต่างประเทศไว้บริการ ยกตัวอย่าง โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ และโรงพยาบาลยันฮี มีล่ามให้บริการมากกว่า 10 ภาษา รวมทั้งมีการขยาย ขอบเขตการรักษาพยาบาลลูกค้าต่างชาติที่เคยอยู่แต่ในโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำไปสู่โรงพยาบาลของรัฐ เช่น โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลรามาริบัติ โดยมีโครงการร่วมมือกับบริษัท MEDS ในการ นำคนไข้ชาวต่างชาติมาทำการรักษาในประเทศไทย โดยเน้นการรักษาโรคเฉพาะทาง อาทิ เนื้องอกใน



มดลูก หรือผ่าตัดหัวใจ ด้วยการใช้เทคโนโลยีใหม่ในการรักษา (อัญชนา, 2554) และข้อมูลจากการศึกษาเปรียบเทียบระบบบริการในประเทศต่างๆพบว่า ประเทศไทยมีการให้บริการนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติซึ่งมีการกระจุกตัวในกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน เพียงไม่กี่แห่ง ในขณะที่ประเทศสิงคโปร์มีสัดส่วน การเข้ารับบริการของลูกค้ชาวต่างชาติ ที่ใกล้เคียงกันระหว่างโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน (Pocock, & Phua, 2011)

จากทิศทางการขยายตัวของธุรกิจบริการด้านสุขภาพส่งผลให้มีการเพิ่มอัตราความต้องการบุคลากรทางแพทย์ทั้งภาครัฐและเอกชน เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาความต้องการบุคลากรของสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ .ศ. 2551-2555 พบว่าโรงพยาบาล หลายแห่งต้องการพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด รองลงมาคือ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และผู้ช่วยพยาบาลตามลำดับ (สุนีย์ และอัญชพร, 2552) และความต้องการยังคงมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องสาเหตุหนึ่งเนื่องมา จากประเทศไทยก้าวเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community) เมื่อเปรียบเทียบฐานข้อมูลจำนวนบุคลากรทางการพยาบาลของประเทศไทย ในช่วง พ.ศ. 2543-2550 ประเทศไทยอยู่ที่อัตรา 2.2 คนต่อประชากร 1000 คน อยู่ในอันดับ 4 ของประเทศในกลุ่มอาเซียน ในขณะที่ประเทศ บรูไน ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ อยู่ที่อัตรา 6.1 คน 6.1 คน และ 4.4 คนต่อประชากร 1000 คนตามลำดับ (Kanchanachitra, et al., 2011)

นอกจากนี้ทาง คณะกรรมการการพัฒนาศักยภาพ และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส ได้มีการผลักดันให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการดูแลผู้สูงอายุระดับชาติและระดับสากล เนื่องจากลักษณะของคนไทยเป็นผู้มีจิตใจโอบอ้อมอารี มีเมตตาต่อผู้สูงอายุอย่างไร้พรมแดน และเป็นการสร้างโอกาส สร้างรายได้ สร้างธุรกิจในระดับชาติในการดูแลผู้สูงอายุ (Jitapunkul & Wivatvanit, 2008) ซึ่งแนวโน้มจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกในปัจจุบัน มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆโดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วได้แก่ ญี่ปุ่น และอเมริกา พบว่าในอีกประมาณ 25 ปี ข้างหน้าประเทศญี่ปุ่นจะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ เป็นสัดส่วน 1 ใน 3 ของประชากรทั้งประเทศ ส่วนประเทศอเมริกาในพ.ศ. 2573 คาดว่าจะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ในสัดส่วน 1 ใน 8 ของประชากรทั้งประเทศ (Ghadar & Loughran, 2014) ซึ่งสิ่งที่ทำให้ลูกค้าชาวต่างชาติประทับใจมากที่สุดหลังจากเดินทางเข้ามาับการรักษาในประเทศไทยคือ ความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ (มนรัตน์, 2550) และจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการ ทางกายภาพของผู้ป่วยชาวต่างชาติในโรงพยาบาลเอกชนไทย โดยการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยชาวต่างชาติจากประเทศ ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา และประเทศอังกฤษที่เดินทางเข้ามาับการรักษาในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินทางเข้ามาับการรักษาโรคด้วยการผ่าตัด ร้อยละ 48 รองลงมาคือการรักษาโรคหัวใจ ร้อยละ 24 และมาตรวจสุขภาพตามโปรแกรมต่างๆร้อยละ 16 โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยจากประเทศ

ญี่ปุ่นเข้ามาให้บริการการรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม การผ่าตัดหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท ศัลยกรรมตกแต่ง และศัลยกรรมกระดูกสันหลัง ตามลำดับ

ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรผู้ให้บริการดังกล่าวจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารทั้งโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่ง พบว่า โรงพยาบาล ประสบกับปัญหาการขาดแคลนพยาบาลที่รุนแรง โรงพยาบาลหลายแห่งต้องหันไปใช้ผู้ช่วยพยาบาลแทน และจากการสำรวจข้อมูลการผลิตอัตรากำลังของพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขก็ไม่ได้มีจำนวนเพิ่มขึ้น

เนื่องจากสถาบันบางแห่งมีการผลิตตามกรอบอัตรากำลังในภาครัฐ หรือเฉพาะหน่วยงานของตนเอง ดังเช่น วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และบางแห่งก็ไม่ได้ผลิตเพื่อสำหรับพยาบาล ลาออกไปอยู่ภาคเอกชนหรือเลิกประกอบอาชีพพยาบาล (อัญชญา, 2552) ดังนั้นแนวคิดการพัฒนาสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ในการวิจัยครั้งนี้ จึงเป็นการพัฒนาศักยภาพที่เพิ่มขึ้นของบุคลากรทางการพยาบาล คือ ผู้ช่วยพยาบาล โดยผ่านหลักสูตรการศึกษาที่มีความยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง ตามแนวคิดของทฤษฎีองค์การตามสถานการณ์และกรณี (Structural Contingency Theory) ได้กล่าวไว้ว่าองค์กรใดองค์กรหนึ่งต้องมีการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อความอยู่รอด (Karthan, 2008) ได้แก่ สภาวะแวดล้อมทางอุตสาหกรรม สภาวะแวดล้อมทางคู่แข่ง สภาวะแวดล้อมทางการตลาด และสภาวะแวดล้อมทั่วไป (Abraham, 2012) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นที่ การพัฒนาหลักสูตร ผู้ช่วยพยาบาลในการให้บริการชาวต่างชาติ เพื่อการรองรับการศึกษานอกระบบ สังกัดกระทรวง ศึกษาธิการ เป็นแนวทาง ที่เหมาะสมที่สุด เนื่องจาก ออกแบบ หลักสูตร ให้มีความเหมาะสมกับสภาพ ปัญหา และความต้องการแรงงานในปัจจุบันได้

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้อาศัยแนวคิดทฤษฎีทางด้านเศรษฐศาสตร์ ประกอบด้วยทฤษฎีเศรษฐศาสตร์มหภาค ที่อธิบายถึงอุตสาหกรรมบริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่มีความต้องการหรือที่เรียกว่าอุปสงค์เพิ่มมากขึ้น ๆ และทฤษฎีจุลภาคที่อธิบายถึงสภาวะความต้องการแรงงานด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่เป็นที่ต้องการของผู้ประกอบการโรงพยาบาล ซึ่งในการพัฒนาศักยภาพการบริการดังกล่าว เรียกว่าการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรให้มีขีดความสามารถเพิ่มขึ้น ปัจจุบันพบว่าเจ้าหน้าที่พยาบาล ทั้งพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล ที่จบการศึกษาจากสถาบันต่าง ๆ หลักสูตรที่เรียนมาไม่ได้มุ่งเน้นด้านการให้บริการที่ตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยชาวต่างชาติซึ่งมีความต้องการที่เฉพาะแตกต่างจากผู้รับบริการชาวไทย เช่น การบริการพยาบาลผู้รับบริการที่มา เข้ารับบริการด้าน ศัลยกรรมความงามหรือแปลงเพศ เป็นต้น แต่หลักสูตรของการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการชาวต่างชาติเฉพาะสามารถพบเห็นได้โรงเรียนสอนผู้ช่วยพยาบาล บางแห่ง ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลทางสื่อออนไลน์พบว่า ประเทศไทยมีโรงเรียนสอน ผู้ช่วยพยาบาลในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑลจำนวนทั้งสิ้น 16 แห่ง อยู่ในเขตภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 5 แห่ง ภาคเหนือ 12 แห่ง และเขตภาคใต้ 7 แห่ง ซึ่งหลักสูตรที่เปิดสอนส่วนใหญ่เป็นหลักสูตรทั่วไป มีเพียงบางแห่งที่เปิดสอนหลักสูตรเฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุ และบางแห่งที่เปิดสอนหลักสูตรดูแลผู้ป่วยชาวญี่ปุ่นโดยเฉพาะ ซึ่งจะมีการรับสมัครผู้เข้าเรียนตั้งแต่มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่าขึ้นไปและบางแห่งมีการรับประกันการเข้าทำงานทันทีหลังจากที่จบการศึกษา ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ โดย เป็นการพัฒนาสมรรถนะที่เพิ่มขึ้นของสาขาอาชีพผู้ช่วยพยาบาล ภายใต้หลักสูตร “ผู้ช่วยพยาบาลในการให้บริการชาวต่างชาติ ” ซึ่งถือเป็นการบริหารจัดการด้าน ทรัพยากรมนุษย์ ที่ตอบโจทย์ความต้องการ แรงงานทางด้านสุขภาพ และเชื่อมโยงกับระบบเศรษฐกิจโดยรวม (Economic System) ของประเทศที่อยู่ในภาวะขาดแคลนอัตรากำลังของวิชาชีพพยาบาลโดยสภาวะนี้ยังคงมีอยู่อย่างน้อย 10 ปี นับตั้งแต่พ.ศ. 2553 - 2563 (Amornvivat, et al., 2012)

ดังนั้นผู้วิจัยมองเห็นโอกาสในการพัฒนาศักยภาพ ผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิง การแพทย์ให้มีสมรรถนะ (Competency) เพิ่มเติม เพื่อให้การดูแลผู้รับบริการชาวต่างชาติที่เข้ามารับการรักษาในประเทศไทย โดยใช้แนวคิดการฝึกฝนบุคคลตามสมรรถนะ (Competency Base of Training: CBT) ของสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Association of Southeast Asian nations) ประกอบด้วยข้อตกลงร่วมด้าน สมรรถนะด้านการบริการที่จำเป็นต้องมี ของผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยว 3 ด้าน ได้แก่ ทักษะ (skill) ความรู้ (Knowledge) และทัศนคติ (Attitudes) ซึ่งเรียกรวมกันว่า หน่วยสมรรถนะ (Unit of Competency) ซึ่งมาจากการกำหนดสมรรถนะหลัก (Core Competency) ที่จำเป็นของสาขาวิชาชีพ และมีการแยกย่อยเป็นข้อกำหนดความสามารถเชิง สมรรถนะตามสายอาชีพ (Functional Competency) ในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการกำหนดความรู้ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล และความสามารถเชิง สมรรถนะในด้านทั่วไป (Generic Competency) ได้มาจากทักษะที่จำเป็นในการให้บริการชาวต่างชาติ นอกเหนือจากสมรรถนะตามสายอาชีพ หลังจากนั้นจึงนำมากำหนดเป็นโครงสร้างมาตรฐานของ สมรรถนะตามสาขาอาชีพที่กำหนดขึ้น (Structure of the Competency Standards) (Association of Southeast Asian nations, 2012) เป็นการสร้างจุดเด่นหรือการสร้างนวัตกรรมด้านการบริการสุขภาพ ให้กับประเทศไทย ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการกำหนด รูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อ พัฒนา สมรรถนะด้านสาขา อาชีพผู้ให้บริการด้าน การท่องเที่ยวเชิง การแพทย์ และช่วยเพิ่มมูลค่าในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวและการบริการทางการแพทย์ อีกทั้งเป็น หนทางหนึ่งในการสร้างบุคลากรที่มีศักยภาพเข้าสู่ตลาดแรงงานด้านการบริการสุขภาพของประเทศไทยต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. ข้อกำหนดความสามารถเชิงสมรรถนะตามสายอาชีพ (Functional Competency) สาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ประกอบด้วยอะไรบ้าง
2. ข้อกำหนดความสามารถเชิงสมรรถนะทั่วไป (Generic Competency) สาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ประกอบด้วยอะไรบ้าง
3. ความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นของสมรรถนะด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ของผู้อำนวยการพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนก และผู้ปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล มีความแตกต่างกันหรือไม่
4. รูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ควรมีรูปแบบอย่างไร

### วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อกำหนดความสามารถเชิงสมรรถนะตามสายอาชีพ (Functional Competency) สาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์
2. เพื่อกำหนดความสามารถเชิงสมรรถนะทั่วไป (Generic Competency) สาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์
3. เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะในกลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้อำนวยการพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนก และผู้ปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน
4. เพื่อกำหนดรูปแบบการจัดการศึกษาด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

### ขอบเขตการวิจัย

ผู้วิจัยมีการกำหนดขอบเขตการวิจัย 3 ด้าน ได้แก่ ขอบเขตด้านพื้นที่ ขอบเขตด้านเนื้อหา และขอบเขตด้านประชากร โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขอบเขตด้านพื้นที่ กำหนดพื้นที่การศึกษาในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐานการพยาบาลในระดับสากลเจซีไอ (Joint Committee International: JCI) เป็นมาตรฐานที่ชาวต่างชาติให้การยอมรับ ในประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 19 พฤษภาคม 2556 มีโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐานเจซีไอจำนวน 23 แห่ง ซึ่งมีการกระจายตัวในจังหวัดต่าง ๆ ดังนี้ (สมพร, 2555; จารุวรรณ, 2556)

- 1) ในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั้งหมด 15 แห่ง ได้แก่
  - 1.1 โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
  - 1.2 โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท
  - 1.3 โรงพยาบาลกรุงเทพ
  - 1.4 โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์
  - 1.5 โรงพยาบาลเซ็นทรัลเอนเนอร์ล
  - 1.6 โรงพยาบาลเวชธานี
  - 1.7 โรงพยาบาลสินแพทย์
  - 1.8 โรงพยาบาลรามคำแหง
  - 1.9 โรงพยาบาลพระรามเก้า
  - 1.10 โรงพยาบาลยันฮี
  - 1.11 โรงพยาบาลเจ้าพระยา
  - 1.12 โรงพยาบาลศิรินครินทร์ กรุงเทพ
  - 1.13 โรงพยาบาลวิภาวดี
  - 1.14 โรงพยาบาลนนทเวช
  - 1.15 โรงพยาบาลบีเอ็นเอส
- 2) จังหวัดภูเก็ต ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั้งหมด 1 แห่ง
  - 2.1 โรงพยาบาลภูเก็ต อินเตอร์เนชั่นแนล
- 3) จังหวัดชลบุรี ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั้งหมด 3 แห่ง
  - 3.1 โรงพยาบาลกรุงเทพ พัทยา
  - 3.2 โรงพยาบาลกรุงเทพ หัวหิน
  - 3.2 โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีราชา
- 4) จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั้งหมด 1 แห่ง
  - 4.1 โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม
- 5) จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั้งหมด 1 แห่ง
  - 5.1 โรงพยาบาลกรุงเทพ สมุย
- 6) จังหวัดอื่น ๆ ได้แก่ ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั้งหมด 2 แห่ง
  - 6.1 โรงพยาบาลพิษณุเวช จังหวัดพิษณุโลก
  - 6.2 โรงพยาบาลศิรินครินทร์หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

2. ขอบเขตด้านประชากร ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 ราย จากการเก็บข้อมูลจากพื้นที่ที่กำหนดและตอบแบบสอบถามกลับ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจำนวน 9 ราย หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลจำนวน 15 ราย หัวหน้าแผนกจำนวน 27 ราย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 54 ราย

3. ขอบเขตด้านเนื้อหา เป็นการศึกษาความจำเป็นด้านสมรรถนะในสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ประกอบด้วย

3.1 ตัวชี้วัดความสามารถเชิงสมรรถนะตามสายอาชีพ 25 ตัวชี้วัด ได้แก่

- 1) มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหัวใจ
- 2) มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเมะเร็ง
- 3) มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 4) มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดบวม
- 5) มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไขข้ออักเสบ
- 6) มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- 7) มีความรู้ความสามารถในการตรวจร่างกายเบื้องต้น
- 8) มีความรู้ความสามารถในการประเมินประวัติผู้ป่วย
- 9) มีความรู้ความสามารถในการเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- 10) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจทางรังสีวิทยา
- 11) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจอูลตราซาวด์
- 12) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจหามะเร็งปากมดลูก
- 13) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจตาโดยจักษุแพทย์
- 14) มีความรู้และสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาป้องกันโรคต่าง ๆ
- 15) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาทางด้านศัลยกรรมตกแต่งและความงาม
- 16) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาทางด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อ
- 17) การเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาทางด้านศัลยกรรมการแปลงเพศ

- 18) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจทางด้านทันตกรรมทั่วไป สำหรับผู้ใหญ่
- 19) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจทางด้าน ทันตกรรมสำหรับเด็ก
- 20) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจทางด้าน ทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ
- 21) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบริการจัดฟัน
- 22) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้าการตรวจรักษาโรคเหงือก
- 23) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบริการการทำฟันปลอม
- 24) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้าการตรวจรักษาทางด้านศัลยกรรมช่องปาก
- 25) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้าการตรวจรักษาการฝังรากเทียม

### 3.2 ตัวชี้วัดความสามารถเชิงสมรรถนะทั่วไป 17 ตัวชี้วัด ได้แก่

- 1) สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการเดินทางด้วยเครื่องบิน
- 2) สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการเดินทางด้วยยานยนต์
- 3) สามารถติดต่อประสานงานหน่วยงานราชการเกี่ยวกับวีซ่าการเข้ามาในประเทศ
- 4) สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์และการรักษากับผู้ป่วยชาวต่างชาติได้
- 5) สามารถประสานงานกับหน่วยงานหรือบริษัทเอกชนที่เกี่ยวข้องการบริการจัดหาที่พักสำหรับผู้ป่วยและญาติ
- 6) สามารถติดต่อประสานงานด้านการประกันสุขภาพและประกันภัยเพื่อรักษาสวัสดิการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยชาวต่างชาติได้
- 7) สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่สามารถรับประทานเหมาะสมกับสถานะของโรคได้ ทั้งอาหารไทยและอาหารต่างประเทศ
- 8) สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับห้องพักที่ให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติ
- 9) สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งท่องเที่ยวในประเทศไทย

- 10) สามารถประสานงานกับหน่วยงานหรือบริษัทเอกชนที่เกี่ยวข้องในการบริการด้านการท่องเที่ยวในประเทศไทย
- 11) สามารถใช้ศัพท์ทางการแพทย์ที่จำเป็นได้
- 12) มีความรู้ความสามารถในการสื่อสารโดยใช้ภาษาอังกฤษ
- 13) มีความรู้ความสามารถในการสื่อสารโดยใช้ภาษาจีน
- 14) มีความรู้ความสามารถในการสื่อสารโดยใช้ภาษามาลเลย์
- 15) สามารถให้การบริการตามหลักศาสนาพุทธ
- 16) สามารถให้การบริการตามหลักศาสนาคริสต์
- 17) สามารถให้การบริการตามหลักศาสนาอิสลาม

### ประโยชน์ของการวิจัย

ผลของการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องในด้านต่างๆ ดังนี้

1. หน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาฝีมือแรงงาน และสถานที่เปิดการเรียนการสอนอบรมวิชาชีพ สามารถนำข้อมูลการวิจัยไปใช้เพื่อ สร้างหลักสูตรการเรียนการสอนที่ตอบสนองต่อความต้องการตลาดแรงงานด้านสุขภาพ
2. ผู้ประกอบการด้านการศึกษานำไปเป็นแนวทางในการจัดการหลักสูตรศึกษา หรือจัดฝึกอบรมให้กับผู้เรียนในระดับองค์กรการศึกษา โรงแรม บริษัททัวร์ หรือระดับโรงพยาบาลต่อไป
3. ผู้ประกอบการสถานพยาบาลสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะงานพยาบาล และผู้ช่วยพยาบาลเพื่อให้มีศักยภาพด้านการบริการสุขภาพสำหรับลูกค้าชาวต่างชาติเพิ่มขึ้น
4. เป็นแนวทางให้กับกระทรวงแรงงานและพัฒนากองการสังคมในการพัฒนาสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เข้าสู่ตลาดแรงงานด้านการบริการสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ซึ่งเป็นการ เพิ่มมูลค่าทางด้านการตลาด และการบริการในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย
5. เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้น เพื่อรองรับการเปิดการค้าเสรีอาเซียน จากการรวมกลุ่ม ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (Asean Economics Community)
6. นักวิจัยและนักวิชาการสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการศึกษาและพัฒนาความรู้ด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ รวมถึงการพัฒนาและสร้างนวัตกรรมบริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์สำหรับผู้รับบริการชาวต่างชาติต่อไป



## นิยามศัพท์เฉพาะ

1. รูปแบบการจัดการศึกษาด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ หมายถึง รูปแบบจัดการระบบการศึกษา นอกระบบ (Non-Formal Education) ซึ่งเป็นรูปแบบการจัดการศึกษาที่สอดคล้องกับสภาพสังคมในปัจจุบันที่แนวโน้มการเข้ารับบริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และเพื่อแก้ปัญหาคาดแคลนอัตรากำลังพยาบาล ของประเทศไทย โดยรูปแบบการจัดการศึกษาด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ จะเป็นการช่วยเหลือการปฏิบัติงานของพยาบาล และพัฒนาศักยภาพการให้บริการลูกค้าชาวต่างชาติที่เข้ามารับการรักษาในประเทศไทย

2. การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) หมายถึง การที่ประชากรของประเทศใดประเทศหนึ่งเดินทางไปรับการรักษาสุขภาพ ในประเทศอื่นที่ไม่ใช่ประเทศตนเอง (Johnston, Crooks, Snyder & Kingsbury, 2010) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้หมายความถึงการเดินทางเข้ามารับการรักษาของผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย

3. แหล่งท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ หมายถึง สถานพยาบาลที่ชาวต่างชาติส่วนใหญ่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลไทย ส่วนใหญ่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนที่มีขนาด 100 เตียงขึ้นไป และผ่านการรับมาตรฐานสากล JCI มีทั้งหมด 23 แห่งข้อมูล ณ วันที่ 19 พฤษภาคม 2556 (สมพร, 2555; จารุวรรณ, 2556)

4. มาตรฐาน JCI หมายถึง มาตรฐานระดับสากลที่มอบให้กับโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินมาตรฐานการพยาบาลจาก Joint Commission International (JCI) ของประเทศสหรัฐอเมริกา

5. ผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ หมายถึง ผู้ให้บริการที่ช่วยเหลือพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการชาวต่างชาติที่เข้ามาการรักษาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนของประเทศไทย ซึ่งมีสมรรถนะในการให้บริการ 2 ส่วน คือ สมรรถนะตามวิชาชีพ เป็นสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับผู้ช่วยพยาบาล และสมรรถนะในด้านทั่วไปซึ่งเป็นสมรรถนะที่เพิ่มเติมจากสมรรถนะตามวิชาชีพแต่เป็นสมรรถนะที่มุ่งเน้นการให้บริการลูกค้าชาวต่างชาติที่นอกเหนือจากการบริการทางการแพทย์

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการจัดการศึกษา เพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และ สนับสนุนการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทย ผู้วิจัยดำเนินการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอนดังนี้

**ตอนที่ 1** ความสำคัญของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย

**ตอนที่ 2** การสร้างกรอบทฤษฎีในการวิจัย (Theoretical Framework) ประกอบด้วย

2.1 ทฤษฎีทางด้านเศรษฐศาสตร์

2.2 แนวคิดด้านการจัดการองค์กร

2.3 กรอบทฤษฎีในการวิจัย

**ตอนที่ 3** การสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework) ประกอบด้วย

3.1 แนวคิดการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์

3.2 ข้อตกลงยอมรับร่วมในเรื่องคุณสมบัติของนักวิชาชีพอาเซียน

3.3 แนวคิดเกี่ยวกับหน่วยสมรรถนะ

3.4 แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสำรวจและตัวแปรที่เกี่ยวข้อง

3.5 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมที่มีต่อรูปแบบการจัดการศึกษา

3.6 แนวคิดด้านการจัดการระบบการศึกษาตามสาขาอาชีพ

3.7 การกำหนดรูปแบบการจัดการศึกษา

3.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

3.9 มุมมองการศึกษาไทยในอนาคต

## ตอนที่ 1 ความสำคัญของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย

จากนโยบายของรัฐบาลในปัจจุบันให้ความสำคัญกับการเป็นศูนย์กลางด้านการบริการสุขภาพ (medical hub) มาช้านาน ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 (Saniotis, 2007) จนกระทั่งใน พ.ศ. 2551 รัฐบาลจึงได้ประกาศให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการแพทย์แห่งภูมิภาคเอเชีย (Thailand Board Investment, 2012) สามารถสร้างรายได้ให้กับประเทศเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริการทางการแพทย์ที่ให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าชาวต่างชาติเพิ่มขึ้น โดยมีการผสมผสานด้านการท่องเที่ยวเข้ากับการบริการหรือที่เรียกว่า “medical tourism” (Hopkins, Labonté, Runnels & Packer, 2010) ความหมายของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ หมายถึง การที่ประชากรของประเทศใด ประเทศหนึ่งเดินทางไปรับการรักษาสุขภาพในประเทศอื่นที่ไม่ใช่ประเทศตนเอง (Johnston, Crooks, Snyder & Kingsbury, 2010) โดยมีการสร้างรูปแบบการบริการของโรงพยาบาลเหมือนโรงแรม หรือการสร้างการบริการพิเศษสำหรับลูกค้าชาวต่างชาติ โดยมีการเชื่อมประสาน ระหว่าง การบริการทางการแพทย์และการท่องเที่ยว ซึ่งอยู่บนพื้นฐานวัฒนธรรมของคนไทย ดังจะเห็นได้จากการประชาสัมพันธ์รูปแบบการบริการของรัฐบาลเช่น “Amazing Thailand” ที่นำเสนอจุดเด่นการบริการ เช่น การนวดสปา การนำเสนอด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย เป็นต้น (Cohen, 2008) จากการสำรวจข้อมูลการเข้ารับบริการของชาวต่างชาติที่เข้ามารับการรักษาในประเทศไทย พบว่า จำนวนชาวต่างชาติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและสามารถสร้างรายได้เข้าประเทศเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (NaRanong & NaRanong, 2011) และประเทศไทยได้ขึ้นชื่อว่าเป็นประเทศที่ชาวต่างชาตินิยมเข้ามารับการรักษามากที่สุดในโลก รองลงคือ ประเทศอินเดีย หรือประมาณ 1 ใน 3 ของชาวต่างชาติที่มองหาการรักษานอกประเทศของตน (Al-Hinai, Al-Busaidi & Al-Busaidi, 2011; Ruggeri, Zális, Meurice, Hilton, Ly, Zupan, & Hinrichs, 2015 ) ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาการรักษาในประเทศไทยประมาณ 1 สัปดาห์ โดยคุณภาพของการรักษาดูจากภาวะแทรกซ้อนหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอินเดียและบาเรนพบว่า ประเทศบาเรนมีอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษามากที่สุด ร้อยละ 33.3% ตามมาด้วยประเทศอินเดีย 16.7% และประเทศไทย 15% ตามลำดับ (Al-Hinai, Al-Busaidi & Al-Busaidi, 2011)

สำหรับเป้าหมายโรงพยาบาลที่ชาวต่างชาติเข้ารับบริการส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเอกชนของประเทศไทย ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานเจซีไอ (Joint Committee International: JCI) ซึ่งมาตรฐานเจซีไอ เป็นมาตรฐานสากลที่ให้การรับรองคุณภาพมาตรฐานการบริการและการรักษาของโรงพยาบาลจากประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวนของโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน JCI ในประเทศแถบ

เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในพ.ศ. 2554 พบว่า ประเทศสิงคโปร์มีจำนวน 18 แห่ง ประเทศไทย 13 แห่ง (ในพ.ศ. 2556 มีจำนวน 23 แห่ง) และประเทศมาเลเซีย จำนวน 7 แห่ง

สำหรับประเทศไทยโรงพยาบาลที่เป็นเป้าหมายในการเข้ารับการรักษาของลูกค้าชาวต่างชาติ ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวของประเทศไทย (Noree, Hanefeld & Smith, 2016) ปัจจัยการพิจารณาการเข้ารับการรักษาในประเทศต่างๆ ประกอบด้วย สภาพเศรษฐกิจการเมือง สภาพภูมิอากาศและมาตรฐานการกำกับดูแล มาตรฐานวิชาชีพ การรับรองคุณภาพการบริการ การฝึกอบรมแพทย์และค่าใช้จ่าย (Smith & Forgiore, 2007) จากการสำรวจใน พ.ศ. 2549-2550 พบว่า กลุ่มลูกค้าส่วนใหญ่ มาจาก กลุ่มประเทศญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา เอเชียใต้ อังกฤษ ตะวันออกกลาง และกลุ่มประเทศอาเซียน (Pocock & Phua, 2011) ต่อมาจากการสำรวจ ในพ.ศ. 2553 พบว่าประเทศที่เข้ามารับบริการด้านการรักษาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำ 5 อันดับแรกในประเทศไทยคิดตามจำนวนคนไข้ที่เข้ามารับบริการจากมากไปหาน้อย 15 ประเทศแรก ได้แก่ ประเทศอหรับเอมิเรสต์ บังคลาเทศ สหรัฐอเมริกา ประเทศพม่า โอมาน กาตาร์ สหราชอาณาจักร ประเทศแอฟริกา (นอกเหนือจากแอฟริกาใต้) กัมพูชา ออสเตรเลีย คูเวต ญี่ปุ่น เยอรมนี และแคนาดา (Noree, Hanefeld & Smith, 2016) โดยมีจุดเด่นการบริการได้แก่ ศัลยกรรมความงามและการแปลงเพศ ซึ่งแตกต่างจากประเทศอื่น เช่น ประเทศสิงคโปร์ กลุ่มลูกค้าส่วนใหญ่มาจาก อินโดนีเซีย, มาเลเซีย และตะวันออกกลาง ที่มีจุดเด่นการบริการได้แก่ การผ่าตัดสมองและหัวใจ (Cardiac and Neuro Surgery) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อกระดูก (Joint Replacements) การปลูกถ่ายตับ (Liver Transplant) ส่วนประเทศมาเลเซีย ลูกค้าส่วนใหญ่มาจาก อินโดนีเซีย สิงคโปร์ ญี่ปุ่น อินเดีย และยุโรป มีจุดเด่นการบริการได้แก่ การผ่าตัดหัวใจ และการศัลยกรรมความงาม (Pocock & Phua, 2011) ต่อมาในพ.ศ. 2554-2559 พบว่าลักษณะการเข้ามารับบริการของกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติในประเทศไทยมีลักษณะเปลี่ยนไป เช่น เข้ามารับบริการด้วยเรื่องศัลยกรรมความงาม การบริการทางด้านทันตกรรม การรักษาภาวะมีบุตรยาก การผ่าตัดโรคหัวใจ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อกระดูกสะโพก การผ่าตัดกระเพาะอาหาร และการปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นต้น (Henson, Guy & Dotson, 2015; Hanefeld, Smith, Horsfall, & Lunt, 2014)

จากการศึกษาวิจัยของ เมอร์เซล่า และคณะ (Mrcela, et al., 2015) เกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มประชากรและปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Health Tourism) พบว่ากลุ่มประชากรผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีสัดส่วนมากที่สุดในการเข้ารับบริการด้านการรักษาเชิงสุขภาพ โดยกลุ่มนี้มักจะเป็นกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ และต้องการการกาย ารเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพมากที่สุด ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการด้านการรักษาเชิงสุขภาพในประเทศต่างๆ ได้แก่ ลักษณะทางธรรมชาติที่เอื้อต่อการพักผ่อน โดยเฉพาะการพักผ่อนในประเทศที่มีภูมิศาสตร์ติดทะเล และมีภูมิทัศน์ที่สวยงาม ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของสมาคมภา รท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ (Medical

Tourism Association, 2013) จากการสำรวจกลุ่มประชากรที่เข้ารับการรักษานอกประเทศทั่วโลกใน พ.ศ. 2556 พบว่า มีประชากรเกือบ 27% ที่ใช้บริการรักษานอกประเทศอยู่ในกลุ่มประเทศ สหรัฐอเมริกา ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงอายุระหว่าง 45-64 ปี มีอาชีพ เป็นแม่บ้าน มีรายได้ต่อปีอยู่ ระหว่าง 50,000-100,000 ดอลลาร์สหรัฐ และมักจะมีประกันสุขภาพในประเทศของตนไม่ ครอบคลุมสามารถเบิกได้ประมาณร้อยละ 50 ของค่ารักษาพยาบาล และสาเหตุที่ต้องเข้ารับการรักษานอกประเทศเนื่องจากการประหยัดค่าใช้จ่ายมากที่สุดโดยมีจำนวนสูงถึง ร้อยละ 80 ค่าใช้จ่ายในการรักษานอกประเทศรวมค่าเดินทางในแต่ละครั้งอยู่ระหว่าง 7,475-15,833 ดอลลาร์สหรัฐ ถือเป็นสัดส่วนที่น้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับรายรับที่ได้ในประเทศของตน

จากการสำรวจข้อมูลของโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ในประเทศไทย (Medical Tourism Association, 2009) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีการรับผู้ป่วยต่างชาติมากที่สุดพบว่า ผู้ป่วยชาวอเมริกันที่เข้ารับบริการมีการรับรู้ถึงคุณภาพในการเข้ารับบริการด้านการรักษาเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศของตน พบว่า ร้อยละ 62 รู้สึกว่าได้รับการบริการดีกว่า ร้อยละ 32 รู้สึกว่าได้รับการบริการที่เท่ากัน และมีเพียงร้อยละ 6 เท่านั้นที่รู้สึกว่าได้รับการบริการแย่กว่าในประเทศของตน กลุ่มผู้ป่วยชาวต่างชาติเข้ารับบริการด้านการตรวจรักษาทางด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อมากที่สุดเป็นสัดส่วนถึง ร้อยละ 59 (Medical Tourism Association, 2009) สาเหตุหนึ่งเนื่องมาจากค่ารักษาพยาบาลที่ถูกมาก เมื่อเปรียบเทียบกับในประเทศของตน ยกตัวอย่างเช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดเปลี่ยนกระดูกเชิงกราน 39,000 ดอลลาร์ แต่ถ้ามาผ่าตัดในประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายเพียง 3,000 ดอลลาร์เท่านั้น และจากการรายงานข้อมูลเศรษฐกิจกลาง ปีที่ตีพิมพ์ในหนังสือบางกอกโพสต์ ในพ.ศ. 2547 ได้รายงานว่ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพในประเทศไทย ถูกกว่าในสิงคโปร์ถึงร้อยละ 50 ถูกกว่าในฮ่องกง 3 เท่า และถูกกว่าในประเทศแถบยุโรปและอเมริกา 5-10 เท่า (Kotler, 2013) จาก

ข้อมูลการจัดอันดับแหล่งท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ 10 อันดับแรกของโลกของสถาบันเครือข่าย พันธมิตรการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Travel Quality Alliance, 2013) ในยุโรปพบว่า โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ และโรงพยาบาลกรุงเทพในประเทศไทยติดอยู่ในอันดับ 6 และ 8 ของโลก ตามลำดับ ดังนั้นการเจริญเติบโตของของอุตสาหกรรมด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย ส่งผลต่อการพัฒนาความสามารถของผู้ให้บริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นชาวต่างชาติ (Saniotis, 2007) ผู้วิจัยจึงมองเห็นโอกาสในการพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการชาวต่างชาติให้มีสมรรถนะ (Competency) เพิ่มขึ้น ตามแนวความคิดฝึกฝนบุคคลตามสมรรถนะ ของสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้มีการกำหนด สมรรถนะของผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยว (Tourism Professionals) ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ความสามารถเชิงสมรรถนะตามสายอาชีพ และ ความสามารถเชิงสมรรถนะในด้านทั่วไป (Association of Southeast

Asian nations, 2012) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการเปรียบเทียบความจำเป็นด้านสมรรถนะของผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ทั้ง 2 องค์กรประกอบ และอาศัยแนวคิดทฤษฎีทางด้านเศรษฐศาสตร์ ประกอบด้วยทฤษฎีเศรษฐศาสตร์มหภาค ที่อธิบายถึงอุตสาหกรรมบริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่มีความต้องการหรือที่เรียกว่าอุปสงค์เพิ่มมากขึ้น ๆ สำหรับประเทศไทยในปัจจุบัน และทฤษฎีจุลภาคที่อธิบายถึงสภาวะความต้องการแรงงานด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่เป็นที่ต้องการของผู้ประกอบการโรงพยาบาล ซึ่งในการพัฒนาศักยภาพการบริการดังกล่าว เรียกว่าการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรให้มีขีดความสามารถเพิ่มขึ้น โดยในการวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นที่การพัฒนาหลักสูตร ผู้ช่วยพยาบาลในการให้บริการชาวต่างชาติ ซึ่งเป็นการพัฒนาสมรรถนะที่เพิ่มขึ้นจากอาชีพผู้ช่วยพยาบาลในปัจจุบัน และเรียกสาขาอาชีพนี้ว่า “ผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์”

## ตอนที่ 2 การสร้างกรอบทฤษฎีในการวิจัย (Theoretical Framework)

### 2.1 แนวคิดทางด้านเศรษฐศาสตร์

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดทฤษฎีทางด้านเศรษฐศาสตร์ในการบริหารจัดการและประเมินความต้องการแรงงานทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ แนวคิดทางด้านเศรษฐศาสตร์ประกอบด้วยเศรษฐศาสตร์จุลภาค (Microeconomic) และเศรษฐศาสตร์มหภาค (Macroeconomic) โดยเศรษฐศาสตร์จุลภาคเป็นการพิจารณาถึงสภาวะทางเศรษฐกิจในระดับหน่วยย่อย (Individual unit) โดยมุ่งเน้นที่จะศึกษาในอุตสาหกรรมใดอุตสาหกรรมหนึ่งโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้อกับพฤติกรรม การตัดสินใจเลือก (Choice) ของหน่วยเศรษฐกิจ (Economic Unit) ส่วนเศรษฐศาสตร์มหภาค เป็นการพิจารณาถึงสภาวะทางเศรษฐกิจในระดับส่วนรวม เช่น สภาวะการจ้างแรงงาน การผลิตของประเทศ รายได้รวมของประเทศ เป็นต้น ในการศึกษาด้านต่าง ๆ จะมีการนำผลการศึกษาวิเคราะห์ทางด้านเศรษฐศาสตร์จุลภาคมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาทางด้านมหภาคด้วยเช่นกัน เนื่องมาจากมุมมองที่ว่าสภาวะทางเศรษฐกิจในระดับหน่วยย่อยย่อมมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจในระดับส่วนรวมหรือในระดับประเทศ (Economic System) ซึ่งในการบริหารจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์ สาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ จำเป็นต้องตอบโจทย์พื้นฐานทางเศรษฐศาสตร์ที่สำคัญ 3 ด้าน (Frankel, Stein & Wei, 1997) ได้แก่

1) การผลิตสินค้าและบริการ (What to Produce) ในการวิเคราะห์การผลิตบุคลากรสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ พบว่าสาขาอาชีพผู้ให้บริการท่องเที่ยวเป็นสาขาอาชีพที่กำลังขาดแคลนและศักยภาพในการผลิตบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง มีความพร้อมในการ

ผลิตเพียง 54.55% (สุบิน, เชียง, สุรเดช และไพบูลย์, 2554) โดยรูปแบบผลิตภัณฑ์ทางการท่องเที่ยวทางด้านสุขภาพในประเทศไทย มี 3 รูปแบบ คือ (Turner, 2007)

1.1 ผลิตภัณฑ์ด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ได้แก่ การเข้ามารับบริการทางการแพทย์ของลูกค้านักท่องเที่ยวต่างชาติ เช่น การเข้ามารับการรักษาพยาบาลด้วยโรคต่างๆ การมาตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

1.2 ผลิตภัณฑ์ด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ได้แก่ การมาใช้บริการด้านการบำรุงสุขภาพต่างๆ เช่น การทำสปา (Spa) การนวด (Massage) เป็นต้น

1.3 ผลิตภัณฑ์เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น เครื่องสำอาง อาหาร ยาบำรุงต่างๆ เป็นต้น

ดังนั้นการผลิตบุคลากรสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ซึ่งเป็นพัฒนาสมรรถนะที่เพิ่มขึ้นของสาขาอาชีพผู้ช่วยพยาบาลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เมื่อมีการวิเคราะห์จากความต้องการพยาบาลวิชาชีพมีความขาดแคลนอย่างมาก และประเทศไทยไม่สามารถผลิตได้เพียงพอกับความต้องการเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 10 ปี นับตั้งแต่พ.ศ. 2553 - 2563 (Amornvivat, et al., 2012) จนผู้ประกอบการโรงพยาบาลหลายแห่งต้องใช้แรงงานของผู้ช่วยพยาบาลทดแทนพยาบาล ประกอบกับประเทศไทยมีนโยบายเป็น ศูนย์กลางบริการทางการแพทย์แห่งภูมิภาคเอเชีย ตั้งแต่ปี 2547 ทำให้ลูกค้านักท่องเที่ยวเข้ามารับบริการในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Arunanondchai & Fink, 2006) ถ้าผู้ประกอบการสถานพยาบาลไทยไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อขาดแคลนแรงงานทางด้านสุขภาพและศักยภาพการให้บริการลูกค้านักท่องเที่ยวต่างชาติที่ลดลง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องผลิตบุคลากรที่มีศักยภาพเพื่อให้บริการลูกค้านักท่องเที่ยวเข้ามารับการรักษาในประเทศไทย

2) **ผลิตอย่างไร (How to Produce)** ในการผลิตบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการให้บริการลูกค้านักท่องเที่ยวต่างชาติ จำเป็นต้องคำนึงถึงการจัดการระบบการศึกษาที่มีขึ้นในประเทศไทย โดยพบว่าระบบการศึกษาในประเทศไทย มี 3 รูปแบบ ได้แก่ (กระทรวงศึกษาธิการ, 2545)

2.1 การศึกษาในระบบ (Formal Education) เป็นการจัดการหลักสูตรการศึกษามีการกำหนดจุดมุ่งหมายที่แน่นอน มีการกำหนดวิธีการศึกษา โครงสร้างเนื้อหาหลักสูตร ระยะเวลา การศึกษาและมีระเบียบวิธีการวัดและการประเมินผล ซึ่งถือเป็นเงื่อนไขในการสำเร็จการศึกษาที่ชัดเจน

2.2 การศึกษานอกระบบ (Non-Formal Education) เป็นการจัดการหลักสูตรที่มีความยืดหยุ่น โดยเนื้อหาของหลักสูตรอาจจะสอดคล้องกับความต้องการของสภาพสังคมในปัจจุบัน เพื่อแก้ปัญหาในสังคม หรืออาจเกิดขึ้นจากความต้องการของบุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง โดยการจัดการหลักสูตรจะมีความยืดหยุ่น ในด้านของกำหนดวิธีการศึกษา โครงสร้างเนื้อหา หลักสูตร ระยะเวลา การศึกษา และมีระเบียบวิธีการวัดและการประเมินผลซึ่งถือเป็นเงื่อนไขในการสำเร็จการศึกษา

2.3 การศึกษาตามอัธยาศัย (Informal Education) เป็นการศึกษาที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้เข้าเรียนสามารถเลือกเรียนได้ตามความสนใจ หรือตามศักยภาพในด้านความพร้อมและโอกาส ซึ่งอาจจะมีการเข้าเรียนในระบบ หรือนอกระบบได้ และรายวิชาที่มีการเรียนสามารถเทียบโอนกันได้ ระหว่างการศึกษาในระบบและการศึกษานอกระบบ

ในการศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ผู้วิจัยมีแนวคิดในการจัดการรูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษา นอกระบบ เพื่อแก้ไขปัญหาด้านบริการการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เนื่องจากรูปแบบของการจัดการศึกษานอกระบบ มีจุดมุ่งหมายที่จะให้ผู้เรียนได้รับความรู้ทางด้านทักษะ การประกอบอาชีพ การจัดการศึกษามีความยืดหยุ่นในการ กำหนดจุดมุ่งหมาย รูปแบบ วิธีการจัดการศึกษา ระยะเวลาของการศึกษา การวัดผลและประเมินผล เงื่อนไขการสำเร็จการศึกษา โดยเนื้อหาและหลักสูตร จะต้องมีความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้เรียนแต่ละคน (สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงศึกษาธิการ, 2553)

3) ผลิตเพื่อใคร ในการผลิตบุคลากรสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เป็นการผลิตเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ประกอบการโรงพยาบาลเอกชน ที่มีการรับลูกค้าชาวต่างชาติไว้รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยชาวต่างชาติส่วนใหญ่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนที่มีขนาด 100 เตียงขึ้นไป และเป็นโรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐานการพยาบาลในระดับสากล JCI (Joint Committee International) มีอยู่ทั้งหมดจำนวน 23 แห่ง ในประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 19 พฤษภาคม 2556 (สมพร, 2555; จารุวรรณ, 2556) ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวซึ่งเป็นที่นิยมของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ ประกอบด้วย 7 จังหวัดที่สำคัญ ได้แก่ กรุงเทพฯ ภูเก็ต ชลบุรี กระบี่ สุราษฎร์ธานี อยุธยา และเชียงใหม่ สำหรับโรงพยาบาลเอกชนที่มีการรองรับนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติในแต่ละจังหวัดได้แก่

- 1) ในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั้งหมด 15 แห่ง ได้แก่
  - 1.1 โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
  - 1.2 โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท
  - 1.3 โรงพยาบาลกรุงเทพ
  - 1.4 โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์
  - 1.5 โรงพยาบาลเซ็นทรัลเอนเนอร์ล
  - 1.6 โรงพยาบาลเวชธานี
  - 1.7 โรงพยาบาลสินแพทย์
  - 1.8 โรงพยาบาลรามคำแหง

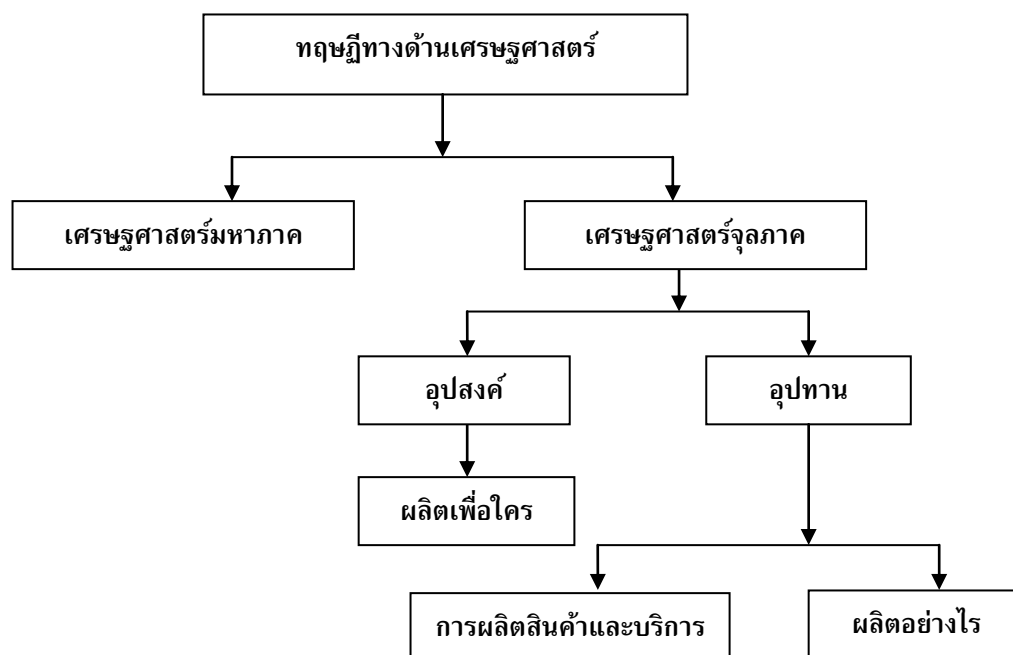


- 1.9 โรงพยาบาลพระรามเก้า
- 1.10 โรงพยาบาลยันฮี
- 1.11 โรงพยาบาลเจ้าพระยา
- 1.12 โรงพยาบาลศิริรินทร์ กรุงเทพ
- 1.13 โรงพยาบาลวิภาวดี
- 1.14 โรงพยาบาลนนทเวช
- 1.15 โรงพยาบาลบีเอ็นเอส
- 2) จังหวัดภูเก็ต ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั้งหมด 1 แห่ง
  - 2.1 โรงพยาบาลภูเก็ต อินเตอร์เนชั่นแนล
- 3) จังหวัดชลบุรี ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั้งหมด 3 แห่ง
  - 3.1 โรงพยาบาลกรุงเทพ พัทยา
  - 3.2 โรงพยาบาลกรุงเทพ หัวหิน
  - 3.2 โรงพยาบาลสมิตติเวช ศรีราชา
- 4) จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั้งหมด 1 แห่ง
  - 4.1 โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม
- 5) จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั้งหมด 1 แห่ง
  - 5.1 โรงพยาบาลกรุงเทพสมุย
- 6) จังหวัดอื่น ๆ ได้แก่ ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั้งหมด 2 แห่ง
  - 6.1 โรงพยาบาลพิษณุเวช จังหวัดพิษณุโลก
  - 6.2 โรงพยาบาลศิริรินทร์หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นการผลิตบุคลากรสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เพื่อทำงานในโรงพยาบาลทั้ง 23 แห่งที่กล่าวถึงข้างต้น นอกจากนี้ในการผลิตจำเป็นต้องคำนึงถึงความต้องการหรือที่เรียกว่า “อุปสงค์” (Demand) ซึ่งเปรียบเสมือนความต้องการของผู้ประกอบการสถานพยาบาลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ส่วนปริมาณการผลิตหรือบุคลากรที่สถานศึกษานอกกระบวนการผลิต เรียกว่า “อุปทาน” (Supply) ในกรณีที่ปริมาณการผลิตเท่ากับความต้องการเรียกว่า จุดดุลยภาพ (Equilibrium) ซึ่งเป็นจุดที่ไม่มีแรงงานส่วนเกิน อัตราการผลิตเท่ากับปริมาณที่ต้องการ

การศึกษานี้ได้อาศัยแนวคิดทฤษฎีทางด้านเศรษฐศาสตร์ ประกอบด้วยทฤษฎีเศรษฐศาสตร์มหภาค ที่อธิบายถึงอุตสาหกรรมบริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่มีความต้องการหรือที่เรียกว่าอุปสงค์สำหรับประเทศไทยในปัจจุบัน และทฤษฎี จุลภาคที่อธิบายถึงสภาวะความต้องการแรงงานด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่เป็นที่ต้องการของ

ผู้ประกอบการโรงพยาบาล ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการผลิตหรือพัฒนาศักยภาพเพื่อรองรับความต้องการของลูกค้าชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการในประเทศไทย โดยผ่านกระบวนการที่เรียกว่าการจัดการองค์กร และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรให้มีขีดความสามารถเพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถสรุปกรอบทฤษฎีทางด้านเศรษฐศาสตร์ ได้ดัง 2.1



ภาพ 2.1 กรอบทฤษฎีทางด้านเศรษฐศาสตร์

## 2.2 แนวคิดด้านการจัดการองค์กร

ในการศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการจัดการศึกษาและพัฒนาสมรรถนะสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ จำเป็นต้องอาศัยแนวคิดด้านการจัดการองค์กรมาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยร่วมด้วย เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับการกำหนดมาตรฐานการทำงานและการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ภายใต้สภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลง แนวคิดด้านการจัดการองค์กร ประกอบด้วยทฤษฎีที่สำคัญ ได้แก่

## 1. ทฤษฎีองค์กรแบบดั้งเดิม (Classical Theory of Organization)

เริ่มต้นในปลายศตวรรษที่ 19 อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมที่มีแนวโน้มไปสู่สังคมอุตสาหกรรม ลักษณะของโครงสร้างองค์กร มีการกำหนดกฎเกณฑ์และเวลาอย่างมีระเบียบแบบแผน มุ่งเน้นผลผลิตให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีการกำหนดกรอบและโครงสร้างไว้อย่างแน่นอน ปรากฏจากความยืดหยุ่น (Laegaard & Bindselev, 2006) นักคิดที่มีบทบาทสำคัญในช่วงนี้ ได้แก่

1. เฟรดเดอริก ดับเบิลยู เทย์เลอร์ (Frederick W. Taylor) เกิดในค.ศ. 1856 เป็นวิศวกร ซึ่งได้รับการยอมรับในฐานะ บิดาแห่งการจัดการเชิงวิทยาศาสตร์ (the father of scientific management) แนวคิดการจัดการแบบวิทยาศาสตร์มี 4 ข้อที่สำคัญ คือ (Kai-Ping, Jane, Sheng Chung & Mei-Ju, 2013)

1) การวางมาตรฐานในการทำงาน โดยมีการกำหนดมาตรฐานของวิธีการทำงาน เน้นเรื่อง “วิธีการทำงานที่ดีที่สุด” (One Best Way)

2) การคัดเลือกคนตามหลักวิทยาศาสตร์เพื่อให้ได้คนที่เหมาะสมกับงาน หลังจากเลือกคนเข้าทำงานแล้ว ต้องมีการพัฒนาความรู้ ทักษะความสามารถ ให้กับพนักงานที่รับเข้ามา

3) การสร้างความร่วมมือในการทำงานอย่างสมานฉันท์ เพื่อให้แน่ใจว่าพนักงานใช้กำลังความสามารถและใช้แนวทางการทำงานที่เหมาะสม

4) การแบ่งหน้าที่และมอบหมายงานให้มีความเหมาะสม ไม่นักเกินไป (proper's day work)

2. เฮนรี ฟายอล (Henry Fayol) เกิดในปีค.ศ. 1916 เป็นวิศวกรชาวอเมริกัน เป็นผู้ที่ได้เสนอหลักการบริหารที่เป็นสากล ชื่อว่า Henri Fayol's Universal Management Process ได้เสนอหลักการบริหาร 14 ข้อ (Fayol's 14 Universal Management Process) (Lazaridi, 2012) ดังนี้

1) การแบ่งงานกันทำ (Division of Labor)

2) อำนาจสิทธิหน้าที่ (Authority)

3) ระเบียบวินัย (Discipline)

4) การบังคับบัญชาเป็นหนึ่งเดียว (Unity of Command)

5) มีเป้าหมายเดียวกัน (Unity of Direction)

6) ทุกคนในองค์กรมีผลประโยชน์ร่วมกัน (Subordination of Individual Interest to General Interest)

7) การจ่ายค่าตอบแทน (Remuneration)

- 8) การรวบรวมศูนย์อำนาจ (Centralization)
- 9) สายโซ่การบังคับบัญชา (Calar Chain)
- 10) การทำตามคำสั่ง (Order)
- 11) ความเท่าเทียมกัน (Equity)
- 12) ความมั่นคงในหน้าที่การงาน (Stability and Tenure of Staff)
- 13) การคิดริเริ่ม (Initiative)
- 14) ความเสียสละ

3. แมกซ์ เวเบอร์ (Max Weber) เกิดเมื่อวันที่ 21 เมษายน ค.ศ. 1864 เป็นนักเศรษฐศาสตร์การเมือง และนักสังคมวิทยาชาวเยอรมัน ในปี ค.ศ. 1920 เขาได้สร้างความคิดองค์กรที่เป็นอุดมคติที่เรียกว่า บิวระแครติก (Bureaucratic) หรือหมายความว่า รูปแบบขององค์กรที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งองค์กรตามรูปแบบดังกล่าวต้องมีคุณลักษณะ ดังต่อไปนี้ (สาโรจน์, ม.ป.ป.)

- 1) มีการกำหนดอำนาจสิทธิไว้อย่างชัดเจน
- 2) มีการระบบการแบ่งงานกันทำ
- 3) มีกฎระเบียบที่ครอบคลุมสิทธิและหน้าที่ของตำแหน่งต่าง ๆ
- 4) กำหนดระเบียบวิธีปฏิบัติสำหรับการบริหารในสถานการณ์ต่าง ๆ
- 5) กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ไม่มีอคติ
- 6) การคัดเลือกบุคคลเข้าทำงานขึ้นอยู่กับความสามารถด้านการปฏิบัติงาน

## 2. ทฤษฎีองค์กรสมัยใหม่ (Neo-Classical Theory of Organization)

ทฤษฎีองค์กรสมัยใหม่ พัฒนามาจากทฤษฎีองค์กรแบบดั้งเดิมเกิดขึ้นในช่วงค.ศ. 1910 และ 1920 โดยมองว่า ทฤษฎีการจัดการแบบวิทยาศาสตร์ เน้นการวางแผนและการสร้างระบบควบคุมการปฏิบัติการ (สมพร, 2547) ในขณะที่ทฤษฎีองค์กรสมัยใหม่ให้ความสำคัญกับคุณค่าของมนุษย์คำนึงถึงความต้องการ (needs) และพฤติกรรมที่แสดงออกของคนในองค์กร โดยทฤษฎีนี้มีพื้นฐานมาจากการทดลองของนักสังคมวิทยา เอลตัน เมโย (Elton Mayo) ที่ทำการศึกษาในโรงงานอุตสาหกรรมชื่อ Hawthorne ในเมือง Cicero ในประเทศสหรัฐอเมริกาใน ค.ศ. 1924-1932 ซึ่งผลการศึกษาค้นพบว่าปัจจัยทางสังคมและจิตวิทยาจะส่งผลต่อประสิทธิผลของการทำงาน (Sundstrom, McIntyre, Halfhill & Richards, 2000)

## 3. ทฤษฎีองค์กรสมัยปัจจุบัน (Modern Theory of Organization)

ได้รับการพัฒนาต่อเนื่องมาจากทฤษฎีองค์กรสมัยดั้งเดิมและสมัยใหม่ โดยมีแนวคิดว่าการศึกษาระบบที่ดีที่สุดควรเป็นการศึกษาทั้งระบบ (System Analysis) ซึ่งทฤษฎีที่มีบทบาทสำคัญในยุคนี้ ทฤษฎีระบบ (System Theory) เกิดขึ้นใน ค.ศ. 1920 โดย ลุดวิก วอน เบอรัท แลนฟีฟี่ (Ludwig von Bertalanffy) ซึ่งเป็นนักชีววิทยา ชาวออสเตรีย มองว่าองค์กรจะต้อง

ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และให้ความหมายของระบบ หมายถึง องค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กันและขึ้นต่อกัน โดยส่วนประกอบต่าง ๆ ร่วมกันทำงานอย่างผสมผสานกัน เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ (อภิสิทธิ์, 2551) ลักษณะขององค์กรดังกล่าวต้องมีการปรับตัว (Adaptive) ตลอดเวลา เพราะตัวแปรและปัจจัยต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลง (Dynamic) อยู่เสมอ โดยเฉพาะในปัจจุบันโลกมีความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีอย่างมาก ลักษณะของระบบสามารถแบ่งได้ออกเป็น 2 ประเภท คือ ระบบปิด และระบบเปิด ซึ่งมีลักษณะ ดังนี้ (สมศักดิ์, 2545)

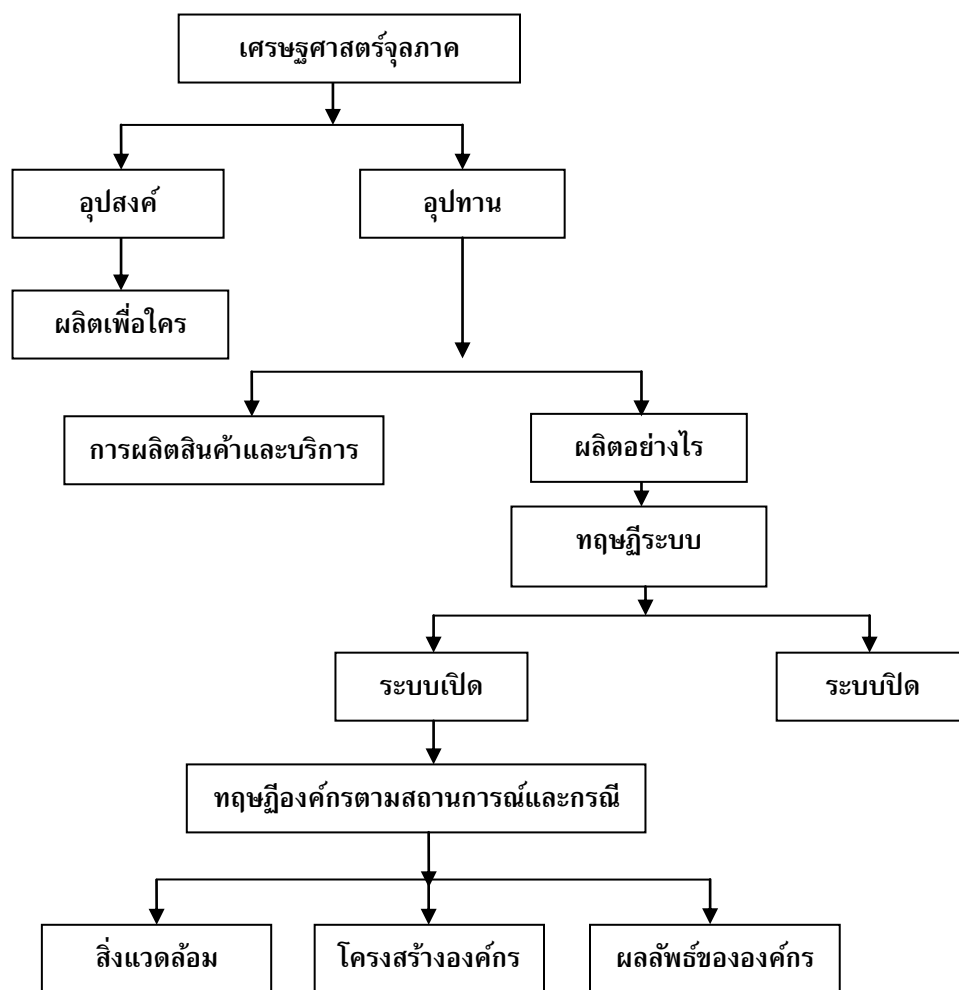
1.) ระบบปิด หมายถึง เป็นระบบที่มีการพิจารณาเฉพาะผลกระทบที่เกิดขึ้นภายในองค์กรเท่านั้น และนำไปสู่การจัดการภายในองค์กร

2.) ระบบเปิด หมายถึง ระบบที่มีการพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นภายนอกองค์กรควบคู่กับผลกระทบที่เกิดขึ้นในองค์กร ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการองค์กรที่มีความสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อม

แนวคิดของระบบเปิดมีความสอดคล้องกับ ทฤษฎีองค์กรตามสถานการณ์และกรณี (Contingency Theory) ซึ่งเริ่มมีบทบาทในปลาย ค.ศ. 1960 โดยมีหลักคิดที่สำคัญ คือ องค์กรที่เหมาะสมที่สุด ได้แก่ องค์กรที่มีโครงสร้างและรูปแบบที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของสังคมนั้น ๆ ซึ่งรวมถึง ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม และความต้องการของสมาชิกในสังคมนั้น ๆ เช่น ทฤษฎีโครงสร้างตามสถานการณ์ของมอร์แกน (Morgan's Structural Contingency Theory) ซึ่งได้มีการพัฒนาขึ้นใน ค.ศ. 1997 โดยมองว่าองค์กรเปรียบเสมือนกับอวัยวะที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อเอาตัวรอดท่ามกลางสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลง การทำงานของสมองเปรียบเสมือนการจัดการองค์กร (Organization as Brain) ให้สามารถรับมือกับสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ (Morgan, 1998) นอกจากนี้ทฤษฎีระบบจะถูกนำมาใช้ในด้านการจัดการองค์กรแล้ว ยังถูกนำมาใช้ในด้านบริการด้วยซึ่งเรียกว่า “A Service System” ซึ่งระบบบริการดังกล่าวจะนำไปสู่ความร่วมมือระหว่างองค์กรเพื่อให้การบริการกับลูกค้า ซึ่งจะช่วยในการกระจายสินค้าและเข้าถึงลูกค้าได้มากขึ้น จะประกอบด้วยส่วนประกอบหลัก ๆ 2 ส่วน คือ โครงสร้างของระบบบริการที่คงที่หรือไม่มีการเปลี่ยนแปลง (static structure domain) และโครงสร้างของระบบบริการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Dynamic Mechanism Domain) (Mo, Xu, & Wang, 2007)

ในการวิเคราะห์รูปแบบการจัด การศึกษาด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิง การแพทย์ได้นำ แนวคิดของ ทฤษฎีองค์กรตามสถานการณ์และกรณี (Structural Contingency Theory) มาเป็นแนวทางในการดำเนินการเพื่อนำไปสู่การหาคำตอบว่าปัจจัยใดที่มีผลต่อรูปแบบการจัดการศึกษาและการบริหารทรัพยากรมนุษย์ในองค์กร ซึ่งหลักสำคัญของทฤษฎีคือความสอดคล้องระหว่างโครงสร้างองค์กรกับสิ่งแวดล้อมภายนอก และนำไปสู่ผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการศึกษา ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรที่สำคัญ 3 ส่วนคือ สิ่งแวดล้อม (Environment) โครงสร้างองค์กร

(Organizational Structure) และผลลัพธ์ขององค์กร (Organizational Structure) (Kathan, 2008) ซึ่งสามารถสรุปกรอบทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการองค์กร ที่มีความเชื่อมโยงกับกรอบทฤษฎีทางด้านเศรษฐศาสตร์ และนำไปสู่ระบบการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งมีลักษณะเป็นระบบเปิด เนื่องจากเป็นระบบที่มีการพิจารณาถึงผลกระทบทางด้านเศรษฐศาสตร์ที่ส่งผลถึงระบบบริการ และนำไปสู่การบริหารจัดการบุคลากรในองค์กรที่ให้บริการ สามารถสรุปกรอบทฤษฎีในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดังแผนภาพ 2.2



ภาพ 2.2 กรอบทฤษฎีในการวิจัย

## ตอนที่ 3 การสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย

### 3.1 แนวคิดการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์

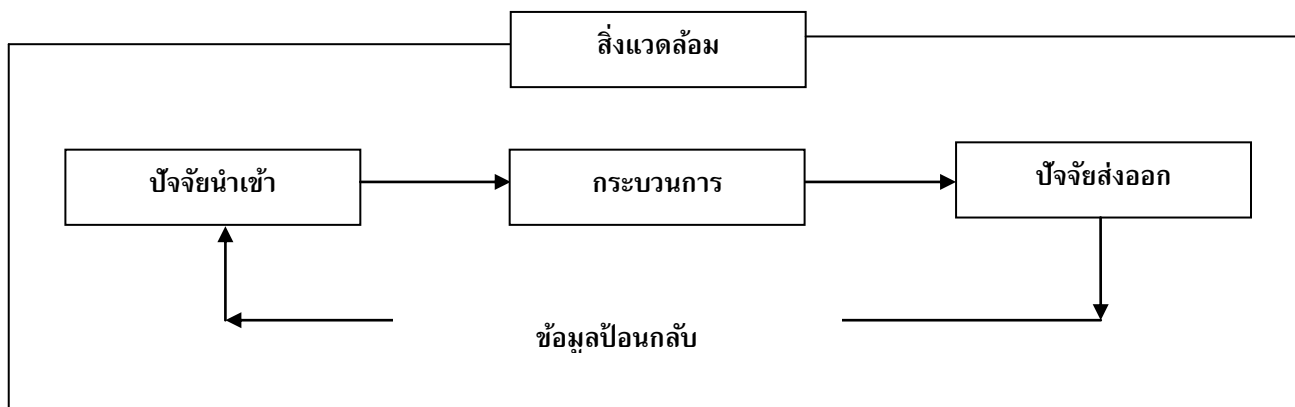
การสร้างความสำเร็จได้เปรียบในการแข่งขันทางด้านธุรกิจ มาจากความสามารถในการสร้างสมรรถนะให้กับองค์กร (Luo, Slotegraaf & Pan, 2006) เรียกว่า การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Sun, 2007) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนที่สำคัญ คือ การพัฒนาบุคคล (Individual Development) การพัฒนาวิชาชีพ (Career Development) และการพัฒนาองค์กร (Organization Development) (Baruch, 2004) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เน้นการศึกษาเพื่อพัฒนาวิชาชีพ เป็นการพัฒนาทักษะสำหรับการปฏิบัติงานในอนาคตเพื่อการวางแผนเส้นทางอาชีพของบุคคล (Baruch, 2006) ซึ่งสาเหตุสำคัญที่ต้องมีการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ได้แก่ (พรชัย, 2556)

1. เป็นนโยบายขององค์กร
2. มีการปรับเปลี่ยนระบบงานหรือวิธีการทำงาน
3. เพื่อรองรับการขยายงานหรือสร้างงานใหม่
4. เพื่อลดค่าใช้จ่ายจากการสูญเสียที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน
5. เพื่อการแข่งขันกับคู่แข่งทางด้านธุรกิจ
6. เพื่อลดปัญหาที่เกิดขึ้น
7. เพื่อเตรียมบุคลากรให้พร้อมที่จะปฏิบัติงานในตำแหน่งต่าง ๆ ในอนาคต

การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์มีลักษณะเป็นระบบ ซึ่งประกอบด้วยส่วนที่สำคัญ 3 ส่วนคือ (Swanson, 1995)

1. ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้ ทักษะ บุคลิกภาพ เป็นต้น
2. กระบวนการ ได้แก่ การศึกษา การฝึกอบรม เป็นต้น
3. ผลลัพธ์ ได้แก่ การพัฒนาทางด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ

รูปแบบที่แสดงมีความสอดคล้องกับทฤษฎีระบบ ของ ลูตวิก วอน เบอ์ทา แลนฟีฟี่ ที่กล่าวว่าระบบจะประกอบด้วยส่วนต่างๆที่สำคัญ 5 ส่วน คือ ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ปัจจัยส่งออก(Output) ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) และสภาพแวดล้อม(Environment) (อภิสิทธิ์, 2551) สามารถแสดงได้ภาพ 2.3



ภาพ 2.3 แนวคิดทฤษฎีระบบ

ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสามารถกำหนดรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ในสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ตามแนวทางของทฤษฎีระบบ ได้ดังนี้

1. **ปัจจัยนำเข้า** ประกอบด้วย ข้อกำหนดสมรรถนะทางด้าน ทักษะ ความรู้และทัศนคติ ซึ่งเรียกรวมกันว่า หน่วยสมรรถนะ (Unit of Competency) สามารถแบ่งได้เป็น ความสามารถเชิงสมรรถนะตามสายอาชีพ (Functional Competency) ในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการกำหนดความรู้ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล และความสามารถเชิงสมรรถนะในด้านทั่วไป (Generic Competency) ได้มาจากทักษะที่จำเป็นในการให้บริการชาวต่างชาตินอกเหนือจากสมรรถนะตามสายอาชีพ หลังจากนั้นจึงนำมากำหนดเป็นโครงสร้างมาตรฐานของสมรรถนะตามสาขาอาชีพที่กำหนดขึ้น (Structure of the Competency Standards) (Association of Southeast Asian nations, 2012)

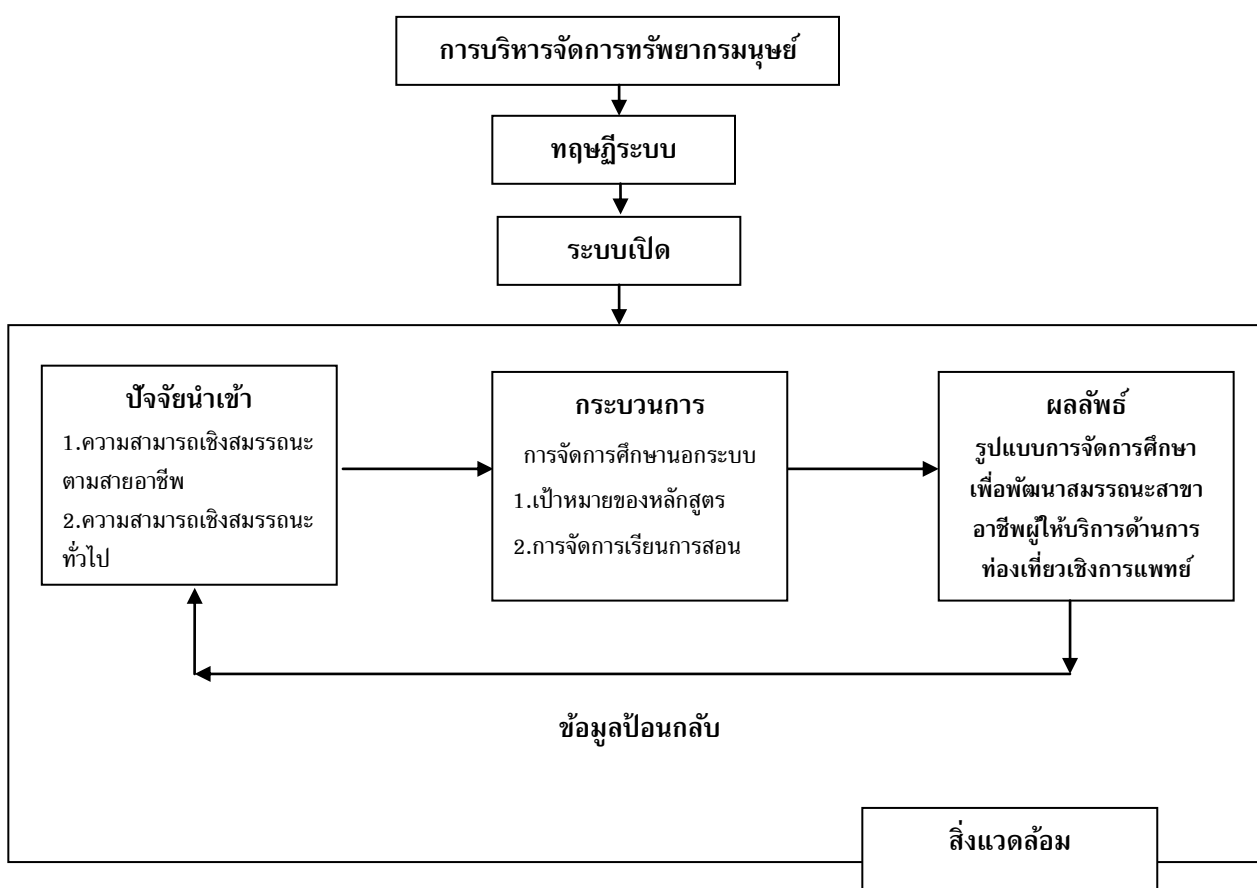
2. **กระบวนการ** เป็นลักษณะของการจัดการศึกษานอกระบบ โดยรูปแบบการจัดการศึกษาประกอบด้วยส่วนที่สำคัญ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายของหลักสูตร และกระบวนการจัดการเรียนการสอน (สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ, 2551) ได้มาจากการศึกษาลักษณะการบริการของลูกค้าชาวต่างชาติที่เข้ามารับบริการทาง การแพทย์ในประเทศไทย การวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งในด้านการบริการ ศึกษาปัจจัยแวดล้อม ที่มีผลต่อรูปแบบการจัดการศึกษา ดังจะกล่าวรายละเอียดในหัวข้อต่อไป

3. **ผลลัพธ์** สำหรับผลลัพธ์ในการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ ต้องสามารถตอบวัตถุประสงค์ของการดำเนินการ ได้แก่ ผลสรุปด้าน ข้อกำหนดความสามารถเชิง สมรรถนะตามสายอาชีพ และข้อ กำหนด ความสามารถเชิง สมรรถนะ ในด้านทั่วไป สาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ซึ่งความสามารถเชิงสมรรถนะทั้ง 2 ส่วน ถือเป็นส่วนกำหนดโครงสร้าง



มาตรฐานของสมรรถนะผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และนำไปสู่รูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

จากศึกษาแนวคิดการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ สามารถสรุปความเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และแนวคิดการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ เป็นกรอบการวิจัย (Research Flow Chart) ดังภาพ 2.4



ภาพ 2.4 กรอบการวิจัย (Research Flow Chart)

ดังนั้นในการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม ผู้วิจัยมุ่งเน้นที่การศึกษาตัวชี้วัดที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ตัวชี้วัดความสามารถเชิงสมรรถนะตามสายอาชีพ และตัวชี้วัดในด้านทั่วไป ซึ่งมีผลต่อการกำหนดรูปแบบการจัดการศึกษาสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ตามกรอบการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย ข้อตกลงยอมรับร่วมในเรื่องคุณสมบัติของนักวิชาชีพอาเซียน แนวคิดด้านสมรรถนะ การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมที่มีต่อรูปแบบการจัดการศึกษาและการ

พัฒนาสมรรถนะสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ แนวคิดด้านการจัดการระบบ การศึกษาตามสาขาอาชีพ มุมมองการศึกษาไทยในอนาคต และรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อเตรียม ความพร้อมด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ดังจะได้กล่าวถึงต่อไป

### 3.2 ข้อตกลงยอมรับร่วมในเรื่องคุณสมบัติของนักวิชาชีพอาเซียน

ในการกำหนดข้อตกลงร่วมในเรื่องคุณสมบัติของนักวิชาชีพอาเซียน (Mutual Recognition Arrangements: MRAs) มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดคุณสมบัติเบื้องต้นเพื่ออำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายนักวิชาชีพหรือแรงงานเชี่ยวชาญในประเทศสมาชิกอาเซียน ทำให้เกิดการ แลกเปลี่ยนข้อมูลการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) ในการสอนและฝึกอบรมบุคลากรวิชาชีพ โดยใช้สมรรถนะเป็นหลัก (Competency Base) ซึ่งปัจจุบันการกำหนดคุณสมบัติของนักวิชาชีพอาเซียน ประกอบด้วย 7 สาขาวิชา ได้แก่ วิศวกรรม พยาบาล สถาปัตยกรรม การสำรวจ แพทย์ ทันตแพทย์ และนักบัญชี รวมทั้งสาขาบริการและการท่องเที่ยว ซึ่งผลประโยชน์ที่จะได้รับในการกำหนดข้อตกลง ดังกล่าว คือ สามารถช่วยลดขั้นตอนการตรวจสอบและรับรองวุฒิการศึกษาหรือความรู้ทางวิชาชีพ นั้น ๆ ทำให้เพิ่มโอกาสมากขึ้นที่จะได้รับบริการจากนักวิชาชีพที่มีความสามารถจากชาติอาเซียนอื่น ๆ ที่ จะเข้ามาทำงานในประเทศ ข้อตกลงร่วมในเรื่องคุณสมบัติของบุคลากรวิชาชีพท่องเที่ยวแห่งอาเซียน (Mutual Recognition Arrangements on Tourism Professionals) มีวัตถุประสงค์เพื่ออำนวยความสะดวกให้เกิดการเคลื่อนย้ายบุคลากรวิชาชีพในสาขาการท่องเที่ยวในภูมิภาคอาเซียน (Foreign Tourism Professional) และช่วยให้การศึกษาหรือฝึกอบรมบุคลากรวิชาชีพมีความสอดคล้องกันและ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และมีสิทธิในการเดินทางไปทำงานในประเทศสมาชิกได้ แต่ยังคงปฏิบัติ ตามกฎระเบียบที่ประเทศนั้น ๆ กำหนด ซึ่งในการรับรองคุณสมบัติของบุคลากร วิชาชีพท่องเที่ยวแห่ง อาเซียน จำเป็นต้องมีหน่วยงานในระดับชาติที่ให้การรับรองสมรรถนะและมาตรฐานวิชาชีพท่องเที่ยว ประกอบด้วย คณะกรรมการบุคลากรวิชาชีพท่องเที่ยว (National Tourism Professional Board: NTPB) คณะอนุกรรมการการรับรองมาตรฐานวิชาชีพท่องเที่ยว (The Tourism Professional Certification Board: TPCB) และ คณะกรรมการกำกับดูแลบุคลากรวิชาชีพท่องเที่ยวแห่งอาเซียน (ASEAN Tourism Professional Monitoring Committee: ATPMC) โดยคณะดังกล่าวได้มีการจัดทำ มาตรฐานสมรรถนะขั้นพื้นฐานของบุคลากรวิชาชีพท่องเที่ยวแห่งอาเซียน (ASEAN Common Competency Standards for Tourism Professionals: ACCSTP) ซึ่งมุ่งเน้นในกลุ่มธุรกิจธุรกิจโรงแรม (Hotel Service) และกลุ่มธุรกิจบริการด้านการท่องเที่ยว (Travel Service) ประกอบด้วย 2 สาขา 6 แผนก 32 ตำแหน่งงาน (Tourism Knowledge Management, 2015) ได้แก่ สาขาที่พัก (Hotel Services) และสาขาการเดินทาง (Travel Services) โดยแผนกที่มีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย ครั้งนี้ คือ แผนกธุรกิจนำเที่ยว (Travel Agencies) อยู่ในสาขาการเดินทาง ประกอบด้วย 4 ตำแหน่ง

งานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้จัดการทั่วไป (General Manager) ผู้ช่วยผู้จัดการทั่วไป (Assistant General Manager) หัวหน้าผู้แนะนำการเดินทาง (Senior Travel Consultant) และผู้แนะนำการเดินทาง (Travel Consultant) (ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2014) สำหรับตำแหน่งที่มีความเชื่อมโยงกับการทำให้คำแนะนำด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ คือ ตำแหน่งผู้แนะนำด้านการเดินทาง ซึ่งสมรรถนะที่จำเป็นต้องมี (คັນสนีย์ และเกิดศิริ ,2557; Yahya, et al., 2015) ได้แก่

#### 1.1 สมรรถนะหลัก (Core Competencies) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

- 1.1.1 สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพกับเพื่อนร่วมงานและลูกค้า
- 1.1.2 สามารถทำงานในสภาพแวดล้อมสังคมที่มีความหลากหลาย
- 1.1.3 มีทักษะการใช้กระบวนการอาชีพอนามัยและความปลอดภัย
- 1.1.4 สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนความปลอดภัยและความมั่นคงได้
- 1.1.5 มีการพัฒนาและปรับปรุงความรู้ของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวอยู่เสมอ

#### 1.2 สมรรถนะตามสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่

- 1.2.1 สามารถดำเนินการจองและสำรองห้องพักได้
- 1.2.2 มีทักษะการจองที่พิกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ได้
- 1.2.3 มีการอำนวยความสะดวกในการเดินทางทางอากาศได้
- 1.2.4 มีการอำนวยความสะดวกในการเดินทางภาคพื้นดินได้
- 1.2.5 มีการอำนวยความสะดวกด้านการใช้โปรแกรมชันในการเดินทางทางอากาศได้
- 1.2.6 มีการอำนวยความสะดวกในการเดินทางทางอากาศในช่วงปกติได้
- 1.2.7 มีการพัฒนาและปรับปรุงความรู้ในท้องถิ่น เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการบริการได้
- 1.2.8 มีการแนะนำผลิตภัณฑ์แพคเกจการท่องเที่ยวและบริการได้
- 1.2.9 มีการแนะนำเส้นทางการเดินทาง และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องได้

นอกจากนี้ในการดำเนินการเพื่อพัฒนาสาขาอาชีพด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ จำเป็นต้องมีการพิจารณาสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย ได้แก่ สาขาอาชีพผู้ช่วยพยาบาลที่ไม่อยู่ในการ

รับรองของสภาการพยาบาลแต่อยู่ในการรับรองของกระทรวงศึกษาธิการ และอยู่ในรูปแบบของ การศึกษานอกระบบ ซึ่งมีค วามยืดหยุ่นในการจัดหลักสูตรการศึกษาค่อนข้างมาก จากการสำรวจ ข้อมูลทางสื่อออนไลน์พบว่า ประเทศไทยมีโรงเรียนสอน วิชาชีพช่วยพยาบาลในเขตกรุงเทพ และปริมณฑล จำนวนทั้งสิ้น 16 แห่ง อยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 5 แห่ง ภาคเหนือ 12 แห่ง และ เขตภาคใต้ 7 แห่ง ซึ่งหลักสูตรที่เปิดสอนส่วนใหญ่เป็นหลักสูตรทั่วไป มีเพียงบางแห่งที่เปิดสอน หลักสูตรเฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุ และมีเพียง 1 แห่งที่เปิดสอนหลักสูตรดูแลผู้ป่วยชาวญี่ปุ่น โดยเฉพาะ โดยมีการรับสมัครผู้เข้าเรียนตั้งแต่มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่าขึ้นไปและบางแห่งมี การรับประกันการเข้าทำงานทันทีหลังจากจบการศึกษา และปัจจุบันในประเทศไทยยังไม่มี การกำหนด หน่วยสมรรถนะที่ชัดเจนในวิชาชีพนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงอ้างอิงข้อมูลการกำหนดสมรรถนะของ โรงพยาบาล พอร์ทมอนต์ (Portsmouth hospitals) ในประเทศสกอตแลนด์ เป็นโรงพยาบาลขนาด 1,200 เตียง มีศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาวิชาชีพด้านการพยาบาล ซึ่งเป็นการพัฒนาสมรรถนะวิชาชีพ ขึ้นมาโดยโรงพยาบาลเป็นผู้สอนและฝึกอบรม และให้การรับรองเอง ได้มีการกำหนดสมรรถนะหลักที่ ทุกวิชาชีพการพยาบาลต้องมีทั้งวิชาชีพการพยาบาลที่มีการขึ้นทะเบียนรับรอง และไม่ได้ขึ้นทะเบียน รับรอง มีทั้งหมด 12 ข้อ (Portsmouth hospitals, 2014) ได้แก่

- 1) ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic Life Support)
- 2) การประเมินผู้ที่มีภาวะแพ้เฉียบพลัน (Anaphylaxis)
- 3) การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- 4) การจัดการกับเอกสารที่เกี่ยวข้อง
- 5) การประเมินภาวะสุขภาพในผู้ใหญ่
- 6) การดูแลผู้ป่วยที่ให้สารน้ำ
- 7) การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา
- 8) การป้องกันการพลัดตกหกล้ม
- 9) การช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย
- 10) การดูแลด้านภาวะโภชนาการ
- 11) การจัดการและดูแลบาดแผล
- 12) การประเมินสัญญาณชีพในผู้ใหญ่

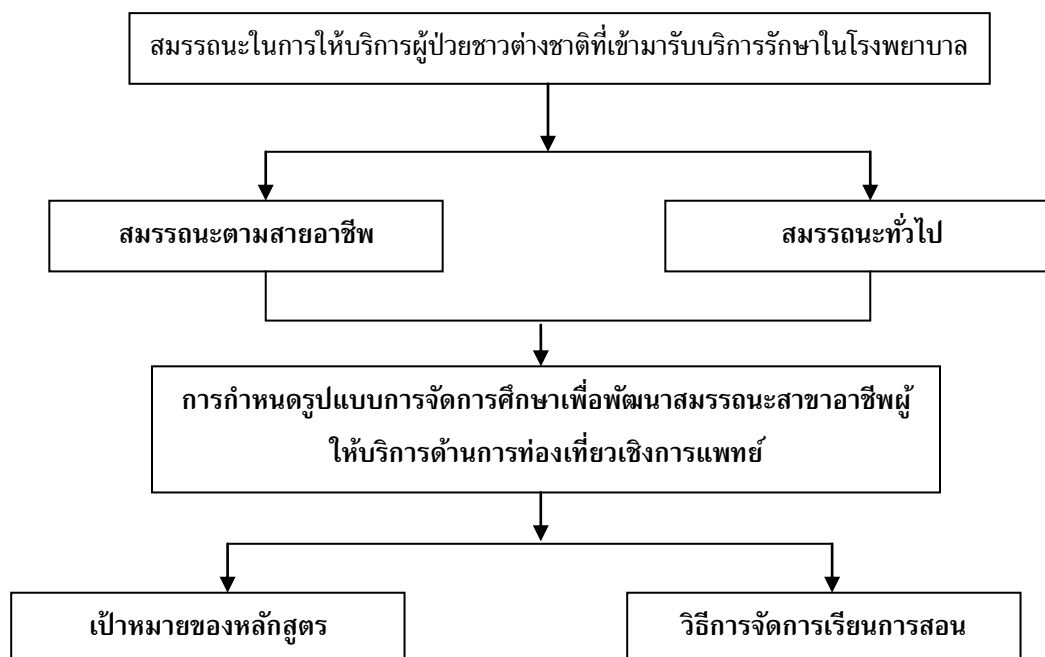
ในการพัฒนาสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ จำเป็นต้องมีความยืดหยุ่นในการดัดแปลงเนื้อหาหลักสูตรเพื่อขอการรับรองจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การ กำหนดหลักสูตรในรูปแบบของการศึกษานอกระบบที่กระทรวงศึกษาธิการให้การรับรอง โดยมีการ กำหนดตัวชี้วัดสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ทั้ง

สมรรถนะตามสายอาชีพ และสมรรถนะทั่วไป ซึ่งจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหน่วยสมรรถนะเพิ่มเติม

### 3.3 แนวคิดเกี่ยวกับหน่วยสมรรถนะ

สมรรถนะ (Competency) หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติงานใดงานหนึ่งให้สำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ (Boyatzis, 2008) สำหรับความหมายของสมรรถนะในการทำงานของเจ้าหน้าที่พยาบาล (Nusing Staff) หมายถึง การมีความรู้ ทักษะ ความสามารถ และพฤติกรรมที่แสดงออกที่ทำให้งานนั้นสำเร็จลุล่วงอย่างเต็มกำลังความสามารถ (Whelan, 2006) ในการออกแบบหลักสูตรการเรียนสอนสำหรับสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ผู้วิจัยใช้แนวคิดเรื่องการฝึกอบรมโดยใช้ขีดความสามารถเป็นหลัก (Competency Base Training: CBT) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตร ซึ่งแนวคิดนี้ใช้ขีดความสามารถของผู้รับผิดชอบในตำแหน่งงานต่างๆ มาเป็นตัวตั้งในการกำหนดหลักสูตร และมุ่งเน้นให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาความสามารถในการทำงานให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด โดยผ่านระบบการประเมินและวัดผล (Wheeler, 2007) ซึ่งในปัจจุบันสถาบันการศึกษาในหลายประเทศได้นำแนวทางการฝึกอบรมโดยใช้ขีดความสามารถเป็นหลัก (CBT) มาใช้ในการจัดการศึกษาระดับต่างๆ เป็นหลักสูตรฐานสมรรถนะ (Competency Base Curriculum) องค์ประกอบของสมรรถนะ ได้แก่ หน่วยสมรรถนะ (Unit of Competency) สมรรถนะย่อย (Element of Competence) เกณฑ์การปฏิบัติ (Performance Criteria) และเงื่อนไขหรือขอบเขตการปฏิบัติ โดยข้อดีของการจัดหลักสูตรฐานสมรรถนะ มีดังนี้ (สุจิตรา, 2552)

- 1) กำหนดผลการเรียนรู้ได้อย่างชัดเจน ว่าผู้เรียนมีความสามารถในการทำอะไรได้เมื่อจบหลักสูตร (Course Outcomes)
  - 2) ใช้มาตรฐานสมรรถนะ (Competency Standard) เป็นกรอบในการพัฒนาหลักสูตร
  - 3) มีเกณฑ์ปฏิบัติ (Performance Criteria) เพื่อใช้ในการประเมินผลผู้เรียน
- สำหรับการออกแบบหลักสูตรเพื่อพัฒนาสมรรถนะสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ประกอบด้วยสมรรถนะหลัก (Core Competency) เรียกว่า “สมรรถนะในการให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการรักษาในโรงพยาบาล” ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย ได้แก่ สมรรถนะตามสายอาชีพ และสมรรถนะทั่วไป เมื่อตัววัดสมรรถนะขององค์ประกอบย่อยเรียบร้อยแล้ว จะนำมาสู่การกำหนดรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ โดยเป็นรูปแบบของการจัดการศึกษานอกระบบ มีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การกำหนดเป้า หมายของหลักสูตร และวิธีการจัดการเรียนการสอน ซึ่งสามารถแสดงเป็นกรอบวิจัย (Research Flow Chart) เกี่ยวกับการกำหนดรูปแบบการศึกษา ดังภาพ 2.5



ภาพ 2.5 กรอบวิจัย (Research Flow Chart) เกี่ยวกับการกำหนดรูปแบบการศึกษา

ดังนั้นในการกำหนดตัวชี้วัดสมรรถนะตามสายอาชีพและตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไป ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม เพื่อนำมาสู่การกำหนดและพิจารณาตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

### 1) ตัวชี้วัดสมรรถนะตามสายอาชีพ

จากการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะการเข้ารับบริการของกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนของประเทศไทย โดยการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยชาวต่างชาติจากประเทศ ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา และประเทศอังกฤษที่เดินทางเข้ามารับการรักษาในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินทางเข้ามารับการรักษาโรคด้วยการผ่าตัด ร้อยละ 48 รองลงมาคือการรักษาโรคหัวใจ ร้อยละ 24 และมาตรวจสุขภาพตามโปรแกรมต่างๆ ร้อยละ 16 โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยจากประเทศ ญี่ปุ่น เข้ามาใช้บริการการรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม การผ่าตัดหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท ศัลยกรรมตกแต่ง และศัลยกรรมกระดูกสันหลัง (ครองขวัญ, 2553) นอกจากนี้ยังมีกลุ่มผู้ป่วย ที่เน้นการรักษาด้วยเทคโนโลยีมาตรฐานระดับโลก กลุ่มที่เน้นการรักษาที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของสถานพยาบาล เช่น ศัลยกรรมตกแต่ง กลุ่มที่เน้นการรักษา ด้านทันตกรรม และกลุ่มที่เน้นการให้บริการตรวจสุขภาพ (อัญชนา , วิโรจน์ และศิริชัย, 2552) และ

ในสภาวะสังคมทั่วโลกในปัจจุบันกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งแนวโน้มจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกในปัจจุบัน มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วได้แก่ ญี่ปุ่น และอเมริกา พบว่าในอีกประมาณ 25 ปีข้างหน้าประเทศญี่ปุ่นจะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ในสัดส่วน 1 ใน 3 ของประชากรทั้งประเทศ ส่วนประเทศอเมริกาใน พ.ศ. 2573 คาดว่าจะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ในสัดส่วน 1 ใน 8 ของประชากรทั้งประเทศ (Ghadar & Loughran, 2014) และจากการสำรวจข้อมูลทางสุขภาพของผู้สูงอายุทั่วโลก จากการเปิดเผยข้อมูลของสถาบันป้องกันการติดเชื้อนานาชาติ (CDC: Center for Disease Control prevention) พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจ (Heart disease) มะเร็ง (Cancer) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคปอดบวมหรือโรคไขหวัดใหญ่ (Pneumonia/Influenza) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประเทศหรือเชื้อชาติอื่นๆ ดังตาราง 2.1

ตาราง 2.1 สาเหตุการเสียชีวิตของประชากรที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป (Sahyoun, Lentzner, Hoyert & Robinson, 2001)

ชนชาติผิวขาว (White)	ชนชาติผิวขาว (Black)	ชนชาติอเมริกัน อินเดีย (American Indian)	ชนชาติเอเชียหรือ เอเชียแปซิฟิก	กลุ่มคนฮิสปานิก (Hispanic*)
โรคหัวใจ	โรคหัวใจ	โรคหัวใจ	โรคหัวใจ	โรคหัวใจ
โรคมะเร็ง	โรคมะเร็ง	โรคมะเร็ง	โรคมะเร็ง	โรคมะเร็ง
โรคหลอดเลือด สมอง	โรคหลอดเลือด สมอง	โรคเบาหวาน	โรคหลอดเลือด สมอง	โรคหลอดเลือด สมอง
โรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง	โรคเบาหวาน	โรคหลอดเลือด สมอง	โรคปอดบวมหรือ โรคไขหวัดใหญ่	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โรคปอดบวมหรือ โรคไขหวัดใหญ่	โรคปอดบวมหรือ โรคไขหวัดใหญ่	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	โรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง	โรคปอดบวมหรือ โรคไขหวัดใหญ่

\* ประชากรกลุ่ม Hispanic หมายถึง คนที่มีถิ่นฐานมาจาก Mexico , Puerto Rico, Cuba, South America, Central America และ Caribbean และอื่นๆ รวมถึงชนชาติที่ใช้ภาษา/วัฒนธรรมสเปน

โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยหลายแห่งได้มีการขยายการบริการเพื่อรองรับการเพิ่มขึ้นของลูกค้าชาวต่างชาติ เพื่อรองรับผู้สูงอายุทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ โดยอ้างอิงจากข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการธุรกิจโรงพยาบาลในประเทศไทย ได้แก่

“โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กล่าวว่า สนใจที่จะทำ เนิร์สซิงโฮม เพื่อให้บริการผู้ป่วย ผู้ป่วยสูงอายุ ปัจจุบันมีสัดส่วนผู้เข้ามาใช้บริการจำนวนมาก โดยทางโรงพยาบาลมีความพร้อมด้านบุคลากร แพทย์ที่ศึกษาด้านผู้สูงอายุจากสหรัฐอเมริกาและอังกฤษ แต่อย่างไรก็ตาม ขณะนี้ยังไม่ได้มีการแยกเป็นศูนย์ผู้ป่วยสูงอายุอย่างชัดเจน กำลังศึกษาหลาย ๆ แนวทาง ซึ่งเนิร์สซิงโฮมก็ถือเป็นแนวคิดหนึ่ง สำหรับผู้สูงอายุที่เคยป่วยและอาการดีแล้ว แต่ยังต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด แต่ลูกหลานต้องทำงาน ขาดคนดูแล ซึ่งถ้ามองดูแล้วถือเป็นตลาดที่น่าสนใจด้วยจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น”

“นพ.ปราเสริฐ ปราสาททองโอสถ ประธานคณะผู้บริหารและกรรมการผู้อำนวยการใหญ่บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) กล่าวว่า มีความสนใจจะสร้างโรงพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากมองเห็นโอกาสและช่องว่างทางการตลาดจากสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ปัจจุบันมีที่ดินแล้วที่เขาใหญ่ คาดว่าจะเริ่มดำเนินการในอีก 2 ปีข้างหน้า อีกทั้งยังสนใจจะทำแพ็คเกจยาสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้ป่วยเข้ารับการตรวจเลือดและรักษาครั้งแรก จากนั้นสามารถซื้อแพ็คเกจยาที่สอดคล้องกับโรคที่เป็นอยู่ได้ที่โรงพยาบาลกรุงเทพ และมีแผนจะขยายไปสู่ร้านขายยาในอนาคต เพื่อเพิ่มความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันก็ทำให้ผู้ที่มีรายได้น้อยสามารถเข้าถึงยาได้มากขึ้น”

“นพ.ชาติรี ดวงเนตร ประธานคณะผู้บริหารศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ กล่าวเพิ่มเติมว่า ปัจจุบันโรงพยาบาลกรุงเทพได้เปิดศูนย์ให้บริการผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวม มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุโดยตรง ร่วมกับโรงพยาบาลเมท ไซนาย รัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลอันดับ 1 ด้านการดูแลผู้สูงอายุ เข้ามาให้การอบรมบุคลากร โดยพร้อมจะขยายแนวคิดนี้ไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายที่มีอยู่ และมีแผนเพิ่มบริการด้านอื่น ๆ เข้ามาเสริมในอนาคต”

“นายศิรินทร์ ชเนศร์ ผู้อำนวยการแผนกผู้สูงอายุโรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 2 กล่าวว่า การที่โรงพยาบาลหลายแห่งจะเข้ามาสู่ตลาดนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีทางเลือกมากขึ้น โดยในปัจจุบันโรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 2 มีลูกค้าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีสัดส่วนถึง 80% ขณะนี้อยู่ระหว่างขยายตึกให้บริการหลังใหม่ มีห้องพัก 70 เตียง จากที่มีอยู่ 80 เตียง คาดว่าจะเปิดใช้ปลายปีนี้ และเตรียมจะเปิดคลินิกผู้สูงอายุ จากเดิมที่เป็นแค่แผนกหนึ่งอีกด้วย”

“นพ.บุญ วนาสิน ประธานกรรมการ บริษัท กลุ่มโรงพยาบาลธนบุรี กรุ๊ป กล่าวว่า อยู่ระหว่างดำเนินการก่อสร้างรีไทร์เมนต์โฮมและเนิร์สซิงโฮมในรูปแบบของบ้านพัก และเซอร์วิสอพาร์ทเมนต์ รวม 5 โครงการ ที่หัวหิน สมุย ภูเก็ต เพื่อรองรับผู้สูงอายุต่างชาติ ที่ราชบุรีและรังสิต



คลอง 5 เพื่อรองรับผู้สูงอายุชาวไทย ดำเนินการก่อสร้างไปแล้วประมาณ ร้อยละ 30-40 โดยเชื่อว่าตลาดผู้สูงอายุมีโอกาสเติบโตสูงจากความต้องการและจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ขณะนี้มีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 12 ของประชากร หรือราว 7 ล้านคน จะขยับเป็น ร้อยละ 15-20 ใน 10 ปี ข้างหน้า และยังมีชาวต่างชาติ อาทิ ญี่ปุ่น ไต้หวัน ที่ทำงานในประเทศไทยมานาน และต้องการใช้ชีวิตหลังเกษียณที่ประเทศไทย”

สำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ ได้มีการปรับปรุงการบริการ และหรือขยายการบริการ สำหรับลูกค้าชาวต่างชาติ ดังนี้ (อัญชญา, วิโรจน์ และศิริชัย, 2552)

1. โรงพยาบาลปิยะเวท เปิดให้บริการลูกค้าชาวต่างชาติ โดยจัดตั้งเป็นศูนย์หัวใจ สมอง สุตินารี ศัลยกรรมตกแต่ง ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ศูนย์ต่อมลูกหมาก ศูนย์ทางเดินอาหาร และศูนย์รักษาตา

2. โรงพยาบาลยันฮี เน้นการให้บริการลูกค้าชาวต่างชาติในด้านศัลยกรรมตกแต่ง และเสริมความงาม มีศูนย์กลางการแปลงเพศครบวงจรทั้ง จากชายเป็นหญิงและจากหญิงเป็นชาย อีกทั้งยังมีศูนย์การแพทย์เฉพาะทางครบวงจร ศูนย์แพทย์ทางเลือกที่ให้บริการทั้งการแพทย์แผนไทย การฝังเข็มและล้างลำไส้ (Detox) ได้จัดให้มีศูนย์กลางให้ข้อมูลผู้ป่วยชาวต่างชาติผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (Email) และ พนักงานรับโทรศัพท์ (Call Center) เป็นภาษาอังกฤษ ภาษาญี่ปุ่น ภาษาอาหรับ และภาษาเกาหลี และมีล่ามให้บริการในบางภาษา เช่น ภาษาอังกฤษ ภาษาเยอรมัน ภาษาฝรั่งเศส ภาษาญี่ปุ่น ภาษาเกาหลี และภาษาอาหรับ นอกจากนี้ยังมีเจ้าหน้าที่ชาวเวียดนาม พม่า และกัมพูชา คอยให้บริการกลุ่มลูกค้าจากประเทศเพื่อนบ้านที่ส่วนใหญ่เดินทางเข้ามารักษาโรคทั่วไป และมีหอผู้ป่วย (Ward) สำหรับคนไข้ชาวต่างชาติโดยเฉพาะ ซึ่งกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติที่เข้ารับบริการ จะมีอยู่ประมาณร้อยละ 30 ของกลุ่มลูกค้าทั้งหมด ส่วนอัตราค่าบริการของชาวต่างชาติจะสูงกว่าของคนไทยประมาณร้อยละ 10-20

3. โรงพยาบาลเจ้าพระยา ซึ่งมีจุดเริ่มจากศูนย์หัวใจที่รองรับคนไข้โรคหัวใจชาวต่างชาติที่ต้องการรักษาด้วย สเต็มเซลล์ โรงพยาบาลได้จัดตั้งศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง ได้แก่ ศูนย์หัวใจ ศูนย์ความงาม ศูนย์ตรวจสุขภาพ และศูนย์โรกระบบทางเดินอาหารและตับ ปัจจุบันโรงพยาบาลเจ้าพระยามีคนไข้ชาวต่างชาติประมาณร้อยละ 10 ของจำนวนคนไข้ทั้งหมด โดยโรงพยาบาลจะมีบริการรถรับ-ส่งลูกค้าจากสนามบินมายังโรงพยาบาล การจัดหาที่พักไว้ให้บริการแก่ผู้ป่วยและญาติ ที่มารับการรักษา และมีบริการล่องเรือเที่ยวชมแม่น้ำเจ้าพระยาไว้ให้บริการแก่ชาวต่างชาติด้วย รวมทั้งการสร้างห้องพักรักษาแบบนานาชาติ (International Ward) ไว้เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยชาวต่างชาติโดยเฉพาะเน้นการให้บริการอย่างอบอุ่นและเป็นกันเอง และคิดในเกณฑ์ราคาเดียวกับคนไข้ชาวไทย มีการดำเนินการติดต่อ ประสานงานกับลูกค้าชาวต่างชาติเอง โดยจัดตั้งฝ่าย

ต่างประเทศ (International Division) ขึ้นมาทำหน้าที่นี้โดยเฉพาะ และจะติดต่อลูกค้าชาวต่างชาติโดยตรงโดยไม่ผ่านตัวแทน (Agent)

4. โรงพยาบาลพญาไทได้ร่วมมือกับมหาวิทยาลัย ฮาร์วาร์ด ในการจัดตั้งศูนย์หัวใจพญาไท-ฮาร์วาร์ด

5. โรงพยาบาลจักษุรัตนินจัดตั้งศูนย์เลสิกและรักษาสายตารัตนิน-กิมเบลเป็นความร่วมมือกับสถาบันกิมเบลอายุเซ็นเตอร์จากประเทศแคนาดา ร่วมกันเป็นพันธมิตรที่ให้การช่วยเหลือด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์

จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งในประเทศไทยได้มีการขยายตัวเพื่อรองรับความต้องการของลูกค้าชาวต่างชาติที่เข้ามารับการรักษาดังกล่าวในประเทศไทย หรือแม้แต่โรงพยาบาลของรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลรามาธิบดี โดยมีโครงการร่วมมือกับบริษัท MEDS ในการนำคนไข้ชาวต่างชาติมาทำการรักษาในประเทศไทย โดยเน้นการรักษาโรคเฉพาะทาง อาทิ เนื้องอกในมดลูก หรือผ่าตัดหัวใจ ด้วยการใช้เทคโนโลยีใหม่ในการรักษา (อัญชญา, 2554)

ดังนั้นในการกำหนดหน่วยสมรรถนะที่เกี่ยวข้อง จำเป็นต้องมีความสอดคล้องกับลักษณะของผู้รับบริการและแนวโน้มของผู้รับบริการในอนาคต ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้มีการกำหนดลักษณะของกลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ กลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติที่มีความประสงค์ที่จะเข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยด้วยโรคดังต่อไปนี้ ได้แก่ โรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในผู้สูงอายุทั่วโลก ได้แก่ โรคหัวใจ มะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดบวมหรือโรคไข้หวัดใหญ่ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหรือการบริการที่กลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติส่วนใหญ่เข้ารับบริการ ได้แก่ การตรวจสุขภาพตามโปรแกรมต่างๆ การเข้ารับบริการด้านศัลยกรรมตกแต่ง ศัลยกรรมกระดูก และการรักษาต้านทันตกรรม ซึ่งแนวทางดังกล่าวสามารถ กำหนดตัวชี้วัดสมรรถนะตามสายอาชีพที่สอดคล้องการเข้ารับบริการของกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติ ดังตาราง 2.2

ตาราง 2.2 ตัวชี้วัดสมรรถนะตามสายอาชีพที่สอดคล้องการเข้ารับบริการของกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติ

ลักษณะการเข้ารับบริการของกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติ	ตัวชี้วัดสมรรถนะ	อ้างอิง
1.เดินทางเข้ารับการรักษาโรคด้วยการผ่าตัด	การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดศัลยกรรม	(ครองขวัญ, 2553; อัญชญา ,วิโรจน์ และศิริชัย, 2552; Pocock & Phua, 2011; Henson, Guy & Dotson, 2015; Hanefeld, Smith, Horsfall, & Lunt, 2014; Medical Tourism Association, 2009)
1.1 การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม		
1.2 การผ่าตัดหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท		
1.3 ศัลยกรรมกระดูกสันหลัง		

ลักษณะการเข้ารับบริการของกลุ่มลูกค้า ชาวต่างชาติ	ตัวชี้วัดสมรรถนะ	อ้างอิง
1.4 ศัลยกรรมความงาม		
1.5 ศัลยกรรมการแปลงเพศ		
2.การรักษาโรคหัวใจ	การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคหัวใจ	(ครองขวัญ, 2553)
3.การตรวจสอบสุขภาพตามโปรแกรมต่างๆ	การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจสอบสุขภาพตามโปรแกรมต่างๆ	(ครองขวัญ, 2553)
4.การรักษาทางด้านทันตกรรม	การดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาทางด้านทันตกรรม	(อัญชานา ,วิโรจน์ และ ศิริชัย, 2552; Henson, Guy & Dotson, 2015; Hanefeld, Smith, Horsfall, & Lunt, 2014;)
5.การดูแลผู้สูงอายุชาวต่างชาติด้วยโรคดังต่อไปนี้	การดูแลผู้สูงอายุชาวต่างชาติ	(Sahyoun, Lentzner, Hoyert & Robinson, 2001; Mrcela, Borovac, Vrdoljak, Grazio, Luetic & Tomek-Roksandic, 2015)
5.1 โรคหัวใจ		
5.2 โรคมะเร็ง		
5.3 โรคหลอดเลือดสมอง		
5.4 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง		
5.5 โรคไขข้อใหญ่		
5.6 โรคปอดบวม		

นอกจากนี้จาก การศึกษารูปแบบการให้บริการของโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำในประเทศไทยเกี่ยวกับลักษณะการให้บริการของกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติในแต่ละด้านเพิ่มเติมมีดังนี้

1. การบริการด้านการตรวจสอบสุขภาพตามโปรแกรมการตรวจสอบสุขภาพ ผู้วิจัยอ้างอิงข้อมูลการตรวจสอบสุขภาพของ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ซึ่งมีผู้ป่วยชาวต่างชาติเข้ารับบริการมากที่สุดในประเทศไทย โดยการบริการ ตรวจสอบสุขภาพจะประกอบด้วย 5 ส่วนที่สำคัญคือ การตรวจร่างกายอย่างละเอียด การประเมินจากประวัติผู้ป่วย การทดสอบทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยา และอัลตราซาวด์ การตรวจหามะเร็งปากมดลูก การตรวจตาโดยจักษุแพทย์ และการฉีด วัคซีน (โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, 2558) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเพิ่มเติมข้อมูลตัวชี้วัด สมรรถนะตามสายอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการบริการการตรวจสอบสุขภาพตามโปรแกรมต่างๆ ประกอบด้วย 8 ตัวชี้วัดที่สำคัญ ดังนี้

1.1 มีความรู้ความสามารถในการตรวจร่างกายเบื้องต้น

1.2 มีความรู้ความสามารถในการประเมินประวัติผู้ป่วย

- 1.3 มีความรู้ความสามารถในการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- 1.4 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจทางรังสีวิทยา
- 1.5 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจอุลตราซาวด์
- 1.6 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจหามะเร็งปากมดลูก
- 1.7 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจตาโดยจักษุแพทย์
- 1.8 มีความรู้และสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคต่างๆ

ตาราง 2.3 ตัวชี้วัดสมรรถนะที่สอดคล้องการเข้ารับบริการของกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติ ในส่วนของการตรวจสุขภาพตามโปรแกรมต่างๆ

ลักษณะการเข้าเข้ารับบริการของกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติ	ตัวชี้วัดสมรรถนะ	อ้างอิง
1.การตรวจสุขภาพตามโปรแกรมต่างๆ	<p>การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจสุขภาพตามโปรแกรมการตรวจสุขภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) มีความรู้ความสามารถในการตรวจร่างกายเบื้องต้น</li> <li>2) มีความรู้ความสามารถในการประเมินประวัติผู้ป่วย</li> <li>3) มีความรู้ความสามารถในการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ</li> <li>4) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจทางรังสีวิทยา</li> <li>5) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจอุลตราซาวด์</li> <li>6) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจหามะเร็งปากมดลูก</li> <li>7) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจตาโดยจักษุแพทย์</li> <li>8) มีความรู้และสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคต่างๆ</li> </ol>	(ครองขวัญ, 2553 ; โรงพยาบาล บำรุงราษฎร์, 2558)

2. การบริการการรักษาทางด้านศัลยกรรม จากข้อมูลการเปิดให้บริการด้านศัลยกรรมของโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำที่มีผู้ป่วยชาวต่างชาติเข้ารับการรักษาเป็นส่วนใหญ่ ประกอบด้วย การรักษาทางด้านศัลยกรรมตกแต่งและความงาม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ศัลยกรรมด้านการแปลงเพศ

(อัญชนา, วิโรจน์ และศิริชัย, 2552; โรงพยาบาลกรุงเทพ, ม.ป.ป.; โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, 2557) ดังนั้นสมรรถนะที่จำเป็นต้องมีในการให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ารับการรักษาทางด้าน ศัลยกรรมมีทั้งหมด 3 ตัวแปร ได้แก่

- 2.1 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาทางด้าน ศัลยกรรมตกแต่งและความงาม
- 2.2 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาทางด้าน ศัลยกรรมกระดูกและข้อ
- 2.3 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาด้านการแปลง เพศ

ตาราง 2.4 ตัวชี้วัดสมรรถนะที่สอดคล้องการให้บริการของกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติ ในส่วนของการ บริการการรักษาทางด้านศัลยกรรม

ลักษณะการเข้าเข้ารับบริการของ กลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติ	ตัวชี้วัดสมรรถนะ	อ้างอิง
1.เดินทางเข้ามารับการรักษาโรค ด้วยการผ่าตัด	การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดศัลยกรรม	(ครองขวัญ, 2553; อัญ ชนา, วิโรจน์ และศิริชัย, 2552: โรงพยาบาล กรุงเทพ, ม.ป.ป.;
1.1 การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม	1. มีความรู้ความสามารถในการเตรียม ผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาทางด้าน ศัลยกรรมตกแต่งและความงาม	โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, 2557; Pocock & Phua, 2011; Henson, Guy &
1.2 การผ่าตัดหมอนรองกระดูก ทับเส้นประสาท	2. มีความรู้ความสามารถในการเตรียม ผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาทางด้าน ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	Dotson, 2015; Hanefeld, Smith, Horsfall, & Lunt, 2014; Medical Tourism Association, 2009)
1.3 ศัลยกรรมกระดูกสันหลัง	3. มีความรู้ความสามารถในการเตรียม ผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาด้านการแปลง เพศ	
1.4 ศัลยกรรมความงาม		
1.5 ศัลยกรรมการแปลงเพศ		

3. การบริการการตรวจรักษาทางด้านทันตกรรม ผู้วิจัยอ้างอิงข้อมูลการตรวจสุขภาพของ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ซึ่งมีผู้ป่วยชาวต่างชาติเข้ารับบริการมากที่สุดในประเทศไทย โดยการ เข้ารับ บริการตรวจรักษาทางด้านทันตกรรม จะประกอบด้วย 7 ด้านที่สำคัญคือ ทันตกรรมทั่วไป ทันตกรรม สำหรับเด็ก การจัดฟัน การรักษารากฟัน การรักษาโรคเหงือก การทำฟันปลอม ศัลยกรรมช่องปาก

การฝังรากเทียม (โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, 2558) ดังนั้นสมรรถนะที่จำเป็นต้องมีในการให้ บริการ ผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ารับการรักษาทางด้านทันตกรรมมีทั้งหมด 8 ตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่

- 3.1 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจทางด้านทันตกรรม ทั่วไปในผู้ใหญ่
- 3.2 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเด็กเพื่อเข้ารับการตรวจทางด้าน ทันตกรรมสำหรับเด็ก
- 3.3 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจทางด้านทันตกรรม ทั่วไปในผู้สูงอายุ
- 3.4 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบริการจัดฟัน
- 3.5 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้าการตรวจรักษาโรคเหงือก
- 3.6 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบริการการทำฟันปลอม
- 3.7 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้าการตรวจรักษาทางด้านศัลยกรรม ช่องปาก
- 3.8 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้าการตรวจรักษาการฝังรากเทียม

ตาราง 2.5 ตัวชี้วัดสมรรถนะที่สอดคล้องการเข้ารับบริการของกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติ ในส่วนของการ บริการการรักษาทางด้านทันตกรรม

ลักษณะการเข้าเข้ารับบริการของ กลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติ	ตัวชี้วัดสมรรถนะ	อ้างอิง
4.การรักษาทางด้านทันตกรรม	<p>การดูแลผู้ป่วยที่เข้ามาบริการรักษาทางด้าน ทันตกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีความรู้ความสามารถในการเตรียม ผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจทางด้านทันตกรรม ทั่วไปในผู้ใหญ่</li> <li>2. มีความรู้ความสามารถในการเตรียม ผู้ป่วยเด็กเพื่อเข้ารับการตรวจทางด้านทันต กรรมสำหรับเด็ก</li> <li>3. มีความรู้ความสามารถในการเตรียม ผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจทางด้านทันตกรรม ทั่วไปในผู้สูงอายุ</li> <li>4. มีความรู้ความสามารถในการเตรียม</li> </ol>	<p>(อัญชญา ,วิโรจน์ และ ศิริชัย, 2552; โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ , 2558; Henson, Guy &amp; Dotson, 2015; Hanefeld, Smith, Horsfall, &amp; Lunt, 2014;)</p>

ลักษณะการเข้าเข้ารับบริการของ กลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติ	ตัวชี้วัดสมรรถนะ	อ้างอิง
	<p>ผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการจัดฟัน</p> <p>5. มีความรู้ความสามารถในการเตรียม</p> <p>ผู้ป่วยเพื่อเข้าการตรวจรักษาโรคเหงือก</p> <p>6. มีความรู้ความสามารถในการเตรียม</p> <p>ผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการบริการการทำฟันปลอม</p> <p>7. มีความรู้ความสามารถในการเตรียม</p> <p>ผู้ป่วยเพื่อเข้าการตรวจรักษาทางด้าน</p> <p>ศัลยกรรมช่องปาก</p> <p>8. มีความรู้ความสามารถในการเตรียม</p> <p>ผู้ป่วยเพื่อเข้าการตรวจรักษาการฝังรากเทียม</p>	

ผู้วิจัยสามารถสรุปตัวชี้วัดสมรรถนะตามสายอาชีพประกอบด้วยทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่

1. การมีความรู้ความสามารถในการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุชาวต่างชาติในกลุ่มโรคที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต ประกอบด้วย 6 กลุ่มโรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไขข้ออักเสบ และโรคปอดบวม
2. การมีความรู้ความสามารถในการให้บริการชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการตรวจสุขภาพตามโปรแกรมต่างๆ ประกอบด้วยใน 8 ตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ การตรวจร่างกายเบื้องต้น การประเมินประวัติผู้ป่วย การเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งตรวจทางรังสีวิทยา การส่งตรวจอุลตราซาวด์ การตรวจหามะเร็งปากมดลูก การตรวจตาโดยจักษุแพทย์ และการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคต่างๆ
3. มีความรู้ความสามารถในการให้บริการชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการการรักษาทางด้านศัลยกรรม ประกอบด้วยใน 3 ตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ การตรวจรักษาทางด้านศัลยกรรมและความงาม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ และการตรวจรักษาทางด้านทันตกรรม
4. การมีความรู้ความสามารถในการให้บริการชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการรักษาทางด้านทันตกรรม ประกอบด้วยใน 8 ตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ การเข้ารับการตรวจทางด้านทันตกรรมทั่วไปในผู้ใหญ่ เด็ก และผู้สูงอายุ การเข้ารับบริการจัดฟัน การตรวจรักษาโรคเหงือก การตรวจรักษาทางด้านศัลยกรรมช่องปาก และการตรวจรักษาการฝังรากเทียม

## 2) ตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไป

ในการกำหนดตัวชี้วัดความสามารถเชิงสมรรถนะทั่วไป จำเป็นต้องทราบเกี่ยวกับบริบทกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติ ที่เข้ามารับบริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่สำคัญ ได้แก่

### 1. ลักษณะของกลุ่มลูกค้าที่เข้ามารับบริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

โคเฮิน (Cohen, 2008) ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย พบว่าลักษณะของกลุ่มนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่เข้ามาในประเทศไทย พบว่ามีอยู่ 5 รูปแบบ ได้แก่

- 1) กลุ่มที่เข้ามาท่องเที่ยวเพียงอย่างเดียว (Mere Tourist) ไม่ได้ใช้บริการทางการแพทย์ใดๆ
  - 2) กลุ่มที่เข้ามาท่องเที่ยวแล้วเกิดภาวะฉุกเฉินมีความจำเป็นต้องใช้บริการทางการแพทย์ (Medicated Tourist)
  - 3) กลุ่มที่เข้ามารับบริการทางการแพทย์พร้อมกับการท่องเที่ยวร่วมด้วย (Medical Tourist Proper)
  - 4) กลุ่มที่เข้ามารับบริการทางการแพทย์ และพักผ่อนหรือท่องเที่ยวในเมืองไทยในช่วงที่อยู่ในระยะพักฟื้น (Acationing Patient)
  - 5) กลุ่มที่เข้ามารับบริการทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว (Mere Patient)
- นอกจากนี้จากการรายงานของสถานเอกอัครราชทูต ณ กรุงวอชิงตัน (2555) เกี่ยวกับ กลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติที่มาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย สามารถจำแนกได้เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1: นักท่องเที่ยวที่ไม่ได้มาใช้บริการทางการแพทย์ (Leisure Tourist) แต่อาจจะเกิดอาการเจ็บป่วยทำให้มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

กลุ่มที่ 2: นักท่องเที่ยวที่ซื้อแพ็คเกจทัวร์จากบริษัทท่องเที่ยว (Wellness Tourist) ซึ่งอาจรวมการท่องเที่ยวกับการเข้ารับบริการทางการแพทย์ไว้ด้วยกัน เช่น ท่องเที่ยวแล้วเข้ารับบริการทางทันตกรรมหรือสปา

กลุ่มที่ 3: ชาวต่างชาติที่มาอาศัยอยู่ในประเทศไทยด้วยเหตุผลทางการทูตหรือถูกส่งมาจากบริษัทแม่ในต่างประเทศ (Expatriates) แล้วมีปัญหาทางสุขภาพและเข้ารับบริการทางการแพทย์

กลุ่มที่ 4: ชาวต่างชาติที่มาอาศัยอยู่ในภูมิภาคเอเชียด้วยเหตุผลทางการทูตหรือถูกส่งมาจากบริษัทแม่ในต่างประเทศ (Expatriates in Asia) แล้วมีปัญหาทางสุขภาพในประเทศไทยตนเองประจำอยู่แต่เลือกที่จะเข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย



กลุ่มที่ 5: นักท่องเที่ยวที่ตั้งใจมารับบริการทางการแพทย์ (Medical Travelers) ผู้ใช้บริการกลุ่มนี้มีการนัดหมายล่วงหน้าโดยตรงกับโรงพยาบาลหรือแพทย์ในประเทศไทยเพื่อเข้ารับบริการ ในกรณีนี้โรงพยาบาลต้องจัดหาแพ็คเกจทัวร์หลังเข้ารับการรักษา

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และศึกษารูปแบบการบริการที่ได้จัดไว้สำหรับลูกค้าชาวต่างชาติ จากโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน เจซีไอ อาทิเช่น โรงพยาบาลยันฮี จัดให้มีศูนย์กลางให้ข้อมูลผู้ป่วยผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และพนักงานรับโทรศัพท์ เป็นภาษาอังกฤษ ภาษาญี่ปุ่น ภาษาอาหรับ และภาษาเกาหลี และมีล่ามให้บริการในบางภาษา เช่น ภาษาอังกฤษ ภาษาเยอรมัน ภาษาฝรั่งเศส ภาษาญี่ปุ่น ภาษาเกาหลี และภาษาอาหรับ โรงพยาบาลเจ้าพระยาจะมีบริการรถรับ-ส่งลูกค้าจากสนามบินมายังโรงพยาบาล การจัดหาที่พักไว้ให้บริการแก่ผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการ มีฝ่ายต่างประเทศ (International Division) ที่ทำหน้าที่ประสานงานและให้ข้อมูลแก่คนไข้ชาวต่างชาติ ขึ้นมาทำหน้าที่นี้โดยเฉพาะ ซึ่งการดำเนินงานของฝ่ายต่างประเทศ จะติดต่อลูกค้าชาวต่างชาติโดยตรงโดยไม่ผ่านตัวแทน (Agent) (อัญชญา, วิโรจน์ และศิริชัย, 2552) ส่วนโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์มีบริการติดต่อเกี่ยวกับวิชาการเดินทางเข้ามาในประเทศไทย ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อรองรับลูกค้าชาวต่างชาติโดยเฉพาะ (Sujarittanonta & Khemapayana, 2014) และมีการสร้างเครือข่ายพันธมิตรการบริการร่วมกับโรงแรมระดับ 5 ดาว ในกรุงเทพมหานคร ในการมีส่วนลดพิเศษหรือการบริการพิเศษสำหรับการเข้ามารับการรักษาของโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีแผนกบริการลูกค้าชาวต่างชาติ ชื่อว่า “Bumrungrad’s International Medical Coordination Office” (MCO) โดยมีการให้บริการทุกเรื่องที่ถูกค้าชาวต่างชาติต้องการ และมีสำนักงานตั้งอยู่ใน 13 ประเทศได้แก่ ออสเตรเลีย, บาห์เรน, บังคังลาเทศ, กัมพูชา, เอธิโอเปีย, ฮองกง, คูเวต, มองโกเลีย, พม่า, เนปาล, โอมาน, ปากีสถาน, และเวียดนาม คอยให้คำแนะนำและส่งต่อการบริการและเรื่องอื่น ๆ กลับมายังประเทศไทย (Healthy Travel Media, 2012)

จากที่ได้ทำการทบทวนรูปแบบการบริการที่ได้จัดไว้สำหรับลูกค้าชาวต่างชาติ ผู้วิจัยได้ศึกษารูปแบบการบริการที่ไม่เกี่ยวข้องกับการบริการทางการแพทย์เพิ่มเติม เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดสมรรถนะทั่วไปด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ดังตาราง 2.6

ตาราง 2.6 รูปแบบการบริการของลูกค้ำชาวต่างชาติของโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำ (อัญชญา, วิโรจน์ และศิริชัย, 2552; โรงพยาบาลกรุงเทพ,ม.ป.ป.; โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, 2557; Sujarittanonta & Khemapayana, 2014; Healthy travel media, 2012)

รูปแบบการบริการ	โรงพยาบาล กรุงเทพ	โรงพยาบาล บำรุงราษฎร์	โรงพยาบาล เจ้าพระยา	โรงพยาบาล ยันฮี
1.จัดให้มีบริการเฮลิคอปเตอร์รับส่งผู้ป่วยทั่วประเทศและประเทศเพื่อนบ้านใกล้เคียง	✓	✓		
2.มีล่ามให้บริการลูกค้ำ	✓	✓	✓	✓
3.บริการเมนูอาหารต่างประเทศ		✓		
4.การติดต่อหน่วยงานราชการเกี่ยวกับวีซ่าเข้ามาในประเทศไทย		✓		
5.การบริการจัดหาที่พักสำหรับผู้ป่วยและญาติ		✓	✓	
6.มีบริการรถรับ-ส่งลูกค้ำจากสนามบินมายังโรงพยาบาล			✓	
7.มีบริการมีบริการล่องเรือเที่ยวชมแม่น้ำเจ้าพระยา			✓	
8.มีบริการห้องพักผู้ป่วยแบบ International Ward ไว้เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยชาวต่างชาติโดยเฉพาะ			✓	✓
9.การติดต่อ ประสานงานกับลูกค้ำชาวต่างชาติเอง โดยจัดตั้งฝ่ายต่างประเทศ			✓	
10. การบริการประสานงานกับประกันภัยระหว่างประเทศ		✓		
11.มีบริการสำนักงานตัวแทนด้านการแพทย์ระหว่างประเทศ		✓		

จากการวิเคราะห์ รูปแบบการบริการของลูกค้ำ ชาวต่างชาติของโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำดังกล่าวที่ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือพัฒนาคุณภาพมาดำเนินการวิเคราะห์ความต้องการของลูกค้ำและระบุกระบวนการหลักที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างเป็นแผนผังสรุปกระบวนการหลัก (Flow Chart-Top Down) (อนุกุณ, 2543) ได้ 4 กระบวนการ ได้ตั้งแผนภาพ 2.6 สามารถนำมากำหนดตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไปด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ดังตาราง 2.7



ภาพ 2.6 กระบวนการหลักในการให้บริการลูกค้าชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน

ตาราง 2.7 ตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไปที่สอดคล้องการเข้ารับบริการของกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติ

กระบวนการหลักในการให้บริการลูกค้าชาวต่างชาติ	ตัวชี้วัดสมรรถนะ	อ้างอิง
1.การบริการนำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล	1.1 สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการเดินทางด้วยเครื่องบิน 1.2 สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการเดินทางด้วยยานยนต์ 1.3 สามารถติดต่อประสานงานหน่วยงานราชการเกี่ยวกับวีซ่าการเข้ามาใน ประเทศ	(อัญชญา, วิโรจน์ และศิริชัย, 2552; Sujarittanonta & Khemapayana, 2014)
2.การติดต่อเพื่อเข้ารับการรักษา	2.1 สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์และการรักษาแก่ผู้ป่วยชาวต่างชาติได้ 2.2 สามารถประสานงานกับหน่วยงานหรือบริษัทเอกชนที่เกี่ยวข้องการบริการจัดหาที่พักสำหรับผู้ป่วยและญาติ 2.3 สามารถติดต่อประสานงานด้านการประกันสุขภาพและประกันภัยเพื่อรักษาสวัสดิการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยชาวต่างชาติได้	อัญชญา, วิโรจน์ และศิริชัย, 2552; Healthy travel media, 2012)
3.การบริการระหว่างรับการรักษา	3.1 สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่สามารถรับประทานเหมาะสมกับสภาวะของโรคได้ ทั้งอาหารไทยและอาหารต่างประเทศ 3.2 สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับห้องพักที่ให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติ	(โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, 2557; โรงพยาบาลกรุงเทพ,ม.ป.ป.)
4.การบริการหลังรับการรักษา	4.1 สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งท่องเที่ยวในประเทศไทย 4.2 สามารถประสานงานกับหน่วยงานหรือบริษัทเอกชนที่เกี่ยวข้องในการบริการด้านการท่องเที่ยวในประเทศไทย	(อัญชญา, วิโรจน์ และศิริชัย, 2552; โรงพยาบาลกรุงเทพ ,ม.ป.ป.; โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, 2557)

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จากการวิเคราะห์กระบวนการหลักในการให้บริการ ลูกค้าชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยสามารถนำมากำหนดเป็นตัวแปร ด้านสมรรถนะทั่วไปได้ทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ การบริการนำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล การติดต่อเพื่อเข้ารับการรักษา การบริการระหว่างรับการรักษา และการบริการหลังรับการรักษา โดยมีองค์ประกอบย่อยในกระบวนการหลักตามที่แสดงในตาราง 2.7 นอกจากนี้จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการรักษาในประเทศไทย เพื่อค้นหาสมรรถนะทั่วไปในการให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติเพิ่มเติม ดังนี้

### 1. สมรรถนะด้านการสื่อสาร

จากงานวิจัยของโอริสตา (2549) เกี่ยวกับการสำรวจปัญหาในการพูดภาษาอังกฤษของพยาบาลในโรงพยาบาลราชวิถี พบปัญหาในการพูดภาษาอังกฤษของพยาบาล ได้แก่ ความผิดพลาดในด้านไวยากรณ์ อุปสรรคในการแสดงออก การใช้คำศัพท์ที่ถูกต้อง การออกเสียง การเน้นคำ การออกเสียงผิด และการขาดความมั่นใจในตนเอง ซึ่งการแก้ไขปัญหาด้านการสื่อสารดังกล่าวไม่ได้รับการสนับสนุนและพัฒนาในระบบการศึกษาเท่าที่ควร (Yonwikai, 2013) และจากการทบทวนบริบทของผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการรักษาในประเทศไทย พบว่า กลุ่มลูกค้าในกลุ่มประเทศอาเซียน เป็นกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญเนื่องจากมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และประชากรมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เช่น ประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์ รองลงมา ได้แก่ ประเทศเวียดนาม อินโดนีเซีย มาเลเซีย พม่า บรูไน กัมพูชา ฟิลิปปินส์ และ ประเทศลาว ตามลำดับ และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ (Kim & Lee, 2007) ดังนั้นการพัฒนาทักษะการสื่อสารเพื่อดูแลกลุ่มผู้ป่วยในประเทศดังกล่าว จึงมีความสำคัญ จากข้อมูลการสื่อสารทางด้านภาษาในกลุ่มประเทศอาเซียน พบว่าแต่ละประเทศมีการสื่อสารโดยใช้ภาษาดังนี้ (दनัย, 2557)

- 1) ประเทศไทย ใช้ภาษาไทยเป็นภาษาราชการ
- 2) ประเทศฟิลิปปินส์ มีการใช้ภาษาในประเทศมากถึง 170 ภาษา แต่ใช้ภาษาอังกฤษและภาษาตากาลอก เป็นภาษาราชการ
- 3) ประเทศมาเลเซีย มีการใช้ภาษามาเลเซียเป็นภาษาประจำชาติ นอกจากนั้นยังมีภาษาอังกฤษ ภาษาจีน ภาษาทมิฬ และภาษาประจำเผ่าของชนชาวเผ่าส่วนน้อยในประเทศ
- 4) ประเทศสิงคโปร์ ใช้ภาษาราชการเป็นภาษามาเลย์ จีนกลาง ทมิฬ และอังกฤษ มีภรณ์รงค์ในประชาชนในประเทศพูด 2 ภาษาคือ ภาษาจีนกลาง และภาษาอังกฤษใช้ในการติดต่องานและในชีวิตประจำวัน
- 5) ประเทศอินโดนีเซีย ใช้ภาษาอินโดนีเซียหรือที่เรียกว่า “Ba-hasa Indonesia” เป็นภาษาราชการและภาษาประจำชาติ
- 6) ประเทศบรูไน ใช้ภาษามาเลย์ (Bahasa Melayu) ภาษาราชการ ภาษาอังกฤษ และ

ภาษาจีนเป็นภาษาที่ใช้สื่อสารแพร่หลาย

7) ประเทศเวียดนาม ใช้ภาษาเวียดนามเป็นภาษาประจำชาติ รองลงมาคือภาษาเขมร

8) ประเทศพม่า ภาษาราชการของพม่าคือ ภาษาพม่าและภาษาอังกฤษ ประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 85 ใช้ภาษาพม่า ส่วนที่เหลือพูดภาษากระเหลียงมอญ จีนกลาง

9) ประเทศกัมพูชา ใช้ภาษาเขมรเป็นภาษาราชการ ส่วนภาษาที่ใช้โดยทั่วไป ได้แก่ ภาษาอังกฤษ ภาษาฝรั่งเศส ภาษาเวียดนาม ภาษาไทย และภาษาจีน

10) ประเทศลาว ภาษาลาวเป็นภาษาทางราชการ ส่วนภาษาฝรั่งเศสมีใช้กันมาตั้งแต่สมัยอาณานิคม ใช้ในวงราชการและการติดต่อค้าขาย และมีการใช้ภาษาอังกฤษในการติดต่อกับต่างประเทศและการค้า

สามารถสรุปข้อมูลการใช้ภาษาของประเทศต่างๆในเขตภูมิภาคอาเซียน ได้ดังตาราง 2.8

ตาราง 2.8 การใช้ภาษาในกลุ่มประเทศอาเซียน (दनัย, 2557)

ประเทศ	ภาษา										
	ไทย	อังกฤษ	ตากาล็อก	มาเลย์	จีน	อินโดนีเซีย	เวียดนาม	เขมร	พม่า	ฝรั่งเศส	ลาว
1.ไทย	✓										
2.ฟิลิปปินส์		✓	✓								
3.มาเลเซีย		✓		✓	✓						
4.สิงคโปร์		✓		✓	✓						
5.อินโดนีเซีย						✓					
6.บรูไน		✓		✓	✓						
7.เวียดนาม							✓	✓			
8.พม่า		✓							✓		
9.กัมพูชา	✓	✓			✓		✓	✓		✓	
10.ลาว		✓								✓	✓
จำนวน	2	7	1	3	4	1	2	2	1	2	1

จากตารางสามารถสรุปการใช้ภาษาที่แต่ละประเทศมีการใช้ร่วมกันได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

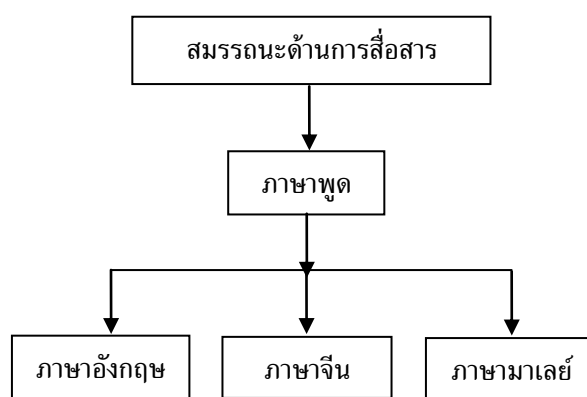
กลุ่มที่ 1 มีการใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสารมี 7 ประเทศ ได้แก่ ฟิลิปปินส์ มาเลเซีย สิงคโปร์ ลาว พม่า กัมพูชา บรูไน

กลุ่มที่ 2 มีการใช้ภาษาจีนในการสื่อสารมี 4 ประเทศ ได้แก่ มาเลเซีย สิงคโปร์

กัมพูชา บรูไน

กลุ่มที่ 3 มีการใช้ภาษามาเลย์ในการสื่อสารมี 3 ประเทศ ได้แก่ มาเลเซีย สิงคโปร์ บรูไน

ส่วนประเทศที่ไม่มีการใช้ภาษาอื่นร่วมกับภาษาประจำชาติในชีวิตประจำวันได้แก่ ประเทศไทยและประเทศอินโดนีเซีย ดังนั้นในการบริหารจัดการหลักสูตรมีความจำเป็นต้องพัฒนาทักษะการสื่อสาร 3 ภาษาได้แก่ ภาษาอังกฤษ ภาษาจีน และภาษามาเลย์ ซึ่งสามารถสรุปสมรรถนะด้านการสื่อสารได้ดังแผนภาพ 2.7



ภาพ 2.7 องค์ประกอบของการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสาร

นอกจากนี้จากการสำรวจ จำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ามารับกา รักษาทางการแพทย์ในประเทศไทยในพ.ศ. 2550 จากข้อมูลของกรมเจรจาค้าระหว่างประเทศ สำนักงานการค้าบริการและการลงทุน (2553) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยชาวจีนและมาเลย์ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน ประเทศไทยมีประมาณการจำนวนน้อยกว่า 25,000 คน ต่อปี หรือมีส่วนแบ่งทางการตลาดน้อยกว่าร้อยละ 2 แต่เมื่อสำรวจข้อมูลสถิตินักท่องเที่ยวชาวจีนและชาวมาเลย์ที่เข้ามาเดินทางท่องเที่ยวในประเทศไทยพบว่ามีอยู่จำนวนมากโดยประเทศจีนมีส่วนแบ่งการตลาดด้านการท่องเที่ยวร้อยละ 26.55 จากจำนวนชาวจีนทั้งหมดที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทยจำนวน 7,934,791 ราย ในพ.ศ. 2558 เพิ่มขึ้นจากพ.ศ. 2557 มีส่วนแบ่งการตลาดด้านการท่องเที่ยวร้อยละ 18.69 จากจำนวนชาวจีนทั้งหมด 4,636,298 ราย ส่วนชาวมาเลย์จากประเทศมาเลเซียที่เดินทางเข้ามาท่องเที่ยวในประเทศไทย ใน พ.ศ. 2558 มีส่วนแบ่งการตลาดด้านการท่องเที่ยวร้อยละ 11.46 จากจำนวนชาวมาเลย์ทั้งหมด 3,423,397 รายเพิ่มขึ้นจากพ.ศ. 2557 ที่มีส่วนแบ่งทางการตลาดร้อยละ 10.53 จำนวนนักท่องเที่ยว 2,613,418 ราย (Department of Tourism, 2559) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึง

เห็นความสำคัญของการนำเสนอสมรรถนะด้านการสื่อสารเกี่ยวกับภาษาจีน ภาษามลายู เข้ามาพิจารณา ร่วมกับภาษาอังกฤษด้วย

## 2. สมรรถนะด้านการบริการที่สอดคล้องกับศาสนา

ในการให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ามารับการรักษาในประเทศไทยควรคำนึงถึงความแตกต่างในการนับถือศาสนา (ดวงเดือน, ปฤษณา, นพวรรณ และนันทนา, 2555) ซึ่งจากข้อมูลการนับถือศาสนาในกลุ่มประเทศอาเซียน พบว่าแต่ละประเทศมีการ นับถือศาสนา ดังต่อไปนี้ (दनัย, 2557)

- 1) ประเทศไทย นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95 ของประชากรทั้งหมด รองลงมาคือ ศาสนาอิสลาม และคริสต์ ตามลำดับ
- 2) ประเทศฟิลิปปินส์ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาคริสต์
- 3) ประเทศมาเลเซีย ศาสนาประจำชาติมาเลเซีย ศาสนาอิสลามประมาณร้อยละ 53
- 4) ประเทศสิงคโปร์ ไม่มีศาสนาประจำชาติ ประชาชนสามารถแยกนับถือศาสนาตามเชื้อชาติหรือความต้องการของตนเอง ส่วนใหญ่นับถือ ศาสนาพุทธ อิสลาม ฮินดู คริสต์เตียน ร้อยละ 51 ของนับถือศาสนาพุทธ นับถือลัทธิเต๋าและขงจื้อ ร้อยละ 15 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 15 นับถือศาสนาคริสต์ และร้อยละ 4 นับถือศาสนาพราหมณ์-ฮินดู
- 5) ประเทศอินโดนีเซีย ร้อยละ 87 ของชาวอินโดนีเซีย นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 6 นับถือศาสนาคริสต์นิกายโปรเตสแตนท์ ร้อยละ 3.5 นับถือศาสนาคริสต์นิกายคาทอลิก ร้อยละ 3.5 นับถือศาสนาฮินดู และร้อยละ 1.3 นับถือศาสนาพุทธ
- 6) ประเทศบรูไน ชาวบรูไนส่วนใหญ่่นับถือศาสนาอิสลามนิกายสุหนี่ร้อยละ 67 รองลงมาเป็นศาสนาพุทธนิกายมหายาน ร้อยละ 13 ศาสนาคริสต์ร้อยละ 10 นอกนั้นเป็นศาสนาอื่น ๆ
- 7) ประเทศเวียดนาม ไม่มีศาสนาของตนเอง ชาวเวียดนามส่วนใหญ่่นับถือลัทธิเต๋า (Taoism) และศาสนาพุทธ นอกนั้นนับถือศาสนาคริสต์ และศาสนาอื่น ๆ
- 8) ประเทศพม่า ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 90 ศาสนาอิสลามร้อยละ 4 ศาสนาฮินดูร้อยละ 4 และศาสนาคริสต์ร้อยละ 2
- 9) ประเทศกัมพูชา มีศาสนาพุทธเป็นศาสนาประจำชาติเพราะมีผู้นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95 ศาสนาอิสลามร้อยละ 3 ศาสนาคริสต์ ร้อยละ 1.7 และศาสนาพราหมณ์-ฮินดู ร้อยละ 0.3
- 10) ประเทศลาว ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธนิกายเถรวาทเป็นศาสนาประจำชาติควบคู่กับลัทธินับถือผีบรรพบุรุษของชนชาติส่วนน้อยในแถบภูเขาสูง

สามารถสรุปข้อมูลการใช้ภาษาของประเทศต่าง ๆ ในเขตภูมิภาคอาเซียนจากการนับถือศาสนาที่เป็นส่วนใหญ่ของแต่ละประเทศ ได้ดังตาราง 2.9

ตาราง 2.9 การนับถือศาสนาในกลุ่มประเทศอาเซียน

ประเทศ \ ภาษา	พุทธ	คริสต์	อิสลาม
1.ไทย	✓		
2.ฟิลิปปินส์		✓	
3.มาเลเซีย			✓
4.สิงคโปร์	✓		
5.อินโดนีเซีย			✓
6.บรูไน			✓
7.เวียดนาม	✓		
8.พม่า	✓		
9.กัมพูชา	✓		
10.ลาว	✓		
จำนวน	6	1	3

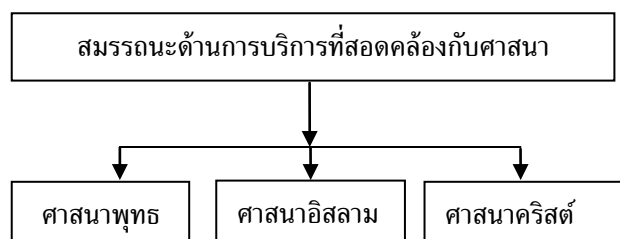
จากตารางสามารถสรุปการนับถือศาสนาที่แต่ละประเทศมีการใช้ร่วมกันได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ศาสนาพุทธมี 7 ประเทศ ได้แก่ ไทย สิงคโปร์ เวียดนาม พม่า กัมพูชา ลาว

กลุ่มที่ 2 ศาสนาอิสลามมี 3 ประเทศ ได้แก่ มาเลเซีย สิงคโปร์ และบรูไน

กลุ่มที่ 3 ศาสนาคริสต์มี 1 ประเทศ ได้แก่ ฟิลิปปินส์

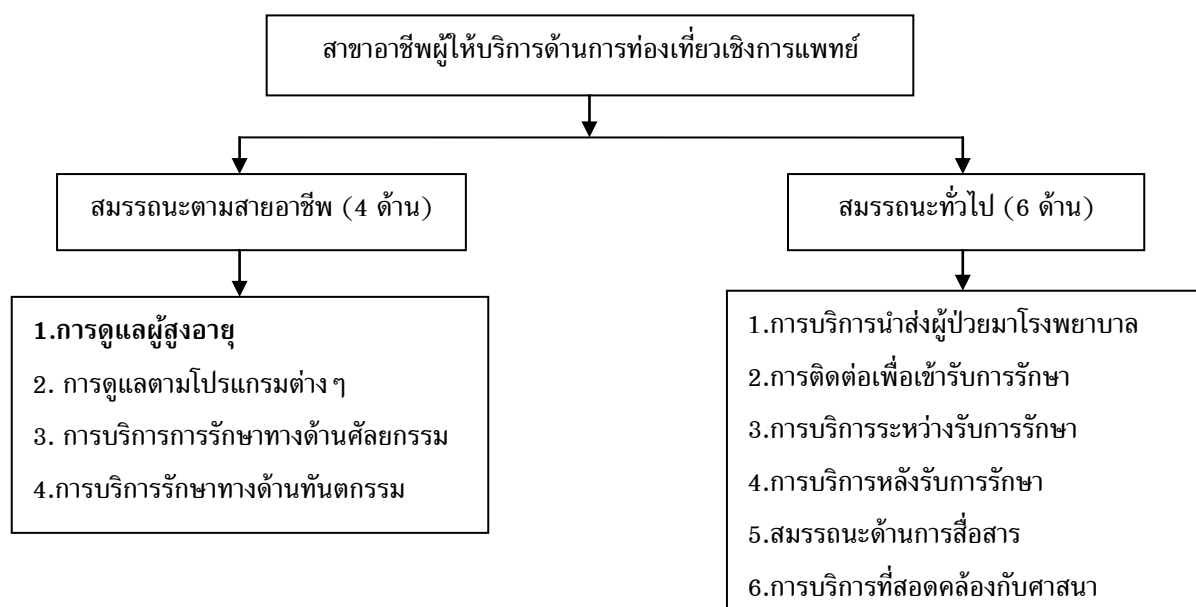
ดังนั้นในการบริหารจัดการหลักสูตรมีความจำเป็นต้องพัฒนาทักษะการให้บริการที่สอดคล้องกับศาสนา 3 ศาสนาดังกล่าว คือ ศาสนาพุทธ ศาสนาอิสลาม และศาสนาคริสต์ ซึ่งสามารถสรุปสมรรถนะด้านการบริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ได้ดังภาพ 2.8



ภาพ 2.8 องค์ประกอบของการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริการที่สอดคล้องกับศาสนา



ในการให้บริการผู้รับบริการตามหลักศาสนายังมีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมการรับประทานอาหาร จากการสำรวจข้อมูลของผู้เข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยเชื่อมโยงกับการบริการทางด้านอาหาร ในกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติที่เข้ารับบริการทางการแพทย์เปรียบเทียบใน 2 กลุ่มประเทศ ได้แก่ ประเทศมาเลเซีย และประเทศไทย พบว่า กลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติในประเทศมาเลเซียมาจากประเทศอินโดนีเซียถึงร้อยละ 71 และรองมาคือ กลุ่มประเทศในตะวันออกกลาง สำหรับประเทศไทยกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติส่วนใหญ่มาจากประเทศญี่ปุ่น ร้อยละ 15 รองลงมาประเทศสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 8 และประเทศอังกฤษร้อยละ 7 ตามลำดับ (Pocock & Phua, 2011) และจากการสำรวจกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติที่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรกลุ่มใหญ่ในโลกที่เดินทางเข้ามาท่องเที่ยวในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มักจะเดินทางเข้ามาท่องเที่ยว ในประเทศมาเลเซีย เนื่องจากมีการบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มลูกค้าตามหลักศาสนา เช่น อาหารฮาลาล การมีห้องสำหรับการปฏิบัติกิจทางศาสนา และการออกแบบห้องพักและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสตรีมุสลิม เป็นต้น ซึ่งรูปแบบการบริการดังกล่าวพบได้ในโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ของประเทศไทย (Sujarittanonta & Khemapayana, 2014) จากที่ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาสมรรถนะทั่วไป ของสาขาอาชีพ ผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ สามารถสรุปภาพรวมของสมรรถนะทั้งหมด ได้ดังแผนภาพ 2.8



ภาพ 2.8 องค์ประกอบของสมรรถนะตามสายอาชีพและสมรรถนะทั่วไปสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

### 3.4 แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสำรวจและตัวแปรที่เกี่ยวข้อง

จากข้อมูลการวิเคราะห์ตัวชี้วัดสมรรถนะสาขาหลักอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ จำเป็นต้องมีการจัดกลุ่มและยืนยันองค์ประกอบของตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง โดยใช้การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis) เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวชี้วัดที่สังเกตได้ที่มีความสัมพันธ์กันให้อยู่ในปัจจัยเดียวกัน ซึ่งมักจะใช้ในกรณีที่ไม่ทราบความสัมพันธ์ระหว่างตัวชี้วัดมาก่อน (กัลยา, 2557) โดยลักษณะของตัวชี้วัดอยู่ในมาตราอันตรภาค (Interval Scale) หรือมาตราอัตราส่วน (Ratio Scale) ตัวชี้วัดด้านสมรรถนะที่เกี่ยวข้องในการนำไปวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสำรวจ สามารถสรุปได้ทั้งหมด 42 ตัวชี้วัด แบ่งได้เป็นตัวชี้วัดความสามารถเชิงสมรรถนะตามสายอาชีพจำนวน 25 ตัวชี้วัด และและตัวชี้วัดความสามารถเชิงสมรรถนะทั่วไปจำนวน 17 ตัวชี้วัด ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

#### 1) ตัวชี้วัดความสามารถเชิงสมรรถนะตามสายอาชีพ

- 1.1 มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหัวใจ
- 1.2 มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง
- 1.3 มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.4 มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดบวม
- 1.5 มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไขข้ออักเสบ
- 1.6 มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- 1.7 มีความรู้ความสามารถในการตรวจร่างกายเบื้องต้น
- 1.8 มีความรู้ความสามารถในการประเมินประวัติผู้ป่วย
- 1.9 มีความรู้ความสามารถในการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- 1.10 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจทางรังสีวิทยา
- 1.11 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจจุลทรรศน์
- 1.12 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจหามะเร็งปากมดลูก
- 1.13 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจตาโดยจักษุแพทย์
- 1.14 มีความรู้และสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาป้องกันโรคต่าง ๆ
- 1.15 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาทางด้านศัลยกรรมตกแต่งและความงาม
- 1.16 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาทางด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อ
- 1.17 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาด้านการ

### แปลงเพศ

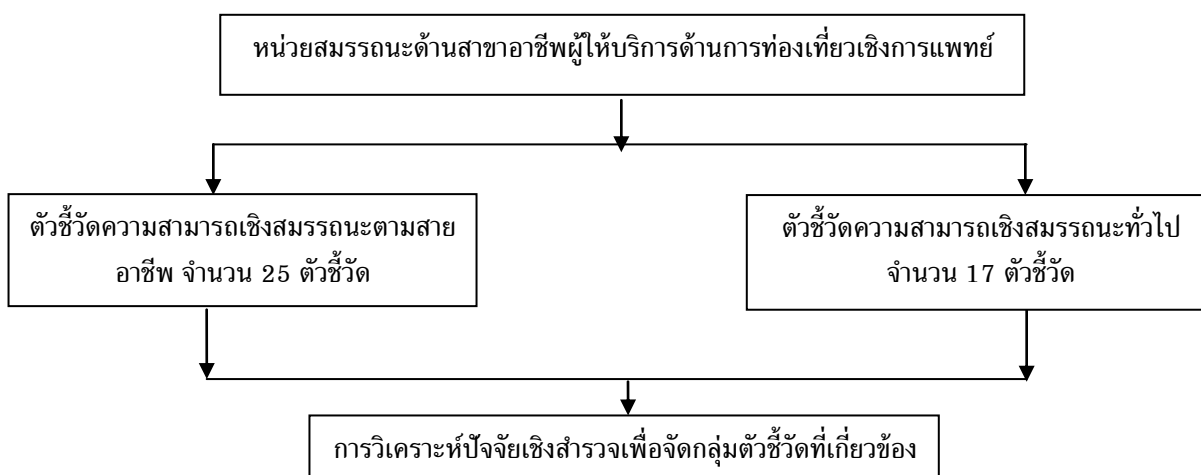
- 1.18 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจทางด้านทันตกรรมทั่วไปสำหรับผู้ใหญ่
- 1.19 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจทางด้านทันตกรรมสำหรับเด็ก
- 1.20 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบริการจัดฟัน
- 1.21 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาโรคเหงือก
- 1.22 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบริการการทำฟันปลอม
- 1.23 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาทางด้านศัลยกรรมช่องปาก
- 1.24 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาการฝังรากเทียม
- 1.25 มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจทางด้านทันตกรรมทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุ

### 2) ตัวชี้วัดความสามารถเชิงสมรรถนะทั่วไป

- 2.1 สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการเดินทางด้วยเครื่องบิน
- 2.2 สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการเดินทางด้วยยานยนต์
- 2.3 สามารถติดต่อประสานงานหน่วยงานราชการเกี่ยวกับวีซ่าการเข้ามาในประเทศไทย
- 2.4 สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์และการรักษาแก่ผู้ป่วยชาวต่างชาติได้
- 2.5 สามารถประสานงานกับหน่วยงานหรือบริษัทเอกชนที่เกี่ยวข้องการบริการจัดหาที่พักสำหรับผู้ป่วยและญาติ
- 2.6 สามารถติดต่อประสานงานด้านการประกันสุขภาพและประกันภัยเพื่อรักษาสวัสดิการเข้ารับการรักษของผู้ป่วยชาวต่างชาติได้
- 2.7 สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่สามารถรับประทานเหมาะสมกับสภาวะของโรคได้ ทั้งอาหารไทยและอาหารต่างประเทศ
- 2.8 สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับห้องพักที่ให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติ
- 2.9 สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งท่องเที่ยวในประเทศไทย
- 2.10 สามารถประสานงานกับหน่วยงานหรือบริษัทเอกชนที่เกี่ยวข้องในการบริการด้านการท่องเที่ยวในประเทศไทย

- 2.11 สามารถใช้ศัพท์ทางการแพทย์ที่จำเป็นได้
- 2.12 มีความรู้ความสามารถในการสื่อสารโดยใช้ภาษาอังกฤษ
- 2.13 มีความรู้ความสามารถในการสื่อสารโดยใช้ภาษาจีน
- 2.14 มีความรู้ความสามารถในการสื่อสารโดยใช้ภาษามาลาย์
- 2.15 สามารถการบริการตามหลักศาสนาพุทธ
- 2.16 สามารถการบริการตามหลักศาสนาคริสต์
- 2.17 สามารถการบริการตามหลักศาสนาอิสลาม

ตัวชี้วัดทั้ง 42 ข้อ ผู้วิจัยนำไปการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ สามารถแสดงได้ดัง  
แผนภาพ 2.10



ภาพ 2.10 องค์ประกอบหลักของสมรรถนะ สาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์  
เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสำรวจ

จากตัวชี้วัดทั้ง 42 ตัวที่แสดงจะนำไปทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจซึ่งจะนำเสนอรายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 3 เมื่อได้สมรรถนะที่เกี่ยวข้องแล้วจะนำไปสู่รูปแบบการจัดการศึกษาโดยจะมีการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมที่มีต่อรูปแบบการจัดการศึกษาต่อไป

### 3.5 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมที่มีต่อรูปแบบการจัดการศึกษา

ในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมที่มีต่อรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ลักษณะอุตสาหกรรมด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ใน 2 ประเด็น ดังนี้

#### 8.1 การเคลื่อนย้ายแรงงาน

การรวมกลุ่มของประเทศในสมาคมเศรษฐกิจ อาเซียนหรือเรียกชื่อ ว่าสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Association of Southeast Asian Nations : ASEAN) ก่อตั้งเมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2510 ปัจจุบันมีประเทศสมาชิกทั้งสิ้น 10 ประเทศ ได้แก่ ประเทศไทย สาธารณรัฐอินโดนีเซีย สหพันธรัฐมาเลเซีย สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ สาธารณรัฐสิงคโปร์ บรูไนดารุสซาลาม สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว สหภาพพม่า และราชอาณาจักรกัมพูชา (กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์, 2554) ส่งผลให้มีการเปิดเสรีสินค้าและบริการ สำคัญ 11 สาขา (Priority Sectors) ได้แก่ การท่องเที่ยว การบิน ยานยนต์ ผลิตภัณฑ์ไม้ ผลิตภัณฑ์ยาง สิ่งทอ อิเล็กทรอนิกส์ สินค้าเกษตร ประมง เทคโนโลยีสารสนเทศ และสุขภาพ (Anuroj, 2011) รวมถึงการเคลื่อนย้ายแรงงาน จะเป็นไปอย่างเสรีเช่นกัน กล่าวคือ ผู้ที่มีใบประกาศนียบัตรรับรองฝีมือแรงงานของประเทศสมาชิกหนึ่ง สามารถเข้าไปทำงานในประเทศใดก็ได้ในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียนด้วยกัน โดยแต่ละประเทศต้องยอมรับคุณสมบัติทางวิชาชีพซึ่งกันและกัน การเปิดเสรีด้านการเคลื่อนย้ายแรงงานฝีมือ จะส่งผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานจากประเทศที่มีค่าตอบแทนต่ำ ได้แก่ ประเทศในแถบอินโดจีน ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย และไทย ไปยังประเทศที่มีค่าตอบแทนสูง เช่น สิงคโปร์ และมาเลเซีย โดยเฉพาะสาขาการแพทย์ และวิศวกร ดังนั้นบุคลากรในวิชาชีพต่างๆ ของไทย จำเป็นต้องเร่งพัฒนาทักษะ การบริการดังกล่าวโดยเฉพาะทักษะทางด้านภาษาอังกฤษซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งเมื่อก้าวเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และในส่วนของ ภาคบริการจะต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งในด้านการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้ บริการ โดยเฉพาะกลุ่มธุรกิจบริการด้านการท่องเที่ยวมีแนวโน้มความต้องการและอัตราการเติบโตที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมภาคกลาง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ , 2555) ดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการท่องเที่ยว เชิงการแพทย์ และสถานที่ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

#### 8.2 อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวทางการแพทย์ในประเทศไทย

ในการศึกษาบริบทของอุตสาหกรรมด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาใน 2 ลักษณะ ได้แก่

- 1) การบริการทางด้านสุขภาพ จากที่ประเทศไทยได้ประกาศการเป็นศูนย์กลาง

บริการทางด้านสุขภาพตั้งแต่พ.ศ. 2546 เป็นต้นมา ทำให้แนวโน้มของผู้ป่วยชาวต่างชาติได้เข้ามารับบริการเป็นจำนวนเพิ่มมากขึ้น ๆ ทุก ๆ ปี (อัญญา, 2554) และประเทศไทยถือเป็นประเทศที่มีสถานที่ท่องเที่ยวเชิงการแพทย์อันดับ 1 ของโลก จากการรายงานของ Bloomberg สำนักข่าวเศรษฐกิจของสหรัฐอเมริกา และจากการรายงานข้อมูลของกระทรวงพาณิชย์ของไทย ใน พ.ศ. 2555 พบว่ามีคนไข้ชาวต่างชาติมารับการรักษาในประเทศไทยทั้งหมด 2.53 ล้านคน โดยค่าโรงพยาบาลที่คนไข้เหล่านี้จ่ายทั้งหมดอยู่ที่ 1.2 แสนล้านบาท หากรวมค่าพักอาศัยและค่าท่องเที่ยวด้วยแล้ว ทำให้รายได้ของประเทศจะเพิ่มมากขึ้น รวมถึงส่งผลให้เกิดการจ้างงานที่เพิ่มขึ้น (ไทยรัฐ, 2555) และทำให้ธุรกิจทางด้านบริการสุขภาพเกิดขึ้นมากมาย ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมามีดังนี้

1.1 จำนวนผู้รับบริการสุขภาพชาวต่างชาติมีจำนวนเพิ่มขึ้น จากข้อมูลของกรมสนับสนุนการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า จำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ามารับการรักษาในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากจำนวน 1,380,000 คน ในพ.ศ. 2551 เพิ่มขึ้นเป็น 2,530,000 คน ในพ.ศ. 2555 โดยเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของลูกค้ชาวต่างชาติกับลูกค้ชาวไทยในกลุ่มโรงพยาบาลที่เป็นเป้าหมายของลูกค้ชาวต่างชาติ (ชัยวัช, 2556) อาทิเช่น โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์มีลูกค้เข้ารับบริการประมาณ 1 ล้านคนต่อปี โดยมีสัดส่วนของลูกค้ชาวต่างชาติร้อยละ 40 ลูกค้ชาวไทยร้อยละ 60 กลุ่มโรงพยาบาลดุสิตเวชการ ประกอบด้วย กลุ่มโรงพยาบาลที่อยู่ภายใต้การบริหารงานรวม 29 แห่ง พบว่าในปัจจุบันมีสัดส่วนคนไข้เป็นคนไทย ร้อยละ 90 ต่างประเทศ ร้อยละ 10 โดยกลุ่มลูกค้ส่วนใหญ่มาจาก กลุ่มประเทศ สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ พม่า กатар คุเวต และญี่ปุ่น ตามลำดับ และมีแนวโน้มจะขยายสัดส่วนลูกค้ต่างชาติเพิ่มขึ้น ร้อยละ 15 และขยับขึ้นเป็น ร้อยละ 20-25 ในพ.ศ. 2557 นอกจากนี้ใน กลุ่มโรงพยาบาลวิภาวดี ประกอบด้วย กลุ่มโรงพยาบาลวิภาวดี 6 แห่ง และกลุ่มโรงพยาบาลย่อยภายใต้การบริหารงาน 6 แห่ง มีสัดส่วนคนไทยร้อยละ 95 ต่างประเทศร้อยละ 5 และมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้จากการสำรวจกลุ่มลูกค้ชาวต่างชาติที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย พบว่าร้อยละ 42 มาจากกลุ่มตะวันออกไกล ส่วนใหญ่เป็นชาวญี่ปุ่น และร้อยละ 7 มาจากกลุ่มประเทศในอาเซียน ในขณะที่ในประเทศสิงคโปร์กลุ่มลูกค้ร้อยละ 42 มาจากกลุ่มประเทศอินโดนีเซียร้อยละ 20 มาจากประเทศมาเลเซีย และร้อยละ 3 มาจากกลุ่มประเทศในอาเซียน ส่วนประเทศมาเลเซียพบว่ากลุ่มลูกค้ชาวต่างชาติร้อยละ 60 มาจากประเทศอินโดนีเซีย และร้อยละ 3 มาจากกลุ่มประเทศในอาเซียน (Arunanondchai & Fink, 2006) จากการจำแนกผู้ป่วยชาวต่างประเทศที่เข้ารับการรักษาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนไทย ในพ.ศ. 2550 สามารถจำแนกได้ดังตาราง (กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ สำนักการค้าบริการและการลงทุน, 2553) ดังตาราง 2.10

ตาราง 2.10 จำแนกผู้ป่วยชาวต่างประเทศที่เข้ารับการรักษาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนไทย  
ในพ.ศ. 2550

ประเทศ	คน	(%)
ญี่ปุ่น	233,389	16.99
สหรัฐอเมริกา	136,248	9.93
สหราชอาณาจักร	110,286	8.04
ยู.เอ.อี.	91,859	6.70
ออสเตรเลีย	42,668	3.15
เยอรมนี	41,313	3.02
พม่า	40,338	2.95
ฝรั่งเศส	37,251	2.72
อินเดีย	36,645	2.67
โอมาน	34,356	2.52
บังคลาเทศ	32,313	2.35
กัมพูชา	28,080	2.06
เกาหลีใต้	26,259	1.95
จีน	24,392	1.79
แคนาดา	22,907	1.68
อื่นๆ	435,503	31.48
<b>รวม</b>	<b>1,373,807</b>	<b>100.00</b>

1.2 ธุรกิจทางด้านบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น จากแนวโน้มที่มีจำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้น อันมีสาเหตุเนื่องมาจากอิทธิพลของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ที่มีแนวโน้มการขยายตัวมากยิ่งขึ้น โดยนิยามของคำว่า การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ หมายถึง การเดินทางข้ามประเทศจากประเทศหนึ่งมาอีกประเทศหนึ่ง เพื่อเข้ารับบริการทางการแพทย์ ควบคู่กับการท่องเที่ยว (โกมาตร, 2557) จากปรากฏการณ์ดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อกลุ่มของโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนที่ต้นตอต่อเรื่องนี้เป็นอย่างมากเพราะถือเป็นช่องทางหนึ่งที่น่ารายได้เข้าสู่องค์กรและถือเป็นธุรกิจที่สร้างรายได้หลักเข้าสู่ประเทศ (Product of Excellence) จะมีการขยายตัวโดยการรวมกลุ่มหรือสร้างเครือข่ายการบริการ ดังเช่น กลุ่มโรงพยาบาลกรุงเทพ กลุ่มโรงพยาบาลพญาไท ซึ่งวัตถุประสงค์หลักในการรวมกลุ่มเพื่อสร้างขีด ้อได้เปรียบในการ

จัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ด้วยราคาที่ต่ำและมีอำนาจในการต่อรองราคาที่สูงขึ้น โดยพบว่าค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลที่มีการรวมกลุ่มต่อรายได้จากกิจการโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ ร้อยละ 14 ในขณะที่ของกลุ่มโรงพยาบาลที่ไม่มีการรวมกลุ่มจะมีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ประมาณร้อยละ 21 (วิธาน , 2555) นอกจากนี้การพัฒนางานองค์กรให้ได้รับการยอมรับในระดับสากลโดยเฉพาะการขอรับรองสถานพยาบาลจาก Joint Commission International (JCI) สหรัฐอเมริกาก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งถือเป็นมาตรฐานหนึ่งที่เป็นที่รู้จักและเริ่ม มีบทบาทมากในประเทศไทยและประชาคมอาเซียน โดยพบว่าประเทศที่มีโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองจาก JCI เพียง 5 ประเทศจาก 10 ประเทศในประชาคมอาเซียนเท่านั้น ได้แก่ ประเทศไทย สิงคโปร์ อินโดนีเซีย มาเลเซีย และ ฟิลิปปินส์ ซึ่งประเทศไทยได้รับการรับรองมากที่สุด ในเอเชีย ในพ.ศ. 2555 มีโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน HA จำนวน 23 แห่ง (สมพร, 2555) สำหรับปัจจัยสนับสนุนการเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาล (ชัยวัช, 2556) ได้แก่

1. จำนวนประชากร จำนวนผู้ประกันตน สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุและการส่งเสริมของรัฐบาลให้ประชาชนมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น
2. นโยบายภาครัฐให้ไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย การเปิดเสรีการค้าและบริการ การขยายการแพทย์เชิงท่องเที่ยว และการติดต่อกับหน่วยงานรัฐบาลต่างประเทศในการส่งคนไข้มารักษาในประเทศไทย
3. ปัจจัยด้านโรงพยาบาล ได้แก่ ชื่อเสียงโรงพยาบาล ความสะดวกสบาย ความทันสมัยของเครื่องมือ ความชำนาญของผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงการได้รับรองมาตรฐานสากลเจซีไอ เช่น โรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลสมิติเวช และโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ เป็นต้น

จากแนวโน้มของประเทศไทยในอนาคตอันใกล้นี้ พบว่าโรงพยาบาลหลายแห่งในประเทศไทยจะมีการขยายตัวเพื่อรองรับผู้สูงอายุทั้งภายในประเทศและต่าง ประเทศเพิ่มขึ้น ซึ่งส่วนส่งเสริมพัฒนาธุรกิจบริการสำนักส่งเสริมและพัฒนาธุรกิจ ได้แบ่งลักษณะธุรกิจบริการสำหรับผู้สูงอายุออกเป็น 6 ประเภท คือ

- 1) สถานดูแลผู้สูงอายุประจำวัน โดยให้การดูแลผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวันบริการที่พัก แบบรายวันและค้างคืน แต่ไม่ได้ให้การรักษาพยาบาล
- 2) สถานบริบาล ให้บริการดูแลผู้สูงอายุทั้งทางด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ทั่วไป และมีการให้บริการทางการแพทย์ มีแพทย์และพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด
- 3) ที่อยู่อาศัยเฉพาะผู้สูงอายุ เป็นธุรกิจที่ได้รับความสนใจจากผู้สูงอายุชาวต่างชาติเป็นจำนวนมาก โดยเป็นธุรกิจที่ให้บริการ ผู้สูงอายุหรือผู้เตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปี ขึ้นไป เช่าซื้อบ้านในระยะยาว โดยมากเป็นระยะเวลา 30 ปี โดยอยู่อาศัยได้จนถึงอายุชั้ย แต่ไม่



สามารถมีกรรมสิทธิ์ในบ้านนั้นได้เมื่อเสียชีวิตก่อนครบกำหนดเช่าซื้อ ซึ่งรัฐบาลไทยสนับสนุนให้สร้างแหล่งพำนักระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุนี้มาเป็นเวลากว่าสิบปีแล้ว

4) บริการส่งผู้ดูแลไปดูแลผู้สูงอายุไปที่บ้าน เป็นการจัดส่งผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งผ่านการอบรมในสถานศึกษาไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน พบว่าธุรกิจประเภทนี้มีเป็นจำนวนมาก เนื่องจากเป็นธุรกิจที่มีการลงทุนน้อยและมีการบริหารจัดการที่ไม่ซับซ้อน

5) สถานสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุที่ยากจนไร้ญาติ มีการให้บริการด้านที่พักอาศัยและอาหารบริการ ส่วนการดูแลเรื่องส่วนตัวผู้สูงอายุต้องจัดหามาเอง

6) สถานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นสถานที่ให้บริการด้านการตรวจสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพควบคู่กัน

2) การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย จากสภาวะการณ์ในปัจจุบันพบว่าโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมากในประเทศไทยได้มีการปรับตัวและขยายขอบเขตด้านการบริการเพื่อมุ่งเน้นกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติเพิ่มมากขึ้น อาทิเช่น กลุ่มที่เน้นการรักษาที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านศัลยกรรมตกแต่ง ด้านทันตกรรม กลุ่มที่เน้นการรักษาด้วยเทคโนโลยีในระดับสูง เช่น การรักษาด้วยสเต็มเซลล์ (stem cell) และกลุ่มที่เน้นการให้บริการตรวจสุขภาพ และจากข้อมูลการจัดอันดับแหล่งท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของโรงพยาบาล 10 อันดับแรกของโลก (The World's Best Hospitals for Medical Tourists) จากการรายงานของสถาบันเครือข่ายพันธมิตรการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Travel Quality Alliance, 2013) ในยุโรป มีดังนี้

อันดับ 1 ประเทศมาเลเซีย โรงพยาบาล Prince Court Medical Center

อันดับ 2 ประเทศเยอรมนี โรงพยาบาล Asklepios Klinik Barmbek

อันดับ 3 ประเทศเลบานอน โรงพยาบาล Clemenceau Medical Center

อันดับ 4.ประเทศอินเดีย โรงพยาบาล Fortis Hospital

อันดับ 5 ประเทศเกาหลี โรงพยาบาล Wooridul Spine Hospital

อันดับ 6 ประเทศไทย โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์

อันดับ 7 ประเทศตุรกี โรงพยาบาล Anadolu Medical Center

อันดับ 8 ประเทศไทย โรงพยาบาลกรุงเทพ

อันดับ 9 ประเทศสิงคโปร์ โรงพยาบาล Gleneagles Hospital

อันดับ 10 ประเทศอินเดีย โรงพยาบาล Asian Heart Institute, Mumbai

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลในประเทศไทยที่เป็นที่ยอมรับของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติได้แก่ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์และโรงพยาบาลกรุงเทพ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นโรงพยาบาลเอกชนอื่นๆในประเทศไทยก็ได้มีการขยายตัวเพื่อรองรับกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติที่เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพบุคคลากรเพื่อให้บริการกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยผ่าน

กระบวนการจัดรูปแบบการศึกษาให้กับบุคคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในการจัดรูปแบบการศึกษาของสถานศึกษาในปัจจุบัน แบ่งได้เป็น 3 ระบบ คือ การศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อต่อไป

### 3.6 แนวคิดด้านการจัดการระบบการศึกษาตามสาขาอาชีพ

โครงสร้างของระบบการศึกษาไทยในปัจจุบันประกอบด้วย ระบบการศึกษาในโรงเรียน ระบบการศึกษานอกโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัย ตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ระบบการศึกษาในระบบจะมีการแบ่งการศึกษาออกเป็น การศึกษาขั้นพื้นฐานซึ่งรัฐต้องมีการจัดการศึกษาให้กับ ผู้เรียนอย่างน้อย 12 ปี ประกอบด้วย การศึกษาปฐมวัย ประถมศึกษา และมัธยมศึกษา ซึ่งมักจะมีการเรียกว่าย่อย ๆ ว่าระบบ 6-3-3 หมายถึง มีการจัดระบบการศึกษา ประถมศึกษา 6 ปี (6 ระดับชั้น) การศึกษาขั้นมัธยมศึกษาตอนต้น 3 ปี (3 ระดับชั้น) และการศึกษาขั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย 3 ปี (3 ระดับชั้น) ส่วนการศึกษาหลังจากการศึกษาขั้นพื้นฐานจะเรียกว่า การศึกษาระดับอุดมศึกษา ซึ่งจะแบ่งออกเป็นการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี เช่น การศึกษาในระบบของอาชีวศึกษา และการศึกษาในระดับปริญญาตรี เช่น การศึกษาในมหาวิทยาลัย (กระทรวงศึกษาธิการ, 2545)

ในการศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อการพัฒนาสมรรถนะด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ผู้วิจัยมีแนวคิดในการจัดการรูปแบบการศึกษา เป็น การศึกษานอกระบบ เพื่อแก้ไขปัญหาด้านการบริการด้านการท่องเที่ยวทางการแพทย์ ในประเทศไทย ซึ่งขณะนี้เป็นที่ต้องการของผู้ประกอบการด้านการท่องเที่ยวและทางการแพทย์ เนื่องจากประเทศไทยก้าวเข้าสู่สมาคมเศรษฐกิจอาเซียนซึ่งมีการเคลื่อนย้ายแรงงานฝีมืออย่างเสรี และมีการหลั่งไหลของนักท่องเที่ยวเข้ามาในประเทศไทยเพิ่มขึ้น โดยโครงสร้างเนื้อหาหลักสูตรได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะที่จำเป็นในสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ จำนวนทั้งสิ้น 42 ตัวชี้วัด ประกอบด้วยตัวชี้วัดด้านสมรรถนะตามสายอาชีพจำนวน 25 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไปจำนวน 17 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดทั้งหมดจะนำไปสร้างแบบสอบถาม เพื่อประเมินความจำเป็นเกี่ยวกับสมรรถนะดังกล่าว จากผู้ให้บริการและผู้ประกอบการในโรงพยาบาลที่มีการบริการทางการแพทย์สำหรับลูกค้าชาวต่างชาติ เมื่อได้ตัวชี้วัดที่จำเป็นแล้วจะนำมาดำเนินการจัดกลุ่มสมรรถนะที่จำเป็นโดยใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis) และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) หลังจากนั้นจึงนำมาดำเนินการกำหนดเนื้อหาวิชาที่เกี่ยวข้อง แนวทางการดำเนินงานการจัดตั้งโรงเรียนเอกชนนอกระบบ มีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ ประเภทของหลักสูตร วิธีการเรียนการสอน การวัดและประเมินผล ซึ่งผู้วิจัยนำแนวทางการจัดการหลักสูตรทั้งของ การจัดการศึกษานอกระบบ พุทธศักราช 2551 (ฉบับ

ปรับปรุง พุทธศักราช 2555) ของสำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงศึกษาธิการ และการจัดตั้งโรงเรียนเอกชนนอกระบบของกลุ่มงานส่งเสริมสถานศึกษาเอกชน มาเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เมื่อสามารถสรุปองค์ประกอบทั้งหมดเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะนำไปประเมินรูปแบบการจัดการศึกษาจากผู้ประกอบการและผู้ปฏิบัติงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยชาวต่างชาติในโรงพยาบาลเอกชน เพื่อยืนยันรูปแบบการจัดการศึกษาสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

### 3.7 การกำหนดรูปแบบการจัดการศึกษา

การกำหนดรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ผู้นำแนวคิดการจัดการศึกษานอกระบบมาดำเนินการกำหนดรูปแบบการจัดการศึกษา ซึ่งหลักการการจัดหลักสูตรการศึกษานอกระบบมีดังนี้ (สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงศึกษาธิการ , 2555)

- 1) เป็นหลักสูตรที่มีความยืดหยุ่น ทั้งด้าน สาระการเรียนรู้ เวลาเรียน และการจัดการเรียนรู้โดยสามารถบูรณาการให้มีสอดคล้องกับวิถีชีวิต บุคคล ชุมชน และสังคม
- 2) สามารถมีการเทียบโอนผลการเรียนจากการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย
- 3) สนับสนุนให้ผู้เรียนสามารถมีการพัฒนาและมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต
- 4) สนับสนุนให้มีภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษา สำหรับองค์ประกอบของการจัดการศึกษานอกระบบ มีส่วนต่างๆที่สำคัญ ดังนี้

#### 1. เป้าหมายของหลักสูตร

##### 1.1 จุดมุ่งหมายในการจัดการศึกษา

จุดมุ่งหมายในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความสามารถในการประกอบอาชีพสาขาอาชีพด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ซึ่งมีความสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมปัจจุบันที่มีความต้องการด้านสาขาอาชีพนี้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เพื่อรองรับการเข้ามารับบริการของลูกค้าชาวต่างชาติ จากการประกาศนโยบายของประเทศในการเป็นศูนย์กลางการแพทย์แห่งเอเชีย และการเปิดการค้าเสรีอาเซียน ตามแนวทางการจัดการศึกษาของโรงเรียนเอกชนนอกระบบมีการกำหนดประเภท ของการศึกษา ไว้ 4 แบบ คือ ประเภทสอนศาสนา ประเภทศิลปะและกีฬา ประเภทวิชาชีพ ประเภทกวดวิชา และประเภทสร้างเสริมทักษะชีวิต (กลุ่มส่งเสริมสถานศึกษาเอกชน , 2550) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้จัดอยู่ในประเภทวิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาในการ

พัฒนาอาชีพสาขาผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ โดยผู้เข้ารับการศึกษามีการทักษะในการประกอบอาชีพ

สำหรับการกำหนดชื่อหลักสูตร ระยะเวลาในการศึกษา และตำแหน่งที่ตั้งผู้วิจัย ดำเนินการวิเคราะห์ชื่อหลักสูตร โดยการทำการสำรวจหลักสูตรการเรียนการสอนของ หลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลของโรงเรียน จำนวน 16 แห่ง จากใบรายงานผลการศึกษาศึกษาของผู้ที่มาสมัครทำงานตำแหน่ง ผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง และเพื่อเป็นปกปิดข้อมูลจากสถาบันที่ทำการสำรวจ ผู้วิจัยกำหนดให้มีการใช้สัญลักษณ์ N1, N2, N3, N4.....เพื่อเป็นตัวแทนสถาบันโรงเรียนที่เปิดสอนผู้ช่วยพยาบาลแห่งที่ 1, 2, 3, 4.....ตามลำดับ ดังตาราง 2.11

ตาราง 2.11 รายละเอียดหลักสูตรจากการสำรวจโรงเรียนสอนผู้ช่วยพยาบาล

โรงเรียนสอนผู้ช่วย พยาบาล	ชื่อหลักสูตร	ระยะเวลาใน การศึกษา (เดือน)	ตำแหน่งที่ตั้ง
N1	การดูแลผู้สูงอายุและการดูแลเด็กเล็ก	6	สงขลา
N2	ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล	12	ตรัง
N3	การดูแลเด็กเล็กและผู้สูงอายุ	6	กรุงเทพมหานคร
N4	ประกาศนียบัตรการดูแลเด็กเล็กและ หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ	6	สงขลา
N5	Certificate program for practical nurse	12	สงขลา
N6	ประกาศนียบัตรการดูแลเด็กเล็กและการ ดูแลผู้สูงอายุ	6	ตรัง
N7	ประกาศนียบัตรการดูแลเด็กเล็กและการ ดูแลผู้สูงอายุ	6	ตรัง
N8	ประกาศนียบัตรการดูแลเด็กเล็กและการ ดูแลผู้สูงอายุ	6	ตรัง
N9	ประกาศนียบัตรหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล	12	พัทลุง
N10	การดูแลผู้สูงอายุและการดูแลเด็กเล็ก	6	นครศรีธรรมราช
N11	ประกาศนียบัตรหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล	12	ชลบุรี
N12	ประกาศนียบัตรหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล	12	ปทุมธานี
N13	Certificate program for practical nurse	12	กรุงเทพมหานคร
N14	การดูแลเด็กเล็กและผู้สูงอายุ	6	สตูล
N15	การดูแลเด็กเล็กและผู้สูงอายุ	6	กรุงเทพมหานคร
N16	การดูแลเด็กเล็กและการดูแลผู้สูงอายุ	6	นครศรีธรรมราช

จากการสำรวจชื่อหลักสูตร และระยะเวลาในการศึกษาจากโรงเรียนสอนผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 16 แห่ง พบว่า ชื่อหลักสูตรมีความซ้ำซ้อน สามารถแบ่งลักษณะของหลักสูตร ได้เป็น 2 แบบ คือ หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุและเด็กเล็ก ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา 6 เดือน และหลักสูตรประกาศนียบัตรหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล ระยะเวลาในการศึกษา 12 เดือนหรือ 1 ปี ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการสำรวจ ข้อมูลจากสื่อออนไลน์เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรงเรียนที่มุ่งเน้นการบริการชาวต่างชาติ จำนวน 4 แห่ง โดยใช้สัญลักษณ์ N17 – N20 เพิ่มเติมดังตาราง 2.12

ตาราง 2.12 รายละเอียดหลักสูตรจากการสำรวจโรงเรียนสอนผู้ช่วยพยาบาลเอกชน ที่มุ่งเน้นการบริการชาวต่างชาติ

โรงเรียนสอนผู้ช่วยพยาบาล	ชื่อหลักสูตร	ระยะเวลาในการศึกษา	ตำแหน่งที่ตั้ง
N17	หลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล และการดูแลผู้สูงอายุสไตล์ญี่ปุ่น	6 เดือน	กรุงเทพมหานคร
N18	หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุต่างชาติ	22 วัน 150 ชม.	เชียงใหม่
N19	หลักสูตรพนักงานผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยนานาชาติ	12 เดือน	กรุงเทพมหานคร
N20	หลักสูตรรองรับการทำงานในประเทศและต่างประเทศ		กรุงเทพมหานคร
	1) หลักสูตรพนักงานผู้ช่วยพยาบาล (Basic)	6 เดือน	
	2) หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ (Aging)	2 เดือน	
	3) หลักสูตรผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุและเด็กเล็กเข้มข้นในระยะสั้น (Helper)	1 เดือน	
	4) หลักสูตรพนักงานผู้ช่วยพยาบาล ภาคพิเศษวันอาทิตย์ (Basic Weekend)	6 เดือน	

จากตาราง 2.12 พบว่า ลักษณะของหลักสูตรมีทั้งหลักสูตรระยะเวลานั้น ๆ 22 วัน 1 เดือน 2 เดือน และหลักสูตรที่ใช้ระยะเวลา 6 เดือน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความประสงค์ เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความสามารถในการประกอบอาชีพสาขาอาชีพด้านการท่องเที่ยวเชิง

การแพทย์ และมุ่งเน้นการบริการที่ตอบสนองความต้องการของชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย ดังนั้นข้อกำหนดชื่อหลักสูตรว่า “หลักสูตรพนักงานผู้ช่วยพยาบาลในการบริการชาวต่างชาติ” โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน เนื่องจากมีความครอบคลุมทั้งทางภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

## 1.2 กลุ่มเป้าหมาย

ในการกำหนดกลุ่มเป้าหมายของผู้เรียนตามแนวคิดการจัดการศึกษานอกระบบ หมายถึง กลุ่มเป้าหมายที่เป็นประชาชน ที่ไม่ได้อยู่ในระบบโรงเรียน ซึ่งตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย พ.ศ. 2551 ระบุว่า “เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาให้บุคคลได้รับการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยอย่างทั่วถึง และมีคุณภาพตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษา ในรูปแบบการศึกษานอกระบบหรือการศึกษาตามอัธยาศัยได้ แล้วแต่กรณี ” (สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงศึกษาธิการ, 2555)

ดังนั้นการรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ จึงมีเป้าหมายเพื่อการออกแบบการศึกษาให้กลุ่มนักเรียนที่จบการศึกษาหรือออกจากการศึกษา ได้มีโอกาสไปฝึกพัฒนาอาชีพ โดยอยู่ในรูปแบบของการศึกษานอกระบบ โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ที่เข้าเรียนตามแนวทางการจัดหลักสูตรการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2552) ซึ่งสามารถกำหนดคุณสมบัติของผู้ที่เข้าศึกษาด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ได้ดังนี้

1. มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่า มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) หรือเทียบเท่าตามหลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง
2. น้ำหนักไม่ต่ำกว่า 40 กิโลกรัม
3. ส่วนสูงไม่ต่ำกว่า 150 เซนติเมตร
4. มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และไม่ใช่อุปสรรคต่อการอบรมหรือปฏิบัติงาน
5. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก
6. ไม่เป็นโรคต้องห้ามตามที่สภาการพยาบาลกำหนด
7. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
8. ไม่เป็นคนวิกลจริต คนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

## 2. การจัดการเรียนการสอน

### 2.1 วิธีการเรียนรู้

สำหรับการจัดการ เรียนรู้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวทางการศึกษาหลักสูตร ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลของสภาการพยาบาลที่กำหนดหลักสูตรการเรียนรู้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การเรียนรู้ทางด้านทฤษฎี การเรียนรู้และฝึกปฏิบัติจากห้องปฏิบัติการสาธิต และการฝึก ปฏิบัติการในสถานที่จริง (สภาการพยาบาล . 2552) โดยมีการจัดการเรียนรู้โดยการพบกลุ่ม เป็น กระบวนการการศึกษาที่เน้นการเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นหลัก มีการพบกลุ่มเพื่อนำเสนอสิ่งที่ได้ไปศึกษา ค้นคว้ามา และมีการร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปร่วมกัน (สำนักบริหารงานการศึกษาออก โรงเรียน สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2549)

### 2.2 เนื้อหาวิชา

สำหรับ โครงสร้าง เนื้อหา ของหลักสูตร วิชาในการจัดการเรียนการสอน ได้มาจากการสร้างแบบสอบถามเพื่อสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะตามสาย อาชีพ และความจำเป็นด้านสมรรถนะทั่วไป จากผู้ประกอบการ และผู้ให้บริการพยาบาลลูกค้า ชาวต่างชาติที่เข้ามารับการรักษาในประเทศไทย ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการ พยาบาล หัวหน้าแผนก และผู้ปฏิบัติการพยาบาล และนำมาจัดกลุ่มสมรรถนะที่จำเป็นโดยใช้การ วิเคราะห์เชิงสำรวจ และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน เมื่อได้ข้อมูลดังกล่าวแล้วจึงนำมากำหนด เนื้อหาวิชาที่เกี่ยวข้องและการกำหนดผู้สอนต่อไป

### 2.3 การวัดและประเมินผล

ในการกำหนดเกณฑ์การ วัดและประเมินผล ผู้วิจัยกำหนดแนวทางการ วัดและประเมินผลการศึกษาตามแนวปฏิบัติการวัดและประเมินผลการเรียนรู้ ตามหลักสูตรแกนกลาง การศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551 (สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา สำนักงาน คณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ , 2551) โดยกำหนดเกณฑ์การตัดสินผ่าน แต่ละวิชาที่ร้อยละ 50 จากนั้นจึงให้ระดับผลการเรียนที่ผ่าน เป็น 4 ระบบ ได้แก่ ระบบตัวเลข ระบบ ตัวอักษร ระบบร้อยละ และระบบที่ใช้ค่าสำคัญสะท้อนมาตรฐาน ดังตาราง 2.13

ตาราง 2.13 แนวทางการวัดและประเมินผลการศึกษา

ระบบตัวเลข	ระบบตัวอักษร	ระบบร้อยละ	ระบบที่ใช้ค่าสำคัญ สะท้อนมาตรฐาน
4.00	A	80-100	ดีเยี่ยม
3.50	B+	75 - 79	ดี
3.00	B	70 - 74	
2.50	C+	65 - 69	พอใช้
2.00	C	60 - 64	
1.50	D+	55 - 59	ผ่าน
1.00	D	50 - 54	
0	F	0 - 49	ไม่ผ่าน

สำหรับการประเมินผลการเรียนในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการประเมินผลตามระบบตัวอักษร ซึ่งเป็นไปตามระเบียบการวัดและประเมินผลตามเกณฑ์ของสภาการพยาบาล ดังตาราง 2.14 (คณะกรรมการพัฒนาและรับรองหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สภาการพยาบาล, 2552)

ตาราง 2.14 เกณฑ์การการประเมินผลการเรียน

ระดับคะแนน	ความหมาย	ค่าคะแนนต่อหน่วยกิต
A	ผลการเรียนประเมินขั้นดีเยี่ยม	4.00
B+	ผลการเรียนประเมินขั้นดีมาก	3.50
B	ผลการเรียนประเมินขั้นดี	3.00
C+	ผลการเรียนประเมินขั้นค่อนข้างดี	2.50
C	ผลการเรียนประเมินขั้นพอใช้	2.00
D+	ผลการเรียนประเมินขั้นอ่อน	1.50
D	ผลการเรียนประเมินขั้นอ่อนมาก	1.00
F	ผลการเรียนประเมินขั้นตก	0.00 และ I*

\*I (Incomplete) หมายถึง การวัดผลยังไม่สมบูรณ์ใช้สำหรับรายวิชาที่มีค่าคะแนนในกรณีใดกรณีหนึ่ง ดังต่อไปนี้

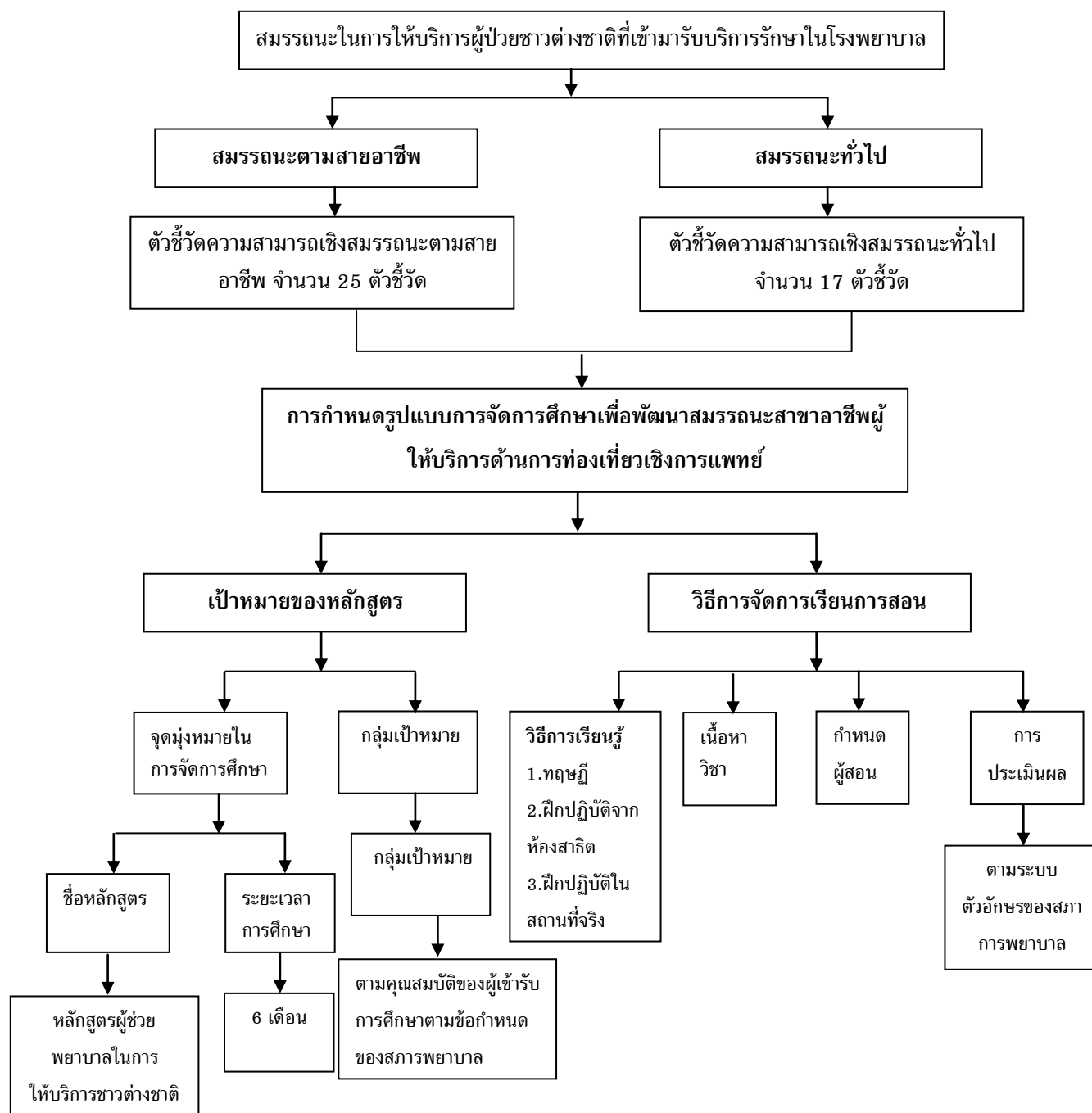
- 1) ผู้เข้ารับการศึกษาบรมไม่ได้เข้าสอบหรือไม่ส่งผลงานด้วยเหตุสุดวิสัย
- 2) ผู้เข้ารับการศึกษาบรมยังไม่ปฏิบัติงานไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งนี้ต้องได้รับอนุมัติจาก

ผู้รับผิดชอบรายวิชา



จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการศึกษา ผู้วิจัยสามารถสรุปกรอบแนวคิดในการจัดการรูปแบบการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ได้ดังแผนภาพ 2.11

### 3.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 2.11 กรอบแนวคิดในการจัดการรูปแบบการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะสาขาวิชาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

### 3.9 มุมมองด้านการศึกษาไทยในอนาคต

สภาพทางสังคมในปัจจุบันมีลักษณะที่เรียกว่า สังคมแห่งโลกาภิวัตน์ (Globalization) (Noddings, 2010) ส่งผลต่อความเป็นอยู่ของคนในสังคม รวมถึงรูปแบบการเรียนการสอนที่เกิดขึ้น เพื่อให้มีความทันสมัย ทันต่อโลก และเหตุการณ์ ซึ่งปัญหาในระบบการศึกษาเป็นปัญหาที่สะสมต่อเนื่องมายาวนาน จากผลการศึกษาดังแต่อดีต โดยใน พ.ศ. 2539 ได้พบประเด็นปัญหาด้านการศึกษาต่างๆที่เกิดขึ้นในประเทศไทย ได้แก่ (เกรียงศักดิ์, 2539)

1) ปัญหาการอพยพถิ่นฐาน จากหลักสูตรภาคบังคับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อายุโดยเฉลี่ย 12 ปี ทำให้ประชากรจบการศึกษาภาคบังคับต้องออกหางานทำตามเมืองใหญ่ๆ

2) ปัญหาช่องว่างระหว่างรายได้คนรวย-คนจน อันเนื่องจากสาเหตุความด้อยโอกาสทางการศึกษาที่ส่งผลกระทบระยะยาว

3) การกระจายความเจริญไม่เท่าเทียมกัน ทำให้ไม่สามารถกระจายสถานศึกษาสู่ชนบทสืบเนื่องมาจากนโยบายของการ “รวมศูนย์อำนาจ” ไว้ที่ส่วนกลาง

4) การขาดแคลนฝีมือแรงงานระดับสูง โดยมีสาเหตุมาจาก

4.1 ขาดการวางแผนระยะยาวในการผลิตบุคลากรให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาแห่งชาติ

4.2 แผนการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการและทบวงมหาวิทยาลัยไม่สอดคล้องกัน

4.3 โครงสร้างการบริหารระดับอุดมศึกษาอยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐ

5) ปัญหาการว่างงานอันสืบเนื่องมาจากความด้อยโอกาสทางการศึกษาของเด็กและเยาวชนหลังการศึกษาภาคบังคับ การผลิตกำลังคนบางสาขาวิชาเกินความต้องการของสังคม เกิดสภาวะการณ์ว่างงาน

6) ปัญหาด้านแรงงานเด็ก เนื่องจากเด็กขาดโอกาสหรือด้อยโอกาสทางการศึกษา

7) ปัญหาด้านขาดการวางแผนเรื่องการแบ่งเขตพื้นที่ ( Zone ) ของโรงเรียน

ปัญหาดังกล่าวยังคงมีอย่างต่อเนื่องซึ่งนิติ (2541) ได้กล่าวสรุปถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบการศึกษาไทยมาจาก 3 ประเด็นหลัก คือ

1) ด้านปริมาณ พบว่า นักเรียนที่เข้าเรียนต่อชั้นในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปมีสัดส่วนลดลงอย่างรวดเร็วจนเหลือเพียงเล็กน้อยในชั้นหลังมัธยมศึกษา ทำให้ปริมาณของแรงงานมีไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในภาวะที่ประเทศมีการขยายตัวไปสู่สังคมอุตสาหกรรม

2) ด้านคุณภาพ พบว่า ในด้านการศึกษาในลักษณะของงานวิจัย มีน้อยทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ซึ่งไม่อาจนำไปต่อยอดการพัฒนาได้

3) ขาดความเป็นธรรม โดยเฉพาะการขยายโอกาสทางการศึกษาระหว่างคนจนและคนรวย ในเมืองและชนบท เป็นต้น

ปัจจุบันจากข้อมูลเชิงสถิติของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า เด็กไทยร้อยละ 70 ต้องออกจากระบบการศึกษาหลังจากจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย โดยการเปรียบเทียบจากเด็ก 10 คนที่เข้าสู่ระบบการศึกษาที่พบว่า (รุ่งนภา, 2556)

- เด็กนักเรียน 1 คน ที่ไม่จบการศึกษาคะบังคับ
- เด็กนักเรียน 3 คน ออกไปทำงานหลังจากจบมัธยมศึกษาตอนต้น
- เด็กนักเรียน 2 คน ออกไปทำงานหลังจากจบมัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวส.
- เด็กนักเรียน 4 คน เรียนต่อในระดับอุดมศึกษา ในจำนวนนี้มี 1 คนที่ไม่จบอีก 2 คน จบการศึกษาแต่ไม่สามารถหางานทำได้ภายใน 1 ปี และมีเพียงคนเดียวที่สามารถหางานทำได้ภายในระยะเวลา 1 ปี

นอกจากนี้ในส่วนของผู้ประกอบการที่รับนักศึกษาเข้าทำงาน จากการสำรวจของธนาคารโลก พบว่านักศึกษาที่เข้าทำงาน ยังขาดทักษะและประสิทธิภาพในการทำงานหลายด้าน โดยเฉพาะทักษะทางด้านภาษาอังกฤษ เทคโนโลยีสารสนเทศ การคิดคำนวณ ความคิดสร้างสรรค์ ความเป็นผู้นำในการสื่อสาร การบริหารเวลา การแก้ไขปัญหา การทำงานเป็นทีม รวมทั้งความเป็นมืออาชีพในงานนั้น ๆ ซึ่งสภาพปัญหาดังกล่าวมีลักษณะใกล้เคียงกับประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งประเทศดังกล่าวใช้แนวทางในการแก้ปัญหาโดยการปฏิรูปการศึกษาที่เรียกว่า “Career Technical Education” โดยปัจจัยความสำเร็จของแนวทางดังกล่าวคือ การทำงานร่วมกันระหว่างส่วนภาคการศึกษาและผู้ประกอบการ เอกชนในร่วมกันการจัดการศึกษาและออกแบบหลักสูตรให้กับผู้เรียนโดยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ เมื่อจบการศึกษาเด็กสามารถเข้าทำงานในสายอาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นหรือเลือกที่จะเรียนต่อในระดับการศึกษาที่สูงขึ้นได้ (ปิยะบุตร และเกศรา, 2556) นอกจากนี้ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีการจัดรูปแบบการศึกษาในลักษณะดังกล่าวแล้ว ประเทศไต้หวันก็มีการจัดรูปแบบการศึกษาที่เรียกว่า “Cooperative work experience” เป็นการออกแบบการศึกษามาเพื่อนักเรียนที่มีฐานะยากจนให้เข้ามาสู่ระบบการศึกษา และฝึกงานในโรงเรียนอาชีวศึกษาระดับมัธยมเป็นเวลา 3 ปี ได้รับใบอนุญาตและระหว่างฝึกงานก็มีสิทธิ์รับรายได้จากการฝึกงานร่วมด้วย (Lai, 2013) นอกจากนี้ประเทศที่ได้ขึ้นชื่อว่าประสบความสำเร็จในการจัดการศึกษาด้านสายอาชีพของโลก ได้แก่ ประเทศเยอรมนี ซึ่งการเรียนสายอาชีพในประเทศเยอรมนีถูกกำหนดให้อยู่ในการศึกษาคะบังคับ ทำให้อัตราการว่างงานของเยอรมนีมีเพียงร้อยละ 5.5 ในขณะที่อัตราการว่างงานในประเทศกลุ่มยุโรปมีถึงร้อยละ 12 (คิมรันโด, 2557) จากบทเรียนดังกล่าวประเทศไทยควรนำมาเป็นบทเรียนในการจัดการศึกษาให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมและผู้ประกอบการมากยิ่งขึ้นเพื่อพัฒนาแรงงานของคนไทยที่

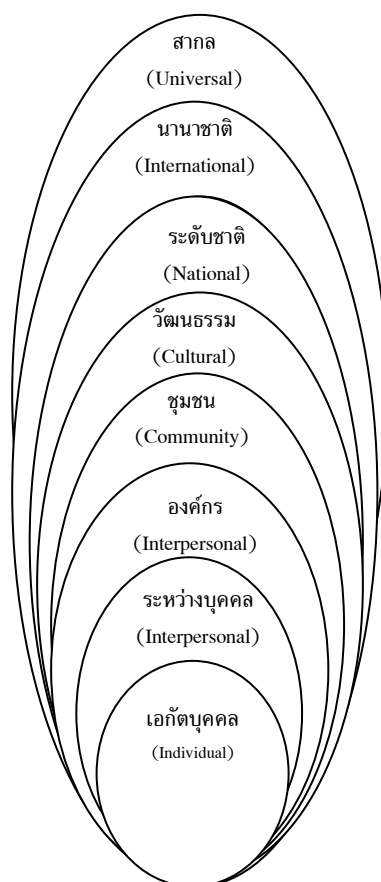
ตอบโจทย์ความต้องการของสังคม ซึ่งแนวทางในการออกแบบการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ เกรียงศักดิ์ (2541) ที่กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาการศึกษาไทย มี 3 ระดับคือ

ระดับที่ 1 การศึกษาเพื่ออัตตา เพื่อสร้างเป็นเครื่องมือในการประกอบอาชีพ

ระดับที่ 2 การศึกษาเพื่อชีวา เพื่อการสร้างสรรค์และพัฒนาคน

ระดับที่ 3 การศึกษาเพื่อปวงประชา เพื่อยกระดับจิตใจของผู้เรียน

นอกจากนี้ พรชูลี (2542) ได้ทำการวิจัยเรื่องรูปแบบการศึกษาไทยที่สมดุลกับบริบทและสังคมไทยในศตวรรษที่ 21 ได้นำเสนอรูปแบบการศึกษาเพื่ออนาคตในศตวรรษที่ 21 โดยเริ่มต้นจากการศึกษาเพื่ออัตตา ดังแผนภาพ



ภาพ 2.12 ทิศทางการศึกษาเพื่ออนาคตในศตวรรษที่ 21

จากภาพ 2.12 จะเห็นได้ว่าการเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพต้องเริ่มจากความต้องการการเรียนรู้ของแต่ละคน (อัตตา) ซึ่งเป็นความต้องการของผู้เรียนที่มีความประสงค์จะพัฒนาศักยภาพของตนเองโดยการเข้าเรียนในระบบการศึกษาระบบใดระบบหนึ่ง เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการ

เรียนไปพัฒนาอาชีพจะนำไปสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล องค์กร จนถึงระดับชาติและนานาชาติต่อไป ซึ่งแนวคิดดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะ ด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ซึ่งถือเป็นการการพัฒนาวิชาชีพ (Professional Development) ที่เป็นทางเลือกหนึ่งให้กับนักศึกษาที่ต้องการประกอบอาชีพใดอาชีพหนึ่งหลังจากที่จบการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า เป็นต้นไป

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และสนับสนุนการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทย มีวัตถุประสงค์การวิจัย 4 ข้อ ดังนี้

1. เพื่อกำหนดความสามารถเชิงสมรรถนะตามสายอาชีพ สาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์
2. เพื่อกำหนดความสามารถเชิงสมรรถนะด้านทั่วไป สาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์
3. เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะกลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้อำนวยการพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนก และผู้ปฏิบัติการพยาบาล ในโรงพยาบาลเอกชน
4. เพื่อกำหนดรูปแบบการจัดการศึกษาด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Data) โดยผู้วิจัยจะนำเสนอรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับวิธีการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ประชากร กลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล วิธีการสถิติต่างๆที่ใช้ ดังนี้

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรของงานวิจัยนี้ คือ ผู้อำนวยการพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนก และผู้ปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลทั้ง 23 แห่ง ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแล้วพบว่า ชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ จะเลือกเข้ารับบริการโรงพยาบาลเอกชนที่มีขนาด 100 เตียงขึ้นไป และผ่านการรับรองมาตรฐานสากล JCI จำนวน 23 แห่ง ข้อมูล ณ วันที่ 19 พฤษภาคม 2556 (สมพร, 2555; จารุวรรณ, 2556)

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้อำนวยการพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนก และผู้ปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างนี้คำนวณจำนวนประชากรจากจำนวนเตียงขั้นต่ำคือ 100 เตียง สัดส่วนของเจ้าหน้าที่พยาบาลต่อจำนวนเตียง

ในหอผู้ป่วยในคือ 1 คน ต่อจำนวนคนไข้ 6 เตียง (สภากาชาด, 2548) ดังนั้นจะมีจำนวนเจ้าหน้าที่พยาบาลดูแลชั้นต่ำอย่างน้อย 17 คน (100/6) ต่อ 1 โรงพยาบาล ดังนั้นโรงพยาบาลทั้งหมด 23 แห่ง มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 391 คน (23X17) ซึ่งในกรณีที่จำนวนประชากรเป็นหลัก ร้อยใช้กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 15-30 (ประสพชัย, 2555) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยครั้งนี้ คือ 59 - 117 คน โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ดังนี้

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	1	คน
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล	1	คน
หัวหน้าแผนก	1	คน
ผู้ปฏิบัติการพยาบาล	5	คน

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการโดยการส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลละ 10 ฉบับ ในช่วงเดือนตุลาคม 2558 - เดือนเมษายน 2559 โดยมีการติดตามทางโทรศัพท์ทุก 2 อาทิตย์ จากการติดตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการตอบแบบสอบถามกลับทั้งสิ้น 105 ราย จากโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด 9 แห่ง ส่วนโรงพยาบาลที่ไม่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่แจ้งว่าเป็นนโยบายของโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่เปิดเผยข้อมูลให้ภายนอก กลุ่มตัวอย่างที่ตอบกลับ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจำนวน 9 ราย หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล จำนวน 15 ราย หัวหน้าแผนก จำนวน 27 ราย และผู้ปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 54 ราย

## 2. เครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยมีการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

### 2.1 การสร้างเครื่องมือ

1. มีการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับรูปแบบและวิธีการสร้างแบบสอบถาม เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้
2. กำหนด ประเภท ลักษณะของคำถาม มาตรวัด ของแบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัย รวมไปถึงกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมายของคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม
3. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อการตรวจสอบและพิจารณาจุดบกพร่อง รวมทั้งข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อนำมาปรับปรุงแบบสอบถาม

### 2.2 การตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

#### 2.2.1 การหาความตรงเชิงเนื้อหา

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ได้แก่ ผู้อำนวยการ



โรงพยาบาลเอกชนจำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาหลักสูตรการศึกษา จำนวน 1 ท่าน อาจารย์ด้านการพยาบาลจำนวน 1 ท่าน ผู้ประกอบการด้านการบริการนำเที่ยวชาวต่างชาติจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลที่ให้บริการผู้รับบริการชาวต่างชาติในโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 1 ท่าน โดยผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน มาประเมินความตรงตามเนื้อหา โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความตรงเชิงโครงสร้างและเนื้อหาของตัวชี้วัด ซึ่งกำหนดความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1,2,3,4 มีความหมายดังนี้

ความคิดเห็นระดับ 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับค่านิยม

ความคิดเห็นระดับ 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการ

พิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่าง

มากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำ

นิยาม

ความคิดเห็นระดับ 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการ

พิจารณาทบทวน และปรับปรุง

เล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับ

ค่านิยม

ความคิดเห็นระดับ 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำ

นิยาม

2) รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญของแต่ละท่านมาแจกแจงตามระดับความคิดเห็นทั้ง 4 ระดับ คือ 1, 2, 3, 4 และนำข้อเสนอแนะของแต่ละท่านมาดำเนินการปรับปรุงแก้ไข

3) ดำเนินการหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยวิธี I-CVI (Item Content Validity Index, I-CVI) หาได้จากจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินข้อคำถามอยู่ในระดับความสอดคล้อง คือ ประเมินในระดับ 3 หรือ 4 หาค่าด้วยจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ผลลัพธ์พบว่า ค่า I-CVI เท่ากับ 0.87 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ 0.67 (อิศรัฐ, 2557; Lynn, 1986)

4) สำหรับการหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งฉบับด้วยวิธี S-CVI/Ave (Content Validity for Scale, S-CVI/Ave (Average Proportion)) พบว่า อยู่ในระดับ 0.87 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ มีค่าตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป จะถือว่าผ่านเกณฑ์เป็นแบบสอบถามที่ใช้งานได้ (Davis, 1992; Polit & Beck, 2004; Waltz, Strickland, & Lenz, 2005) ผลลัพธ์จากการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน สามารถแสดงได้ดังตาราง 3.1

ตาราง 3.1 ข้อมูลการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

รายด้าน/ ข้อที่	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ																			
	ผู้เชี่ยวชาญที่ 1				ผู้เชี่ยวชาญที่ 2				ผู้เชี่ยวชาญที่ 3				ผู้เชี่ยวชาญที่ 4				ผู้เชี่ยวชาญที่ 5			
	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
<i>การดูแล</i>																				
<i>ผู้สูงอายุ</i>																				
1	✓				✓				✓				✓							✓
2	✓				✓				✓					✓						✓
3	✓				✓				✓					✓						✓
4	✓				✓				✓					✓						✓
5	✓				✓				✓				✓							✓
6	✓				✓				✓					✓						✓
<i>การบริการ</i>																				
<i>ด้านการ</i>																				
<i>ตรวจ</i>																				
<i>สุขภาพ</i>																				
1	✓					✓			✓				✓						✓	
2	✓					✓			✓				✓						✓	
3	✓					✓			✓				✓						✓	
4	✓					✓			✓				✓						✓	
5	✓					✓			✓				✓						✓	
6	✓					✓			✓					✓					✓	
7	✓					✓			✓					✓					✓	
8	✓					✓			✓					✓					✓	
<i>การบริการ</i>																				
<i>รักษา</i>																				
<i>ทางด้าน</i>																				
<i>ศีลธรรม</i>																				
1	✓					✓			✓						✓				✓	
2	✓					✓			✓					✓					✓	
3	✓					✓			✓					✓					✓	

รายด้าน/ ข้อที่	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ																			
	ผู้เชี่ยวชาญที่ 1				ผู้เชี่ยวชาญที่ 2				ผู้เชี่ยวชาญที่ 3				ผู้เชี่ยวชาญที่ 4				ผู้เชี่ยวชาญที่ 5			
	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
<i>การบริการ</i>																				
<i>ตรวจรักษา</i>																				
<i>ทางด้าน</i>																				
<i>ทันตกรรม</i>																				
1	✓				✓				✓				✓				✓			
2	✓				✓				✓				✓				✓			
3	✓				✓				✓						✓		✓			
4	✓				✓				✓					✓			✓			
5	✓				✓				✓						✓		✓			
6	✓				✓				✓						✓		✓			
7	✓				✓				✓						✓		✓			
8	✓				✓				✓				✓				✓			
<i>การบริการ</i>																				
<i>นำส่งผู้ป่วย</i>																				
<i>มาร.พ.</i>																				
1	✓						✓		✓				✓				✓			
2	✓						✓		✓				✓				✓			
3	✓				✓						✓		✓				✓			
<i>การติดต่อ</i>																				
<i>เพื่อเข้ารับ</i>																				
<i>การรักษา</i>																				
1	✓				✓				✓				✓				✓			
2	✓				✓						✓		✓				✓			
3	✓				✓				✓				✓				✓			
<i>การบริการ</i>																				
<i>ระหว่างรับ</i>																				
<i>การรักษา</i>																				
1	✓				✓				✓				✓				✓			
2	✓				✓				✓				✓							✓

รายด้าน/ ข้อที่	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ																			
	ผู้เชี่ยวชาญที่ 1				ผู้เชี่ยวชาญที่ 2				ผู้เชี่ยวชาญที่ 3				ผู้เชี่ยวชาญที่ 4				ผู้เชี่ยวชาญที่ 5			
	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
<i>การบริการ</i>																				
<i>หลังรับบริการ</i>																				
<i>รักษา</i>																				
1	✓				✓					✓			✓							✓
2	✓				✓					✓			✓							✓
<i>สมรรถนะ</i>																				
<i>ด้านการ</i>																				
<i>สื่อสาร</i>																				
1	✓				✓				✓				✓					✓		
2	✓				✓				✓				✓							✓
3	✓				✓				✓				✓							✓
4	✓				✓				✓				✓							✓
<i>การบริการที่</i>																				
<i>สอดคล้อง</i>																				
<i>กับศาสนา</i>																				
1	✓					✓			✓				✓							✓
2	✓					✓			✓				✓							✓
3	✓				✓				✓				✓							✓

ตาราง 3.2 การวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

ข้อที่	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ในระดับ 3 และ 4					จำนวน ความเห็นที่ ตรงกัน	ค่า I- CVI
	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 1	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 3	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 4	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 5		
	1	X	X	X	X		
2	X	X	X	-	-	3	0.60
3	X	X	X	X	-	5	0.80
4	X	X	X	X	-	5	0.80
5	X	X	X	X	-	5	0.80
6	X	X	X	-	-	3	0.60
7	X	X	X	X	X	5	1.00
8	X	X	X	X	X	5	1.00
9	X	X	X	X	X	5	1.00
10	X	X	X	X	X	5	1.00
11	X	X	X	X	X	5	1.00
12	X	X	X	-	X	4	0.80
13	X	X	X	X	X	5	1.00
14	X	X	X	-	X	4	0.80
15	X	X	X	-	X	4	0.80
16	X	X	X	X	X	5	1.00
17	X	X	X	X	X	5	1.00
18	X	X	X	X	X	5	1.00
19	X	X	X	X	X	5	1.00
20	X	X	X	-	X	4	0.80
21	X	X	X	-	X	4	0.80
22	X	X	X	-	X	4	0.80
23	X	X	X	-	X	4	0.80
24	X	X	X	-	X	4	0.80
25	X	X	X	X	X	5	1.00
26	X	-	X	X	X	5	0.80
27	X	-	X	X	X	5	0.80

ข้อที่	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ในระดับ 3 และ 4					จำนวน ความเห็นที่ ตรงกัน	ค่า I- CVI
	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 1	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 3	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 4	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 5		
28	X	X	X	X	X	5	1.00
29	X	X	X	X	X	5	1.00
30	X	X	X	X	X	5	1.00
31	X	X	X	X	X	5	1.00
32	X	X	X	X	X	5	1.00
33	X	X	X	X	-	4	0.80
34	X	X	X	X	-	4	0.80
35	X	X	X	X	-	4	0.80
36	X	X	X	X	X	5	1.00
37	X	X	X	X	-	4	0.80
38	X	X	X	X	-	4	0.80
39	X	X	X	X	-	4	0.80
40	X	X	X	X	-	4	0.80
41	X	X	X	X	-	4	0.80
42	X	X	X	X	-	4	0.80
สัดส่วนที่ ประเมินโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ แต่ละคน	1.00	0.95	1.00	0.76	0.64	1) ค่าเฉลี่ย I-CVI = 0.87 2) ค่าเฉลี่ยสัดส่วน ความเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ = 0.87 3) สัดส่วนผลรวมของ คำตอบทุกคน = 0.89 4) S-CVI/Ave = 0.87	

5) นำแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่ม ตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย แต่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่ม ตัวอย่างของงานวิจัย จำนวน 30 ตัวอย่าง ซึ่งจำนวนตัวอย่างขั้นต่ำที่ใช้ในการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยควรมีขนาดอย่างน้อย 30 ตัวอย่างขึ้นไป (Bellamy, 2011) ซึ่งการตรวจสอบความ น่าเชื่อถือของแบบสอบถาม ใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคซ์แอลฟา (Cronbach's Alpha) เนื่องจากการหาความเที่ยงของข้อมูลที่มีการประมาณค่าของข้อมูลจากค่าน้อยที่สุด และทำการวัด การทดสอบของข้อมูลเพียงครั้งเดียว โดยค่าของความเที่ยงที่ยอมรับได้ คือ ค่าความเที่ยงที่ 0.7 ขึ้น ไป (Bland & Altman, 1997) จากการนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหา มาดำเนินการทดลองใช้ จำนวนทั้งหมด 30 ฉบับจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรในโรงพยาบาล เอกชนของประเทศไทยทั้งสิ้น 20 แห่ง ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังตาราง

ตาราง 3.3 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

ตัวชี้วัด	จำนวนข้อ	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ( $\alpha$ Coefficient) การทดลองใช้ 30 คน
1.การดูแลผู้สูงอายุ	6	0.90
2.การดูแลตามโปรแกรมต่าง ๆ	8	0.84
3.การบริการการรักษาทางด้านศัลยกรรม	3	0.64
4.การบริการการรักษาทางด้านทันตกรรม	8	0.97
5.การบริการนำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล	3	0.84
6.การติดต่อเพื่อเข้ารับการรักษา	3	0.92
7.การบริการระหว่างรับการรักษา	2	0.77
8.การบริการหลังรับการรักษา	2	0.86
9.สมรรถนะด้านการสื่อสาร	4	0.87
10.การบริการที่สอดคล้องกับศาสนา	3	0.88
แบบสอบถามทั้งฉบับ	42	0.96

จากตาราง 3.5 จากผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามที่ทดลองใช้ กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่า แบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์ค รอนบาคซ์ แอลฟา ( $\alpha$  Coefficient) 0.96 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และเมื่อพิจารณาแบบสอบถามแต่ละด้าน พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามมีอยู่ 1 ด้าน คือ ด้านการบริการการรักษาทางด้านศัลยกรรม ที่ค่าสัมประสิทธิ์คرونบาคซ์แอลฟาน้อยกว่า 0.7 มีค่าอยู่ที่ 0.64 ซึ่งมากกว่า 0.6 เป็นค่าที่ยอมรับ ได้ ในกรณีที่เป็นการศึกษาในเรื่องใหม่ๆหรือเป็นการศึกษาในเบื้องต้น (Nunnally & Bernstein, 1994)ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อคำถามนี้ไว้ และนำแบบสอบถามทั้งฉบับไปดำเนินการใช้เพื่อเก็บ ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ต่อไป

### 2.2.2 รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่เป็นเครื่องมือซึ่งใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีลักษณะการถามที่ให้ผู้ตอบ เลือกตอบจากตัวเลือกที่กำหนด และเติมค่าในช่องว่างที่กำหนดไว้ให้ โดยแบ่งข้อคำถามออกเป็น จำนวนทั้งสิ้น 2 ตอน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของแบบสอบถาม ได้แก่ สถานที่ ทำงาน ตำแหน่งหน้าที่ แผนกที่ให้บริการ มีลักษณะมาตรวัดเป็นแบบสเกลแบ่งกลุ่ม (Nominal Scale)

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามประเมินความจำเป็นด้านสมรรถนะตามสายอาชีพ และสมรรถนะทั่วไป จำนวน 42 ตัวชี้วัด กำหนดเกณฑ์การประเมินความคิดเห็นด้านความจำเป็นด้าน สมรรถนะเป็น 5 ระดับ (Likert, 1974) และมีเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละระดับ ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง ตัวชี้วัดสมรรถนะมีความจำเป็นมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง ตัวชี้วัดสมรรถนะมีความจำเป็นมาก

3 คะแนน หมายถึง ตัวชี้วัดสมรรถนะมีความจำเป็นปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง ตัวชี้วัดสมรรถนะมีความจำเป็นน้อย

1 คะแนน หมายถึง ตัวชี้วัดสมรรถนะมีความจำเป็นน้อยที่สุด

สำหรับเกณฑ์ในการให้คะแนนค่าเฉลี่ยในแต่ละระดับนั้น ใช้สูตรคำนวณจาก ช่วงกว้างของชั้นตามสูตร ดังนี้ (ปรารธนา, 2555)

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \text{พิสัย (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)} / \text{ช่วงระดับคะแนน} \\ &= (5-1)/5 \\ &= 0.8 \end{aligned}$$



เกณฑ์การแปลความหมาย

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 4.21 – 5.00 หมายถึง ตัวชี้วัดสมรรถนะมีความจำเป็นอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.41 – 4.20 หมายถึง ตัวชี้วัดสมรรถนะมีความจำเป็นอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.61 – 3.40 หมายถึง ตัวชี้วัดสมรรถนะมีความจำเป็นอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.81 – 2.60 หมายถึง ตัวชี้วัดสมรรถนะมีความจำเป็นอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 – 1.80 หมายถึง ตัวชี้วัดสมรรถนะมีความจำเป็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเวลาเดียว (Cross Sectional Approach) โดยมีเครื่องมือในการเก็บข้อมูล คือ แบบสำรวจความคิดเห็นความจำเป็นด้านสมรรถนะ โดยดำเนินการการจัดส่งเอกสารไปยังกลุ่มตัวอย่างทางไปรษณีย์ และการดำเนินการไปติดต่อกับโรงพยาบาลโดยตรง สำหรับการจัดส่งทางไปรษณีย์ภายในซองจดหมายแต่ละซองจะมีเอกสาร คือ แบบสอบถามจำนวน 1 ชุด หนังสือขอความอนุเคราะห์ข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์จำนวน 1 แผ่น และซองจดหมายพร้อมติดแสตมป์ สำหรับการส่งกลับคืนมายังผู้วิจัยจำนวน 1 ซอง จะมีการติดตามแบบสอบถามจำนวน 2 ครั้ง โดยการติดตามครั้งที่ 1 เมื่อเวลาผ่านไป 3 สัปดาห์ นับจากวันที่ได้จัดส่งเอกสารออกไป และครั้งที่ 2 นับจากการที่มีการติดตามครั้งที่ 1 เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยใช้วิธีการโทรศัพท์เพื่อติดตามด้วยตนเอง และเมื่อได้แบบสอบถามกลับมาแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์มาทำการลงรหัส และเตรียมวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ต่อไป

### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากที่ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว มีการจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียด ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และประเภทของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นการวิเคราะห์ที่ทำให้ทราบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ ต่างๆ ได้แก่ ค่าความถี่ และค่าร้อยละ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความจำเป็นด้านสมรรถนะในกลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนก และผู้ปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยมีการให้คะแนนระดับความคิดเห็นออกเป็น 5 ระดับ ตามเกณฑ์การแปลความหมาย ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นที่อยู่ใน

ระดับน้อยกว่า 3.41 จะถูกตัดออกเนื่องจากความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะข้อนั้น หรืออยู่ในระดับปานกลาง ไม่เหมาะสมในการนำไปจัดกลุ่มตัวชี้วัดสมรรถนะเพื่อจัดกลุ่มเนื้อหาวิชาที่นำไปสู่การกำหนดรูปแบบการจัดการศึกษาด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

3. การเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะในกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 4 กลุ่ม เพื่อตอบ คำถามตามวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 3 คือ เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่ม โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA) วิเคราะห์เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของความคิดเห็น และทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ของกลุ่มตัวอย่างเป็นคู่ๆหรือการเปรียบเทียบเชิงซ้อน (Multiple Comparison) ด้วยวิธี Sheffe

4. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดกลุ่มของตัวชี้วัดสมรรถนะที่มีความสัมพันธ์กันโดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวชี้วัดที่มีความสัมพันธ์กัน โดยเป็นการวิเคราะห์เพื่อสร้างองค์ประกอบ ของตัวชี้วัดสมรรถนะใหม่ขึ้นมา ในการวิเคราะห์ องค์ประกอบ มีข้อกำหนดเบื้องต้นได้แก่ สถิติทดสอบ ค่า ดัชนีไคล์เซอร์ เมเยอร์ ออคิลส์ (Kaiser-Meyer-Olkin: KMO) ควรมีค่าตั้งแต่ .70 ขึ้นไป (ยุทธ, 2555; เพชรน้อย, 2549) และค่าสถิติทดสอบบาร์ทลิต (Bartlett's test of sphericity) พิจารณาจากค่าไคสแควร์ (chi-square) และการมีนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ .05 (sig ≤ .05) ว่ายอมรับหรือปฏิเสธสมมติฐาน และเมื่อดำเนินการสกัดองค์ประกอบได้เรียบร้อยแล้ว จะนำมาทดสอบทางสถิติเพื่อวิเคราะห์ องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) อีกครั้ง เพื่อนำไปกำหนดเนื้อหาวิชา ซึ่งเป็น องค์ประกอบหนึ่งในการกำหนดรูปแบบการจัดการศึกษาด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ต่อไป

5. เมื่อสรุปองค์ประกอบของรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ทั้งหมดเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะนำไปประเมินรูปแบบการจัดการศึกษาจากผู้ประกอบการและผู้ปฏิบัติงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยชาวต่างชาติในโรงพยาบาล เอกชน เพื่อยืนยันรูปแบบการจัดการศึกษาด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ โดยใช้แบบสำรวจความคิดเห็นเพื่อประเมินความเหมาะสมในการจัดรูปแบบการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ผู้อำนวยการพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนก

และผู้ปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองมาตรฐานเจซีไอ โดยมีกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเหมาะสม ดังนี้

เกณฑ์การแปลความหมาย

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 4.21 – 5.00 หมายถึง มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.41 – 4.20 หมายถึง มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.61 – 3.40 หมายถึง มีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.81 – 2.60 หมายถึง มีความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 – 1.80 หมายถึง มีความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

โดยเกณฑ์ความเหมาะสมของแต่ละข้อ ที่ทำการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน ต้องอยู่ในระดับมากขึ้นไป









## บทที่ 4 ผลการศึกษา

ในการวิจัยเรื่องรูปแบบการจัดการศึกษา เพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และสนับสนุนการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ในรูปแบบของตารางประกอบคำบรรยาย ประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป การวิเคราะห์ ข้อมูลเพื่อสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะ การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะ การวิเคราะห์เพื่อจัดกลุ่มความสัมพันธ์ของตัวชี้วัดสมรรถนะ และการกำหนดรูปแบบการจัดการศึกษาพัฒนาสมรรถนะด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

### 1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 105 ราย แบ่งตามจำนวนและประเภทของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง 4.1

ตาราง 4.1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=105)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	9	8.57
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล	15	14.29
หัวหน้าแผนก	27	25.71
ผู้ปฏิบัติการพยาบาล	54	54.43
<b>รวม</b>	<b>105</b>	<b>100.00</b>

### 2. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะ

เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 และ 2 เพื่อกำหนดกำหนดความสามารถเชิง สมรรถนะตามสายอาชีพ และความสามารถเชิง สมรรถนะในด้านทั่วไป ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้



## 2.1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะตามสายอาชีพ

จากข้อมูลการสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะตามสายอาชีพ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลตามโปรแกรมการตรวจ สุขภาพ การบริการการรักษาทางด้านศัลยกรรม และการบริการการรักษาทางด้านทันตกรรม โดยใช้เกณฑ์การประเมินความจำเป็นด้านสมรรถนะเป็น 5 ระดับ ซึ่งผลการศึกษาในแต่ละด้าน มีดังนี้

2.1.1 ความจำเป็นด้านสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุชาวต่างชาติที่เข้ารับบริการด้านการแพทย์ในประเทศไทย ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดบวม โรคไขข้ออักเสบ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดย การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เพื่อนำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์ในการแปลผล พบว่าอยู่ในระดับมากทั้งรายข้อและรายด้าน ดังแสดงในตาราง 4.2

ตาราง 4.2 ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะตามสายอาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการด้านการแพทย์ในประเทศไทย (n=105)

ตัวชี้วัด	ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะตามสายอาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการด้านการแพทย์ในประเทศไทย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1	มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหัวใจ	4.13	0.90	มาก
2	มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง	3.80	0.92	มาก
3	มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง	4.16	0.84	มาก
4	มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดบวม	3.99	0.83	มาก
5	มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไขข้ออักเสบ	3.90	0.75	มาก
6	มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	3.88	0.85	มาก
<b>ค่าเฉลี่ยรวม</b>		4.98	0.85	มาก

2.1.2 ระดับความจำเป็นตามความสามารถเชิงสมรรถนะตามสายอาชีพ ในการบริการด้านการตรวจสุขภาพตามโปรแกรมสุขภาพมี 8 ด้าน ได้แก่ การตรวจร่างกายเบื้องต้น การประเมินประวัติผู้ป่วย การเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจทางรังสี ส่งตรวจอุลตราซาวด์ การเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจหามะเร็งปากมดลูก การเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจตาโดยจักษุแพทย์ และการ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาโรคต่าง ๆ พบว่าอยู่ในระดับมากทั้งรายข้อและรายด้าน ดังตาราง 4.3

ตาราง 4.3 ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะตามสายอาชีพ ในการการบริการด้านการตรวจสุขภาพตามโปรแกรมสุขภาพ (n=105)

ตัวชี้วัด	ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะตามสายอาชีพ ในการการบริการด้านการตรวจสุขภาพตามโปรแกรมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1	มีความรู้ความสามารถในการตรวจร่างกายเบื้องต้น	4.07	1.05	มาก
2	มีความรู้ความสามารถในการประเมินประวัติผู้ป่วย	4.18	.98	มาก
3	มีความรู้ความสามารถในการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ	4.13	.79	มาก
4	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจทางรังสี	3.98	.83	มาก
5	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจ อุลตราซาวด์	3.99	.84	มาก
6	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจหามะเร็งปาก มดลูก	3.62	.91	มาก
7	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจตาโดยจักษุ แพทย์	3.57	.90	มาก
8	มีความรู้และสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเข้ารับการฉีดวัคซีน ป้องกันโรคต่างๆ	3.81	1.05	มาก
<b>ค่าเฉลี่ยรวม</b>		3.92	0.92	มาก

2.1.3 ระดับความจำเป็นตามความสามารถเชิงสมรรถนะตามสายอาชีพ ในการบริการการรักษาทางด้านศัลยกรรม มี 3 ด้าน ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาทางด้านศัลยกรรมความงาม การเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาทางด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อ และการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาทางด้านศัลยกรรมการแปลงเพศ พบว่าอยู่ในระดับมาก 2 ตัวชี้วัด และอยู่ในระดับปานกลาง 1 ตัวชี้วัด ดังตาราง 4.4

ตาราง 4.4 ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะตามสายอาชีพ ในการบริการการรักษาทางด้านศัลยกรรม (n=105)

ตัวชี้วัด	ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะตามสายอาชีพ ในการบริการการรักษาทางด้านศัลยกรรม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการ ตรวจรักษาทางด้านศัลยกรรมความงาม	3.44	1.13	มาก
2	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการ ตรวจรักษาทางด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อ	3.92	1.01	มาก
3	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการ ตรวจรักษาทางด้านศัลยกรรมการแปลงเพศ	2.99	1.31	ปาน กลาง
<b>ค่าเฉลี่ยรวม</b>		3.45	1.15	มาก

2.1.4 ระดับความจำเป็นตามความสามารถเชิงสมรรถนะตามสายอาชีพ ใน

การบริการการรักษาทางด้านทันตกรรม มี 8 ด้าน ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจทางด้านทันตกรรมทั่วไปสำหรับผู้ใหญ่ เด็ก และผู้สูงอายุ การเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการจัดฟัน การเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้าการตรวจรักษา โรคเหงือก การทำฟันปลอม การตรวจรักษาทางด้านศัลยกรรมช่องปาก และการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้าการตรวจรักษาการฝังรากเทียม พบว่าอยู่ในระดับปานกลางทั้งรายชื่อและรายด้าน ดังตาราง 4.5

ตาราง 4.5 ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะตามสายอาชีพ ในการบริการการรักษาทางด้านทันตกรรม (n=105)

ตัวชี้วัด	ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะตามสายอาชีพ ในการบริการการรักษาทางด้านทันตกรรม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจทางด้านทันตกรรมทั่วไปสำหรับผู้ใหญ่	3.40	1.03	ปานกลาง
2	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเด็กเพื่อเข้ารับการตรวจทางด้านทันตกรรมสำหรับเด็ก	3.37	1.13	ปานกลาง
3	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการจัดฟัน	3.29	1.12	ปานกลาง
4	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้าการตรวจรักษาโรคเหงือก	3.16	1.13	ปานกลาง
5	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการการทำฟันปลอม	3.09	1.21	ปานกลาง
6	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้าการตรวจรักษาทางด้านศัลยกรรมช่องปาก	3.14	1.15	ปานกลาง
7	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้าการตรวจรักษาการฝังรากเทียม	3.08	1.21	ปานกลาง
8	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจทางด้านทันตกรรมทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุ	3.30	1.12	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม		3.23	1.14	ปานกลาง

## 2.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะทั่วไป

จากข้อมูลการสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะทั่วไป ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การบริการนำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล การติดต่อเพื่อเข้ารับการรักษา การบริการระหว่างรับการรักษา การบริการหลังรับการรักษา สมรรถนะด้านการสื่อสาร และการบริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม โดยใช้เกณฑ์การประเมินความจำเป็นด้านสมรรถนะเป็น 5

ระดับ จากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามกลับทั้งหมด 105 ราย ซึ่งผลการศึกษาในแต่ละด้าน มีดังนี้

2.2.1 ระดับความจำเป็นตามความสามารถเชิงสมรรถนะในการบริการนำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมี 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยระหว่างการเดินทางด้วยเครื่องบิน ดูแลผู้ป่วยระหว่างการเดินทางด้วยยานยนต์ และการติดต่อประสานงานหน่วยงานราชการเกี่ยวกับวีซ่าการเข้ามาในประเทศ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง 2 ตัวชี้วัด และระดับมาก 1 ตัวชี้วัด ดังตาราง 4.6

ตาราง 4.6 ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะทั่วไปในการบริการนำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (n=105)

ตัวชี้วัด	ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะทั่วไปในการบริการนำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1	สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการเดินทางด้วยเครื่องบิน	3.23	1.35	ปานกลาง
2	สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการเดินทางด้วยยานยนต์	3.73	1.15	มาก
3	สามารถติดต่อประสานงานหน่วยงานราชการเกี่ยวกับวีซ่าการเข้ามาในประเทศ	2.91	1.37	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม		3.29	1.29	ปานกลาง

2.2.2 ระดับความจำเป็นตามความสามารถเชิงสมรรถนะในการติดต่อเพื่อรับการรักษา มี 3 ด้าน ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์และการรักษากับผู้ป่วยชาวต่างชาติได้ การประสานงานกับหน่วยงานหรือบริษัทเอกชนที่เกี่ยวข้องการบริการจัดหาที่พักสำหรับผู้ป่วยและญาติ และการติดต่อประสานงานด้านการประกันสุขภาพและประกันภัยเพื่อรักษาสวัสดิการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยชาวต่างชาติได้ พบว่าอยู่ในระดับมากทั้งรายข้อและรายด้าน ดังตาราง 4.7

ตาราง 4.7 ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะทั่วไปในการติดต่อเพื่อรับการรักษา (n=105)

ตัวชี้วัด	ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะทั่วไปในการติดต่อเพื่อรับการรักษา	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1	สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์และการรักษากับผู้ป่วยชาวต่างชาติได้	3.70	1.20	มาก
2	สามารถประสานงานกับหน่วยงานหรือบริษัทเอกชนที่เกี่ยวข้องการบริการจัดหาที่พักสำหรับผู้ป่วยและญาติ	3.47	1.26	มาก
3	สามารถติดต่อประสานงานด้านการประกันสุขภาพและประกันภัยเพื่อรักษาสวัสดิการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยชาวต่างชาติได้	3.47	1.26	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม		3.55	1.24	มาก

2.2.3 ระดับความจำเป็นตามความสามารถเชิงสมรรถนะด้านทั่วไปในการบริการระหว่างรับการรักษา มี 2 ด้าน ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่สามารถรับประทานเหมาะสมกับสภาวะของโรคได้ทั้งอาหารไทยและอาหารต่างประเทศ และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับห้องพักที่ให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติอยู่ในระดับมากที่สุดรายได้และรายข้อ ดังตาราง 4.8

ตาราง 4.8 ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะทั่วไป ในการบริการระหว่างรับการรักษา (n=105)

ตัวชี้วัด	ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะทั่วไป ในการบริการระหว่างรับการรักษา	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1	สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่สามารถ รับประทานเหมาะสมกับสภาวะของโรคได้ ทั้งอาหารไทย และอาหารต่างประเทศ	3.95	.96	มาก
2	สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับห้องพักที่ให้บริการผู้ป่วย ชาวต่างชาติ	3.65	1.03	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม		3.80	1.00	มาก

2.2.4 ระดับความจำเป็นตามความสามารถเชิงสมรรถนะในด้านทั่วไป ในการบริการหลังรับการรักษา มี 2 ด้าน ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งท่องเที่ยวในประเทศไทย และการประสานงานกับหน่วยงานหรือบริษัทเอกชนที่เกี่ยวข้องในการบริการด้านการท่องเที่ยวในประเทศไทยอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 2 ตัวชี้วัด ดังตาราง 4.9

ตาราง 4.9 ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะทั่วไป ในการบริการหลังรับการรักษา (n=105)

ตัวชี้วัด	ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะทั่วไป ในการบริการหลังรับการรักษา	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1	สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งท่องเที่ยวในประเทศไทย	3.37	.90	ปานกลาง
2	สามารถประสานงานกับหน่วยงานหรือบริษัทเอกชนที่เกี่ยวข้อง ในการบริการด้านการท่องเที่ยวในประเทศไทย	3.18	1.04	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม		3.28	0.97	ปานกลาง

2.2.5 ระดับความจำเป็นตามความสามารถเชิงสมรรถนะด้านการสื่อสาร มี 4 ตัวชี้วัด ได้แก่ สามารถใช้ศัพท์ทางการแพทย์ที่จำเป็นได้ มีความรู้ความสามารถในการสื่อสารโดยใช้ภาษามลายู ภาษาจีน และภาษาอังกฤษ ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะแตกต่างกันทุกตัวชี้วัด ดังตาราง 4.10

ตาราง 4.10 ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะทั่วไปในการสื่อสาร (n=105)

ตัวชี้วัด	ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะทั่วไปในการสื่อสาร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1	สามารถใช้ศัพท์ทางการแพทย์ที่จำเป็นได้	4.23	0.87	มากที่สุด
2	มีความรู้ความสามารถในการสื่อสารโดยใช้ภาษาอังกฤษ	4.08	0.93	มาก
3	มีความรู้ความสามารถในการสื่อสารโดยใช้ภาษาจีน	2.66	1.37	ปานกลาง
4	มีความรู้ความสามารถในการสื่อสารโดยใช้ภาษามาเลย์	2.41	1.38	น้อย
ค่าเฉลี่ยรวม		3.34	1.14	ปานกลาง

2.2.6 ระดับความจำเป็นตามความสามารถเชิงสมรรถนะในการบริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมมี 3 ด้าน ได้แก่ ให้บริการตามหลักศาสนาพุทธ ศาสนาคริสต์ และศาสนาอิสลาม พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งรายด้านและรายข้อ ดังตาราง 4.11

ตาราง 4.11 ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะทั่วไป ในการบริการที่สอดคล้องกับศาสนา (n=105)

ตัวชี้วัด	ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะทั่วไป ในการบริการที่สอดคล้องกับศาสนา	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1	สามารถให้บริการตามหลักศาสนาพุทธ	4.15	0.87	มาก
2	สามารถให้บริการตามหลักศาสนาคริสต์	3.63	1.21	มาก
3	สามารถให้บริการตามหลักศาสนาอิสลาม	3.66	1.26	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม		3.82	1.11	มาก

โดยสรุปจากการสำรวจข้อมูลเพื่อสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะทั้งหมด 42 ตัวชี้วัดพบว่า ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะที่อยู่ในระดับมากที่สุดมี 1 ข้อ ได้แก่ สามารถใช้ศัพท์ทางการแพทย์ที่จำเป็นได้ อยู่ในระดับมากที่สุด 26 ข้อ อยู่ในระดับปานกลาง 14 ข้อ และอยู่ในระดับน้อย 1 ข้อ ได้แก่ การมีความรู้ความสามารถในการสื่อสารโดยใช้ภาษามาเลย์ ดังนั้นจึงเหลือตัวชี้วัดทั้งหมด 27 ข้อ ที่อยู่ในระดับมากขึ้นไป จะถูกนำไปดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวชี้วัด ประกอบด้วย

#### 1. ตัวชี้วัดด้านสมรรถนะตามสายอาชีพ 16 ข้อ ได้แก่

- 1) มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหัวใจ
- 2) มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง
- 3) มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 4) มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดบวม

- 5) มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไข้วัดใหญ่
- 6) มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- 7) มีความรู้ความสามารถในการตรวจร่างกายเบื้องต้น
- 8) มีความรู้ความสามารถในการประเมินประวัติผู้ป่วย
- 9) มีความรู้ความสามารถในการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- 10) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจทางรังสีวิทยา
- 11) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจจุลทรรศน์
- 12) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจหามะเร็งปากมดลูก
- 13) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจตาโดยจักษุแพทย์
- 14) มีความรู้และสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาฉีดวัคซีนป้องกันโรคต่าง ๆ
- 15) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาทางด้านศัลยกรรมตกแต่งและความงาม
- 16) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาทางด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อ

## 2. ตัวชี้วัดด้านสมรรถนะทั่วไป 11 ข้อ ได้แก่

- 1) สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการเดินทางด้วยยานยนต์
- 2) สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์และการรักษาแก่ผู้ป่วยชาวต่างชาติได้
- 3) สามารถประสานงานกับหน่วยงานหรือบริษัทเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการบริการจัดหาที่พักสำหรับผู้ป่วยและญาติ
- 4) สามารถติดต่อประสานงานด้านการประกันสุขภาพและประกันภัยเพื่อรักษาลิทธิการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยชาวต่างชาติได้
- 5) สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่สามารถรับประทานเหมาะสมกับสภาวะของโรคได้ ทั้งอาหารไทยและอาหารต่างประเทศ
- 6) สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับห้องพักที่ให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติ
- 7) สามารถใช้ศัพท์ทางการแพทย์ที่จำเป็นได้
- 8) มีความรู้ความสามารถในการสื่อสารโดยใช้ภาษาอังกฤษ
- 9) สามารถให้บริการตามหลักศาสนาพุทธ
- 10) สามารถให้บริการตามหลักศาสนาคริสต์
- 11) สามารถให้บริการตามหลักศาสนาอิสลาม

### 3. การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะ

การวิเคราะห์ในส่วนนี้ต่อบัณฑิตผู้ประสงค์การวิจัยข้อที่ 3 คือ เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะ ในกลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้อำนวยการพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนก และผู้ปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่ม โรงพยาบาลเอกชน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way ANOVA) โดยผู้วิจัยได้ตั้งสมมุติฐานเพื่อการทดสอบดังนี้

$H_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \mu_4$  ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะไม่มีความแตกต่างกันตามบทบาทหน้าที่

$H_1: \mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3 \neq \mu_4$  ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะมีความแตกต่างกันตามบทบาทหน้าที่

ถ้าระดับนัยสำคัญทางสถิติ น้อยกว่า 0.05 หมายความว่า ปฏิเสธ  $H_0$  ยอมรับ  $H_1$

ถ้าระดับนัยสำคัญทางสถิติ มากกว่า 0.05 หมายความว่า ปฏิเสธ  $H_1$  ยอมรับ  $H_0$

ผลการวิจัยสรุปการเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะ ตามสายอาชีพจำนวน 16 ข้อ และด้านสมรรถนะทั่วไปจำนวน 11 ข้อ พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะตามสายอาชีพมีความแตกต่างกัน 2 ตัวชี้วัด ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะทั่วไปไม่มีความคิดเห็นไม่แตกต่างกันทุกตัวชี้วัด ซึ่งสามารถแสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของความจำเป็นด้านสมรรถนะด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (ANOVA) และการวิเคราะห์ความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วย วิธีของ Scheffe ดังตาราง 4.12 -4.13

ตาราง 4.12 การเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะในกลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ข้อ 1	Between Groups	4.367	3	1.456	1.843	.144
	Within Groups	79.767	101	.790		
	Total	84.133	104			
ข้อ 2	Between Groups	2.904	3	.968	1.138	.337
	Within Groups	85.896	101	.850		
	Total	88.800	104			
ข้อ 3	Between Groups	3.996	3	1.332	1.915	.132
	Within Groups	70.252	101	.696		
	Total	74.248	104			
ข้อ 4	Between Groups	1.816	3	.605	.884	.452
	Within Groups	69.174	101	.685		
	Total	70.990	104			
ข้อ 5	Between Groups	1.462	3	.487	.855	.467



		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
	Within Groups	57.585	101	.570		
	Total	59.048	104			
	Between Groups	2.305	3	.768	1.062	.369
ข้อ 6	Within Groups	73.085	101	.724		
	Total	75.390	104			
	Between Groups	14.044	3	4.681	4.705*	.004
ข้อ 7	Within Groups	100.489	101	.995		
	Total	114.533	104			
	Between Groups	9.292	3	3.097	3.465*	.019
ข้อ 8	Within Groups	90.270	101	.894		
	Total	99.562	104			
	Between Groups	1.122	3	.374	.600	.617
ข้อ 9	Within Groups	63.011	101	.624		
	Total	64.133	104			
	Between Groups	.036	3	.012	.017	.997
ข้อ 10	Within Groups	71.926	101	.712		
	Total	71.962	104			
	Between Groups	.102	3	.034	.047	.986
ข้อ 11	Within Groups	72.889	101	.722		
	Total	72.990	104			
	Between Groups	1.458	3	.486	.576	.632
ข้อ 12	Within Groups	85.304	101	.845		
	Total	86.762	104			
	Between Groups	.559	3	.186	.226	.878
ข้อ 13	Within Groups	83.156	101	.823		
	Total	83.714	104			
	Between Groups	2.957	3	.986	.895	.447
ข้อ 14	Within Groups	111.233	101	1.101		
	Total	114.190	104			
	Between Groups	2.262	3	.754	.579	.630
ข้อ 15	Within Groups	131.585	101	1.303		
	Total	133.848	104			
	Between Groups	.305	3	.102	.098	.961
ข้อ 16	Within Groups	105.085	101	1.040		
	Total	105.390	104			
	Between Groups	2.633	3	.878	.662	.577
ข้อ 27	Within Groups	133.900	101	1.326		
	Total	136.533	104			
	Between Groups	1.225	3	.408	.278	.841
ข้อ 29	Within Groups	148.622	101	1.472		
	Total	149.848	104			
	Between Groups	1.200	3	.400	.245	.865
ข้อ 30	Within Groups	164.933	101	1.633		

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
	Total	166.133	104			
	Between Groups	.978	3	.326	.202	.895
ข้อ 31	Within Groups	163.156	101	1.615		
	Total	164.133	104			
	Between Groups	1.574	3	.525	.563	.641
ข้อ 32	Within Groups	93.185	100	.932		
	Total	94.760	103			
	Between Groups	1.622	3	.541	.501	.682
ข้อ 33	Within Groups	107.916	100	1.079		
	Total	109.538	103			
	Between Groups	1.181	3	.394	.514	.673
ข้อ 36	Within Groups	77.333	101	.766		
	Total	78.514	104			
	Between Groups	1.668	3	.556	.640	.591
ข้อ 37	Within Groups	87.722	101	.869		
	Total	89.390	104			
	Between Groups	1.499	3	.500	.646	.587
ข้อ 40	Within Groups	78.063	101	.773		
	Total	79.562	104			
	Between Groups	.759	3	.253	.169	.917
ข้อ 41	Within Groups	149.357	100	1.494		
	Total	150.115	103			
	Between Groups	.558	3	.186	.114	.951
ข้อ 42	Within Groups	162.663	100	1.627		
	Total	163.221	103			

\*sig <.01

แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของความจำเป็นด้านสมรรถนะด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (ANOVA) พบว่า ผลการทดสอบมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มในตัวชี้วัดสมรรถนะข้อที่ 7 และ ข้อที่ 8 (Sig < .05) จึงจำเป็นต้องมีการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของ วิธีของ Scheffe ดังตาราง 4.13 โดยมีการตั้งสมมติฐานการทดสอบความแตกต่างดังนี้

$H_0$  : ความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะไม่แตกต่างกัน

$H_1$  : ความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะแตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งกลุ่ม

ตาราง 4.13 แสดงค่าสถิติสำหรับทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบจับคู่พหุคูณ (Multiple Comparison)

ตัวชี้วัดสมรรถนะ	(I) ความ จำเป็นของ สมรรถนะ	(J) ความจำเป็นของ สมรรถนะ	ผลต่างของ ค่าเฉลี่ย (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval		
						Lower	Upper	
						Bound	Bound	
ข้อ 7 การมีความรู้ ความสามารถในการ ตรวจร่างกาย เบื้องต้น	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล	หัวหน้าฝ่ายการ ฯ	.400	.421	.824	-.80	1.60	
		หัวหน้าแผนก	-.593	.384	.500	-1.68	.50	
		พยาบาลปฏิบัติการ	-.593	.359	.440	-1.61	.43	
	หัวหน้าฝ่าย การพยาบาล	ผู้อำนวยการ ร.พ.	-.400	.421	.824	-1.60	.80	
		หัวหน้าแผนก	-.993 <sup>*</sup>	.321	.027	-1.91	-.08	
		พยาบาลปฏิบัติการ	-.993 <sup>*</sup>	.291	.011	-1.82	-.16	
	ตรวจร่างกาย เบื้องต้น	หัวหน้าแผนก	ผู้อำนวยการ ร.พ.	.593	.384	.500	-.50	1.68
			หัวหน้าฝ่ายการ ฯ	.993 <sup>*</sup>	.321	.027	.08	1.91
			พยาบาลปฏิบัติการ	.000	.235	1.000	-.67	.67
		พยาบาล ปฏิบัติการ	ผู้อำนวยการ ร.พ.	.593	.359	.440	-.43	1.61
			หัวหน้าฝ่ายการ ฯ	.993 <sup>*</sup>	.291	.011	.16	1.82
			หัวหน้าแผนก	.000	.235	1.000	-.67	.67
ข้อ 8 การมีความรู้ ความสามารถในการ ประเมินประวัติ ผู้ป่วย	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล	หัวหน้าฝ่ายการ ฯ	.644	.399	.459	-.49	1.78	
		หัวหน้าแผนก	-.222	.364	.946	-1.26	.81	
		พยาบาลปฏิบัติการ	-.204	.340	.949	-1.17	.76	
	หัวหน้าฝ่าย การพยาบาล	ผู้อำนวยการ ร.พ.	-.644	.399	.459	-1.78	.49	
		หัวหน้าแผนก	-.867 <sup>*</sup>	.304	.050	-1.73	.00	
		พยาบาลปฏิบัติการ	-.848 <sup>*</sup>	.276	.028	-1.63	-.06	
	ผู้ป่วย	หัวหน้าแผนก	ผู้อำนวยการ ร.พ.	.222	.364	.946	-.81	1.26
			หัวหน้าฝ่ายการ ฯ	.867 <sup>*</sup>	.304	.050	.00	1.73
			พยาบาลปฏิบัติการ	.019	.223	1.000	-.62	.65
		พยาบาล ปฏิบัติการ	ผู้อำนวยการ ร.พ.	.204	.340	.949	-.76	1.17
			หัวหน้าฝ่ายการ ฯ	.848 <sup>*</sup>	.276	.028	.06	1.63
			หัวหน้าแผนก	-.019	.223	1.000	-.65	.62

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

จากค่าสถิติสำหรับทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบจับคู่พหุคูณ เกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะข้อที่ 7 และข้อที่ 8 พบว่า ปฏิเสธ  $H_0$  ทั้ง 2 ข้อ สมรรถนะ หมายความว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะแตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งกลุ่ม ดังนี้

1) ความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะข้อที่ 7 การมีความรู้ความสามารถในการตรวจร่างกายเบื้องต้น พบว่าความคิดเห็นแตกต่างกัน 2 กลุ่ม คือ

1.1 หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล (ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.21: ระดับปานกลาง ) และหัวหน้าแผนก (ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.26: ระดับมากที่สุด)

1.2 หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล (ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.21: ระดับปานกลาง ) และ พยาบาลปฏิบัติการ (ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.26: ระดับมากที่สุด)

2) ความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะข้อที่ 8 การมีความรู้ความสามารถในการประเมินประวัติผู้ป่วยพบว่าความคิดเห็นแตกต่างกัน 2 กลุ่ม คือ

2.1 หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล (ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.47: ระดับมาก) และหัวหน้าแผนก (ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.33: ระดับมากที่สุด)

2.2 หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล (ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.47: ระดับมาก) และพยาบาลปฏิบัติการ (ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.31: ระดับมากที่สุด)

#### 4. การวิเคราะห์เพื่อจัดกลุ่มความสัมพันธ์ของตัวชี้วัดสมรรถนะ

ในการวิเคราะห์เพื่อจัดกลุ่มความสัมพันธ์ของตัวชี้วัดสมรรถนะ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

##### 4.1 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจมีข้อกำหนดเบื้องต้นได้แก่ สถิติทดสอบค่า ดัชนีไคล์เซอร์ เมเยอร์ ออคิลล์ (Kaiser–Meyer–Olkin: KMO) ควรมีค่าตั้งแต่ .70 ขึ้นไป (ยุทธ, 2555; เพชรน้อย, 2549) และค่าสถิติทดสอบบาร์ทลีย์ (Bartlett’s test of sphericity) พิจารณาจากค่าไคสแควร์ (Chi-square) และการมีนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ .05 ( $\text{sig} \leq .05$ ) ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ผ่านการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ทั้งสมรรถนะตามวิชาชีพจำนวน 16 ตัวชี้วัด และสมรรถนะทั่วไปจำนวน 11 ตัวชี้วัด แสดงดังตาราง 4.14

ตาราง 4.14 แสดงการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยค่าดัชนีไคล์เซอร์ เมเยอร์ ออคิลล์ (KMO) และ ค่าบาร์ทลีย์ (Bartlett’s test of sphericity)

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น	สมรรถนะตามวิชาชีพ	สมรรถนะ ทั่วไป
Kaiser–Meyer–Olkin Measure of Sampling Adequacy.	.86	.85
Approx. Chi-Square	1450.26	1062.10
Bartlett’s Test of Sphericity	df	55
	Sig.	.00

ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทั้งตัวชี้วัดสมรรถนะตามสายอาชีพและตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไป ขั้นตอนต่อไป ผู้วิจัย ดำเนินการสกัดองค์ประกอบ และหมุนแกนองค์ประกอบ เพื่อจัดกลุ่มตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กัน โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน คือ

### 1) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของตัวชี้วัดสมรรถนะตามสายอาชีพ

ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของตัวชี้วัดสมรรถนะตามสายอาชีพมีทั้งหมด 16 ตัวชี้วัด มีการดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

#### 1.1 การสกัดองค์ประกอบและการหมุนแกนองค์ประกอบ

ผู้วิจัยทำการสกัดองค์ประกอบ (Factor Extraction) โดยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis: PCA) ผลการสกัดองค์ประกอบแสดงเฉพาะองค์ประกอบที่มีค่าไอเกน (Eigen Value) มากกว่าหรือเท่ากับ 1 (เกิดศิริ, 2551) สามารถสกัด องค์ประกอบได้ 3 องค์ประกอบ และดำเนินการหมุนแกนองค์ประกอบ (Factor Rotation) เพื่อให้ได้องค์ประกอบร่วมที่ชัดเจน ตามวิธีของไคส์เซอร์ (Kaiser) นำไปหมุนแกนมุมแหลม (Oblique) ด้วยวิธีของโพรแมกซ์ (Promax Method) เนื่องจากผู้วิจัยคาดหวังว่า องค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบอาจมีความสัมพันธ์กัน และใช้เกณฑ์ในการเลือกองค์ประกอบย่อย (สมรรถนะ) ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) ตั้งแต่ 0.30 ขึ้นไป (Ogasawara, 1998) เพื่อให้สามารถอธิบายองค์ประกอบได้ชัดเจนมากขึ้น สามารถแสดงได้ดังตาราง 4.15 และภาพ 4.3

ตาราง 4.15 แสดงองค์ประกอบ ความแปรปรวน ร้อยละความแปรปรวน และร้อยละของความแปรปรวนสะสมของตัวชี้วัดสมรรถนะตามสายอาชีพ

องค์ประกอบ (component)	ค่าความแปรปรวน (eigenvalue)	ค่าร้อยละของความแปรปรวน (% of variance)	ค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสม (cumulative % of variance)
1	8.03	50.20	50.20
2	2.27	14.19	64.38
3	1.51	9.41	73.80

จากตารางที่ 4.15 จะเห็นได้ว่าเมื่อพิจารณาเฉพาะองค์ประกอบของสมรรถนะตามสายอาชีพที่มีค่าไอเกน (Eigen Value) มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ได้จำนวนองค์ประกอบ (Component) ทั้งหมด 3 องค์ประกอบ ค่าร้อยละของความแปรปรวน (% of Variance) อยู่ระหว่าง 9.41-50.20 และค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสม (Cumulative % of Variance) สามารถอธิบายความ

แปรปรวนขององค์ประกอบได้ร้อยละ 73.79 และเมื่อสกัดตัวชี้วัดสมรรถนะตามสายอาชีพแต่ละองค์ประกอบ สามารถแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Matrix) ดังตาราง 4.16

ตาราง 4.16 แสดงค่าสามารถแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของตัวชี้วัดสมรรถนะตามสายอาชีพ

ตัวชี้วัดสมรรถนะ ตามสายอาชีพ	องค์ประกอบ		
	1	2	3
ข้อ 1	.86	.46	.39
ข้อ 2	.84	.35	.53
ข้อ 3	.87	.37	.40
ข้อ 4	.89	.37	.41
ข้อ 5	.69	.46	.35
ข้อ 6	.91	.43	.38
ข้อ 7	.54	.80	.24
ข้อ 8	.50	.87	.30
ข้อ 9	.21	.80	.45
ข้อ 10	.37	.86	.62
ข้อ 11	.33	.88	.61
ข้อ 12	.40	.44	.89
ข้อ 13	.47	.52	.90
ข้อ 14	.50	.77	.55
ข้อ 15	.37	.39	.82
ข้อ 16	.54	.59	.73

## 1.2 การตั้งชื่อองค์ประกอบ และกำหนดค่าน้ำหนักตัวชี้วัด

สำหรับการตั้งชื่อแต่ละองค์ประกอบหลัก เพื่อให้สามารถสื่อความหมายที่ชัดเจนในองค์ประกอบหลัก ๆ นั้น โดยผู้วิจัยดำเนินการจัดทำรายการตัวชี้วัดในแต่ละองค์ประกอบไว้ด้วยกัน พร้อมทั้งค่าน้ำหนักของตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง ก่อนนำมาดำเนินการตั้งชื่อองค์ประกอบในแต่ละด้าน ดังนี้

### 1.2.1 องค์ประกอบที่ 1

ผลการวิจัยองค์ประกอบที่ 1 พบว่า มีค่าผลรวมของน้ำหนักปัจจัยหลังสกัดระหว่าง 0.69 – 0.91 ประกอบด้วยตัวชี้วัด 6 รายการตัวชี้วัดและค่าน้ำหนัก ตามรายการตัวชี้วัด แสดงดังตาราง 4.17

ตาราง 4.17 แสดงรายการตัวชี้วัด และค่าน้ำหนัก ตามองค์ประกอบที่ 1 ของสมรรถนะตามสายอาชีพ

องค์ประกอบ	รายการตัวชี้วัด	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ
1	ข้อ 1: มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหัวใจ	0.86
	ข้อ 2: มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง	0.84
	ข้อ 3: มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง	0.87
	ข้อ 4: มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดบวม	0.89
	ข้อ 5: มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไข้วัดใหญ่	0.69
	ข้อ 6: มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	0.91

จากตารางที่ 4.18 จะเห็นได้ว่ามีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง 6 ตัวชี้วัด ซึ่งมีน้ำหนักตัวชี้วัดในองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.69 – 0.91 ค่าความแปรปรวนของตัวชี้วัด เท่ากับ 8.03 ค่าร้อยละของความแปรปรวนตัวชี้วัด เท่ากับ 50.20 และร้อยละของค่าความแปรปรวนสะสมของตัวชี้วัด เท่ากับ 50.20 ลักษณะเช่นนี้แสดงว่า ตัวชี้วัดทั้ง 6 ตัวชี้วัด สามารถเป็นตัวชี้วัดที่สามารถบรรยายองค์ประกอบหลักได้ ซึ่งองค์ประกอบดังกล่าวสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งชื่อองค์ประกอบหลักนี้ว่า “สมรรถนะด้านการดูแลผู้สูงอายุ”

### 1.2.2 องค์ประกอบที่ 2

ผลการวิจัยองค์ประกอบที่ 2 พบว่า มีค่าผลรวมของน้ำหนักปัจจัยหลัง สกัดระหว่าง 0.77 – 0.88 ประกอบด้วยตัวชี้วัด 6 รายการตัวชี้วัดและค่าน้ำหนัก ตามรายการตัวชี้วัด แสดงดังตาราง 4.18

ตาราง 4.18 แสดงรายการตัวชี้วัด และค่าน้ำหนัก ตามองค์ประกอบที่ 2 ของสมรรถนะตามสายอาชีพ

องค์ประกอบ	รายการตัวชี้วัด	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ
2	ข้อ 7: มีความรู้ความสามารถในการตรวจร่างกายเบื้องต้น	0.80
	ข้อ 8: มีความรู้ความสามารถในการประเมินประวัติผู้ป่วย	0.87
	ข้อ 9: มีความรู้ความสามารถในการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ	0.80
	ข้อ 10: มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจทางรังสี	0.87
	ข้อ 11: มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจอุลตราซาวด์	0.89
	ข้อ 14: มีความรู้ความสามารถในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคต่างๆ	0.77

จากตารางที่ 4.18 จะเห็นได้ว่ามีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง 3 ตัวชี้วัด ซึ่งมีน้ำหนักตัวชี้วัดในองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.77 – 0.89 ค่าความแปรปรวนของตัวชี้วัด เท่ากับ 2.27 ค่าร้อยละของความแปรปรวนตัวชี้วัด เท่ากับ 14.19 และร้อยละของค่าความแปรปรวนสะสมของตัวชี้วัด เท่ากับ 64.38 ลักษณะเช่นนี้แสดงว่า ตัวชี้วัดทั้ง 6 ตัวชี้วัด สามารถเป็นตัวชี้วัดที่สามารถบรรยายองค์ประกอบหลักได้ ซึ่งองค์ประกอบเกี่ยวข้องกับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการส่งตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งชื่อองค์ประกอบหลักนี้ว่า “สมรรถนะด้านการส่งตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์”

### 1.2.3 องค์ประกอบที่ 3

ผลการวิจัยองค์ประกอบที่ 3 พบว่า มีค่าผลรวมของน้ำหนักปัจจัยหลัง สกัระหว่าง 0.73 – 0.90 ประกอบด้วยตัวชี้วัด 4 รายการตัวชี้วัดและค่าน้ำหนัก ตามรายการตัวชี้วัด แสดงดังตาราง 4.19



ตาราง 4.19 แสดงรายการตัวชี้วัด และค่าน้ำหนัก ตามองค์ประกอบที่ 3 ของสมรรถนะตามสายอาชีพ

องค์ประกอบ	รายการตัวชี้วัด	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ
3	ข้อ 12: มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจหามะเร็งปากมดลูก	0.89
	ข้อ 13: มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจตาโดยจักษุแพทย์	0.90
	ข้อ 15: มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาทางด้านศัลยกรรมตกแต่งและความงาม	0.82
	ข้อ 16: มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาทางด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อ	0.73

จากตารางที่ 4.19 จะเห็นได้ว่ามีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง 3 ตัวชี้วัด ซึ่งมีน้ำหนักตัวชี้วัดในองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.73 – 0.90 ค่าความแปรปรวนของตัวชี้วัด เท่ากับ 1.51 ค่าร้อยละของความแปรปรวนตัวชี้วัด เท่ากับ 9.41 และร้อยละของค่าความแปรปรวนสะสมของตัวชี้วัด เท่ากับ 73.80 ลักษณะเช่นนี้แสดงว่า ตัวชี้วัดทั้ง 4 ตัวชี้วัด สามารถเป็นตัวชี้วัดที่สามารถบรรยายองค์ประกอบหลักได้ ซึ่งองค์ประกอบเกี่ยวข้องกับการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจด้านต่าง ๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งชื่อองค์ประกอบหลักนี้ว่า “สมรรถนะด้านการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจ”

## 2) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไป

ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไปมีทั้งหมด 11 ตัวชี้วัด มีการดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

### 2.1 การสกัดองค์ประกอบและการหมุนแกนองค์ประกอบ

ผู้วิจัยทำการสกัดองค์ประกอบ โดยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก ผลการสกัดองค์ประกอบแสดงเฉพาะองค์ประกอบที่มีค่าไอเกน มากกว่าหรือเท่ากับ 1 (เกิตศิริ, 2551) สามารถสกัด องค์ประกอบได้ 3 องค์ประกอบ และดำเนินการหมุนแกนองค์ประกอบ เพื่อให้ได้องค์ประกอบร่วมที่ชัดเจน ตามวิธีของ ไคล์เซอร์ นำไปหมุนแกนมุมแหลม ด้วยวิธีของ โปรแมกซ์ เนื่องจากผู้วิจัยคาดหวังว่าองค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบอาจมีความสัมพันธ์กัน และใช้เกณฑ์ในการเลือกองค์ประกอบย่อย (สมรรถนะ) ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบ ตั้งแต่ 0.30 ขึ้นไป เพื่อให้สามารถอธิบายองค์ประกอบได้ชัดเจนมากขึ้น (Ogasawara, 1998) สามารถแสดงได้ดังตาราง 4.20 และภาพ 4.4

ตาราง 4.20 แสดงองค์ประกอบ ความแปรปรวน ร้อยละความแปรปรวน และร้อยละของความแปรปรวนสะสมของตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไป

องค์ประกอบ (Component)	ค่าความแปรปรวน (Eigenvalue)	ค่าร้อยละของความแปรปรวน (% of Variance)	ค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสม (Cumulative % of Variance)
1	6.74	61.29	61.29
2	1.44	13.05	74.35

จากตารางที่ 4.20 จะเห็นได้ว่าเมื่อพิจารณาเฉพาะองค์ประกอบของสมรรถนะทั่วไปที่มีค่าไอเกน มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ได้จำนวนองค์ประกอบทั้งสิ้น 2 องค์ประกอบ ค่าร้อยละของความแปรปรวนอยู่ระหว่าง 13.05-61.30 และค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสมสามารถอธิบายความแปรปรวนขององค์ประกอบได้ร้อยละ 74.35 และเมื่อสกัดตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไปแต่ละองค์ประกอบ สามารถแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังตาราง 4.21

ตาราง 4.21 แสดงค่าสามารถแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไป

ตัวชี้วัดสมรรถนะ ทั่วไป	องค์ประกอบ	
	1	2
ข้อ 27	.77	.42
ข้อ 29	.91	.44
ข้อ 30	.91	.49
ข้อ 31	.93	.50
ข้อ 32	.76	.69
ข้อ 33	.68	.66
ข้อ 36	.84	.64
ข้อ 37	.87	.52
ข้อ 40	.47	.80
ข้อ 41	.54	.91
ข้อ 42	.42	.90

## 2.2 การตั้งชื่อองค์ประกอบ และกำหนดค่าน้ำหนักตัวชี้วัด

สำหรับการตั้งชื่อแต่ละองค์ประกอบหลัก เพื่อให้สามารถสื่อความหมายที่ชัดเจน ในองค์ประกอบหลัก ๆ นั้น โดยผู้วิจัยดำเนินการจัดทำรายการตัวชี้วัดในแต่ละองค์ประกอบไว้ด้วยกัน พร้อมทั้งค่าน้ำหนักของตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง ก่อนนำมาดำเนินการตั้งชื่อองค์ประกอบในแต่ละด้าน ดังนี้

### 2.2.1 องค์ประกอบที่ 1

ผลการวิจัยขององค์ประกอบที่ 1 พบว่า มีค่าผลรวมของน้ำหนักปัจจัยหลัง สกักระหว่าง 0.77 – 0.93 ประกอบด้วยตัวชี้วัด 8 รายการตัวชี้วัดและค่าน้ำหนัก ตามรายการตัวชี้วัด แสดงดังตาราง 4.22

ตาราง 4.22 แสดงรายการตัวชี้วัด และค่าน้ำหนัก ตามองค์ประกอบที่ 1 ของสมรรถนะทั่วไป

องค์ประกอบ	รายการตัวชี้วัด	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ
1	ข้อ 27: สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการเดินทางด้วยยานยนต์	0.77
	ข้อ 29: สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์และการรักษาแก่ผู้ป่วย ชาวต่างชาติได้	0.91
	ข้อ 30: สามารถประสานงานกับหน่วยงานหรือบริษัทเอกชนที่ เกี่ยวข้องกับการบริการจัดหาที่พักสำหรับผู้ป่วยและญาติ	0.91
	ข้อ 31: สามารถติดต่อประสานงานด้านการประกันสุขภาพและ ประกันภัยเพื่อรักษาสวัสดิการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วย ชาวต่างชาติได้	0.93
	ข้อ 32: สามารถให้คำแนะนำด้านอาหารที่สามารถรับประทาน เหมาะสมกับสภาวะของโรคได้ ทั้งอาหารไทยและอาหาร ต่างประเทศ	0.76
	ข้อ 33: สามารถให้คำแนะนำห้องพักที่ให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติ	0.68
	ข้อ 36: สามารถใช้ศัพท์ทางการแพทย์ที่จำเป็นได้	0.84
	ข้อ 37: มีความรู้ความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษ	0.87

จากตารางที่ 4.22 จะเห็นได้ว่ามีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง 8 ตัวชี้วัด ซึ่งมีน้ำหนักตัวชี้วัดในองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.77 – 0.93 ค่าความแปรปรวนของตัวชี้วัด เท่ากับ 6.74 ค่าร้อยละของความแปรปรวนตัวชี้วัด เท่ากับ 61.29 และร้อยละของความแปรปรวนสะสมของตัวชี้วัด เท่ากับ 61.29 ลักษณะเช่นนี้แสดงว่า ตัวชี้วัดทั้ง 8 ตัวชี้วัด สามารถเป็นตัวชี้วัดที่สามารถบรรยายองค์ประกอบหลักได้ ผู้วิจัยจึงตั้งชื่อองค์ประกอบหลักนี้ว่า “สมรรถนะด้าน สื่อสารและการบริการมารับการรักษาทางการแพทย์”

### 2.2.2 องค์ประกอบที่ 2

ผลการวิจัยองค์ประกอบที่ 2 พบว่า มีค่าผลรวมของน้ำหนักปัจจัยหลัง สกักระหว่าง 0.80 – 0.91 ประกอบด้วยตัวชี้วัด 3 รายการตัวชี้วัดและค่าน้ำหนักตามรายการ ตัวชี้วัด แสดงดังตาราง 4.23

ตาราง 4.23 แสดงรายการตัวชี้วัด และค่าน้ำหนัก ตามองค์ประกอบที่ 2 ของสมรรถนะทั่วไป

องค์ประกอบ	รายการตัวชี้วัด	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ
2	ข้อ 40: สามารถให้บริการตามหลักศาสนาพุทธ	0.80
	ข้อ 41: สามารถให้บริการตามหลักศาสนาคริสต์	0.91
	ข้อ 42: สามารถให้บริการตามหลักศาสนาอิสลาม	0.90

จากตารางที่ 4.23 จะเห็นได้ว่ามีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง 3 ตัวชี้วัด ซึ่งมีน้ำหนัก ตัวชี้วัดในองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.80 – 0.91 ค่าความแปรปรวนของตัวชี้วัด เท่ากับ 1.44 ค่า ร้อยละของความแปรปรวนตัวชี้วัด เท่ากับ 13.05 และร้อยละของความแปรปรวนสะสมของ ตัวชี้วัด เท่ากับ 74.35 ลักษณะเช่นนี้แสดงว่า ตัวชี้วัดทั้ง 3 ตัวชี้วัด สามารถเป็นตัวชี้วัดที่สามารถ บรรยายองค์ประกอบหลักได้ ผู้วิจัยจึงตั้งชื่อองค์ประกอบหลักนี้ว่า “สมรรถนะด้านการบริการ ตามหลักศาสนา”

#### 4.2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

เพื่อยืนยันองค์ประกอบและตัวชี้วัดสมรรถนะด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการ ท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ทั้ง 5 องค์ประกอบ ประกอบด้วยตัวชี้วัดสมรรถนะตามสาขาอาชีพ 3 องค์ประกอบ และตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไป 2 องค์ประกอบ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงยืนยัน ซึ่งเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเซตของตัวแปรที่สังเกตได้ซึ่งในที่นี้คือ ตัวชี้วัดในแต่ละ องค์ประกอบ กับตัวแปรแฝง (Latent Variables) หรือปัจจัยแฝง (Latent Factor) ในการวิจัย ครั้งนี้คือ องค์ประกอบในแต่ละด้านที่ได้จากการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis) (กัลยา, 2557) เพื่อให้สามารถทดสอบหรือตรวจสอบ โดยการยืนยันว่าตัวชี้วัดได้ ในกลุ่มเดียวกันมีความสัมพันธ์และสามารถจัดอยู่ในองค์ประกอบ ได้หรือไม่ โดยมีการดำเนินการ ตามขั้นตอนดังนี้

#### 4.2.1 การวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ

เนื่องจากผู้วิจัยใช้สถิติขั้นสูงในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อยืนยันการจัดกลุ่มองค์ประกอบจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ซึ่งมีความจำเป็นต้องตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น คือ การแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) แสดงดังตาราง 4.24

ตาราง 4.24 ค่าสถิติสำหรับการทดสอบการแจกแจงปกติขององค์ประกอบและตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดสมรรถนะ	mean	S.D.	skew	kurtosis	min	max
ข้อ 1	4.13	.899	-0.74	-0.35	2	5
ข้อ 2	3.80	.924	-0.26	-0.51	1	5
ข้อ 3	4.16	.845	-0.70	-0.31	2	5
ข้อ 4	3.99	.826	-0.81	0.94	1	5
ข้อ 5	3.90	.754	-0.25	-0.33	2	5
ข้อ 6	3.88	.851	-0.42	0.04	1	5
ข้อ 7	4.07	1.049	-1.14	0.68	1	5
ข้อ 8	4.18	.978	-1.42	1.86	1	5
ข้อ 9	4.13	.785	-1.20	3.00	1	5
ข้อ 10	3.98	.832	-0.47	-0.37	2	5
ข้อ 11	3.99	.838	-0.48	-0.40	2	5
ข้อ 12	3.62	.913	-0.24	-0.39	1	5
ข้อ 13	3.57	.897	0.07	-0.79	2	5
ข้อ 14	3.81	1.048	-1.08	0.73	1	5
ข้อ 15	3.44	1.134	-0.40	-0.50	1	5
ข้อ 16	3.92	1.007	-0.81	0.33	1	5
ข้อ 27	3.73	1.146	-0.93	0.26	1	5
ข้อ 29	3.70	1.200	-0.79	-0.21	1	5
ข้อ 30	3.47	1.264	-0.53	-0.70	1	5
ข้อ 31	3.47	1.256	-0.47	-0.75	1	5
ข้อ 32	3.96	.960	-0.64	-0.21	1	5
ข้อ 33	3.67	1.035	-0.56	-0.02	1	5
ข้อ 36	4.23	.869	-0.99	0.28	2	5
ข้อ 37	4.08	.927	-0.73	-0.04	1	5

ตัวชี้วัดสมรรถนะ	mean	S.D.	skew	kurtosis	min	max
ข้อ 40	4.15	.875	-0.73	-0.32	2	5
ข้อ 41	3.65	1.209	-0.71	-0.36	1	5
ข้อ 42	3.68	1.260	-0.82	-0.23	1	5

จากตาราง 4.24 จะเห็นได้ว่าการแจกแจงของข้อมูลส่วนใหญ่มีความเบ้ (Skewness) เป็นลบ โดยที่ตัวชี้วัดทุกตัวอยู่ในขอบเขตที่มีลักษณะการแจกแจงที่ยอมรับได้ (+1 ถึง -1) (Ryu, 2011) ดังนั้นการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ไม่มีการแปลงข้อมูลตัวชี้วัดใดๆ และสามารถนำไปวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงยืนยันได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวชี้วัดความสามารถเชิงสมรรถนะทั้งหมด ที่มีผลต่อสมรรถนะสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ โดยใช้เทคนิค Multidimensional Scaling (MDS) สามารถคำนวณค่า RSQ ซึ่งเป็นค่าที่ใช้วัดความสัมพันธ์ของข้อมูลตัวชี้วัดสมรรถนะสาขาอาชีพเท่ากับ 0.98 และ ตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไปเท่ากับ 0.98 เท่ากัน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 0 แต่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ( $0 \leq RSQ \leq 1$ ) แสดงว่าตัวชี้วัดสมรรถนะทั้งหมดมีผลต่อสมรรถนะสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (แสดงผลลัพธ์การแปลผลในภาคผนวก)

#### 4.2.2 เกณฑ์การตรวจสอบแบบจำลองโครงสร้างเพื่อยืนยันองค์ประกอบจากการวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงยืนยัน

สำหรับเกณฑ์การพิจารณาความสอดคล้องระหว่างแบบจำลองโครงสร้างที่กำหนดขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังตาราง 4.25 ดังนี้

ตาราง 4.25 เกณฑ์ในการทดสอบความสอดคล้องของโมเดล

ค่าสถิติ/ดัชนีความกลมกลืน	ความหมาย	เกณฑ์ในการทดสอบ	อ้างอิง
1. ค่า Chi-Square	ค่าสถิติทดสอบไคสแควร์	$p > 0.05$	(กัลยา, 2557; ธานินทร์, 2555)
2. ค่า GFI	ค่าดัชนีชี้วัดความสอดคล้อง (Goodness of Fit Index) มีค่า 0-1	$> 0.95$	(กัลยา, 2557; ธานินทร์, 2555; ภูษณิศ, ผดุงชัย และทิวดี, 2556)
3. ค่า RMSEA	ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของการประมาณค่าความคลาดเคลื่อน (Root Mean Square Error of Approximation)	$< 0.08$	(กัลยา, 2557; ธานินทร์, 2555; ภูษณิศ, ผดุงชัย และทิวดี, 2556)
		$\leq 0.05$	(Hair, 2010)
4. ค่า CMIN/DF	ค่าไคสแควร์สัมพันธ์ (Relative Chi-Square)	ควรมีค่า $< 3$	(กัลยา, 2557; ธานินทร์, 2555)

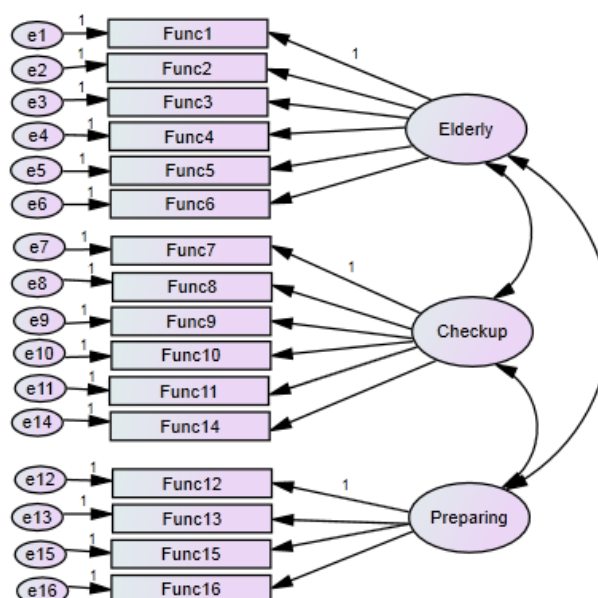
ค่าสถิติ/ดัชนี ความกลมกลืน	ความหมาย	เกณฑ์ในการทดสอบ	อ้างอิง
5. ค่า RMR	ค่า RMR ( Root Mean Residual) มีค่า 0- 1	ควรมีค่าเข้าใกล้ 0	(กัลยา, 2557; ภูษณิศ, ผดุงชัย และทิวรัตน์, 2556 )
6. ค่า CFI	Comperative Fit Index	> 0.90	(ภูษณิศ, ผดุงชัย และทิวรัตน์, 2556; Hair, 2010 )
7. ค่า NFI	Normal Fit Index	> 0.95	(กัลยา, 2557)
		> 0.90	(ภูษณิศ, ผดุงชัย และทิวรัตน์, 2556)
8. ค่า AGFI	Adjust goodness of Fit Index ซึ่ง เป็นค่าที่ปรับจาก GFI	> 0.90	(ภูษณิศ, ผดุงชัย และทิวรัตน์, 2556 )
9. ค่า SRMR	Standardized Root Mean Square Residual	$\leq 0.05$	(Hair, 2010)

#### 4.2.3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

##### 4.2.3.1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ตัวชี้วัดสมรรถนะตามสาย

###### อาชีพ

1) ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1 ของโมเดลการวัดตัวชี้วัดสมรรถนะตามสายอาชีพ ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ สมรรถนะด้านการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 6 ตัวชี้วัด สมรรถนะด้านการส่งตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์จำนวน 6 ตัวชี้วัด และสมรรถนะด้านการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจจำนวน 4 ตัวชี้วัด ซึ่งสามารถแสดงโมเดลการวัดได้ดังแผนภาพ 4.1



ภาพ 4.1 โมเดลการวัดตัวชี้วัดสมรรถนะตามสายอาชีพ

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวชี้วัดสมรรถนะตามสายอาชีพทั้งหมด 16 ตัวชี้วัด พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวชี้วัดแตกต่างจากศูนย์ และตัวชี้วัดมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวชี้วัดมีความสัมพันธ์กันทุกตัวชี้วัด แสดงในตาราง 4.26



ตาราง 4.26 ผลการตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวชี้วัดสมรรถนะตามสายอาชีพที่ใช้ในการวิจัย

	Func1	Func6	Func16	Func15	Func13	Func12	Func14	Func11	Func10	Func9	Func8	Func7	Func5	Func4	Func3	Func2
Func1	1.000															
Func6	.712	1.000														
Func16	.489	.494	1.000													
Func15	.300	.306	.594	1.000												
Func13	.429	.433	.634	.611	1.000											
Func12	.355	.347	.491	.654	.831	1.000										
Func14	.435	.394	.588	.435	.546	.466	1.000									
Func11	.359	.308	.581	.419	.532	.510	.644	1.000								
Func10	.389	.350	.561	.427	.556	.509	.591	.883	1.000							
Func9	.233	.241	.451	.268	.450	.313	.464	.733	.784	1.000						
Func8	.464	.454	.414	.274	.374	.347	.681	.612	.583	.556	1.000					
Func7	.490	.472	.378	.290	.306	.298	.615	.569	.508	.432	.878	1.000				
Func5	.430	.671	.396	.319	.337	.268	.391	.349	.427	.347	.350	.385	1.000			
Func4	.688	.805	.485	.374	.397	.339	.431	.319	.336	.150	.359	.411	.632	1.000		
Func3	.832	.710	.467	.306	.422	.380	.426	.260	.346	.156	.395	.421	.447	.718	1.000	
Func2	.669	.738	.459	.369	.545	.501	.377	.283	.333	.249	.349	.361	.539	.715	.682	1.000

ผลการตรวจสอบค่าน้ำหนักตัวชี้วัดและความสอดคล้องของโมเดลการวัดความสามารถเชิงสมรรถนะตามสายอาชีพจำนวน 16 ตัวชี้วัด สามารถแสดงได้ดังตาราง 4.27

ตาราง 4.27 ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลการวัดความสามารถเชิงสมรรถนะตามสายอาชีพ

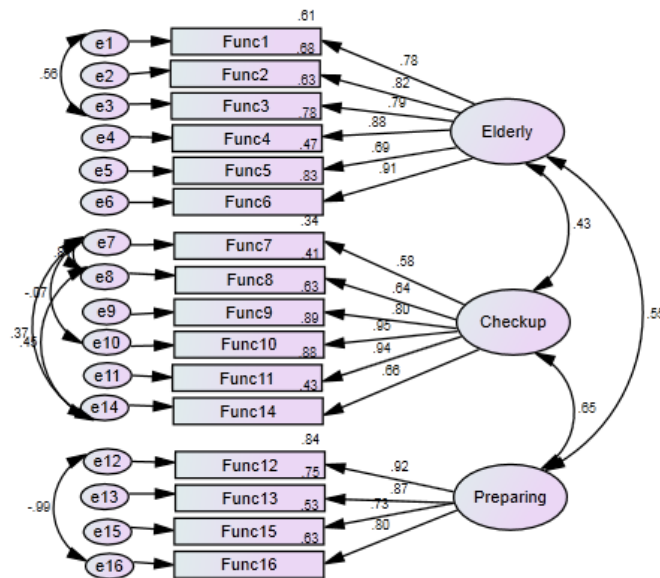
ค่าสถิติ/ดัชนีความ กลมกลืน	เกณฑ์ในการทดสอบ	ค่าดัชนีของ แบบจำลอง	ผลการพิจารณา
1. ค่า Chi-Square	$p > 0.05$	0.00	ไม่ผ่านเกณฑ์
2. ค่า GFI	$> 0.95$	0.72	ไม่ผ่านเกณฑ์
3. ค่า RMSEA	$< 0.08$	0.16	ไม่ผ่านเกณฑ์
4. ค่า CMIN/DF	$< 3$	3.60	ไม่ผ่านเกณฑ์
5. ค่า RMR	ควรมีค่าเข้าใกล้ 0	0.09	ผ่านเกณฑ์
6. ค่า CFI	$> 0.90$	0.82	ไม่ผ่านเกณฑ์
7. ค่า NFI	$> 0.90$	0.77	ไม่ผ่านเกณฑ์
8. ค่า AGFI	$> 0.90$	0.62	ไม่ผ่านเกณฑ์

จากผลการทดสอบความสอดคล้องของโมเดลการวัดความสามารถเชิงสมรรถนะตามสายอาชีพพบว่า โมเดลยังไม่มี ความกลมกลืนกัน ผู้วิจัยทำการปรับโมเดลโดยศึกษาจากค่าดัชนีการปรับ (Modification Indices) จำนวน 6 คู่ ผลการตรวจสอบค่าน้ำหนักตัวชี้วัดและความสอดคล้องของโมเดลการวัดความสามารถเชิงสมรรถนะตามสายอาชีพจำนวน 16 ตัวชี้วัด หลังจากการปรับโมเดล สามารถแสดงได้ดังตาราง 4.28

ตาราง 4.28 ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลการวัดความสามารถเชิงสมรรถนะตามสายอาชีพ หลังการปรับโมเดล

ค่าสถิติ/ดัชนีความ กลมกลืน	เกณฑ์ในการทดสอบ	ค่าดัชนีของ แบบจำลอง	ผลการพิจารณา
1. ค่า Chi-Square	$p > 0.05$	0.00	ไม่ผ่านเกณฑ์
2. ค่า GFI	$> 0.95$	0.84	ไม่ผ่านเกณฑ์
3. ค่า RMSEA	$< 0.08$	0.09	ผ่านเกณฑ์
4. ค่า CMIN/DF	$< 3$	1.86	ผ่านเกณฑ์
5. ค่า RMR	ควรมีค่าเข้าใกล้ 0	0.08	ผ่านเกณฑ์
6. ค่า CFI	$> 0.90$	0.94	ผ่านเกณฑ์
7. ค่า NFI	$> 0.90$	0.89	ไม่ผ่านเกณฑ์
8. ค่า AGFI	$> 0.90$	0.77	ไม่ผ่านเกณฑ์

จากผลการตรวจสอบค่าน้ำหนักตัวชีวิตและความสอดคล้องของโมเดลการวัดความสามารถเชิงสมรรถนะตามสายอาชีพจำนวน 16 ตัวชีวิต หลังจากการปรับโมเดล พบว่าผ่านเกณฑ์ 4 ข้อจากทั้งหมด 8 ข้อ ดังนั้นผู้วิจัยถือว่าโมเดลดังกล่าวมีความกลมกลืนกัน โดยจะแสดงโมเดลพร้อมค่าแปรปรวน ค่าแปรปรวนร่วม และน้ำหนักปัจจัยในรูปแบบมาตรฐานดังแสดงดังภาพ 4.2



ภาพ 4.2 โมเดลการวัดตัวชีวิตสมรรถนะตามสายอาชีพ แสดงค่าน้ำหนักปัจจัยในรูปแบบมาตรฐาน

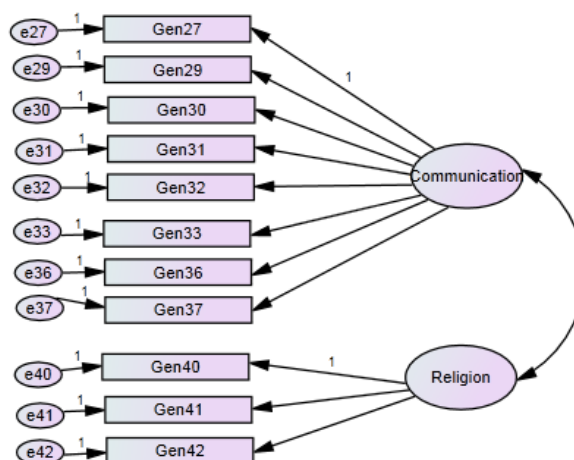
2) ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 เป็นการยืนยันปัจจัยแฝงต่อจากอันดับที่ 1 ของโมเดลการวัดความสอดคล้องตัวชีวิตสมรรถนะตามสายอาชีพ จากผลการทดสอบสามารถสรุปได้ว่าโมเดลการวัดความสอดคล้องขององค์ประกอบตัวชีวิตสมรรถนะตามสายอาชีพมีความสอดคล้องกันโดยใช้เกณฑ์การพิจารณา 4 ข้อ ดังตาราง 4.29

ตาราง 4.29 ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลการวัดความสามารถเชิงสมรรถนะตามสายอาชีพ วัดจากการวิเคราะห์ห้องค้ประกอบเชิงยืนยันันันดับที่ 2

ค่าสถิติ/ดัชนีความ กลมกลืน	เกณฑ์ในการทดสอบ	ค่าดัชนีของ แบบจำลอง	ผลการพิจารณา
1. ค่า RMSEA	ควรมีค่าเข้าใกล้ 0	0.09	ผ่านเกณฑ์
2. ค่า CMIN/DF	ควรมีค่า < 3	1.86	ผ่านเกณฑ์
3. ค่า RMR	ควรมีค่าเข้าใกล้ 0	0.08	ผ่านเกณฑ์
4. ค่า CFI	> 0.90	0.94	ผ่านเกณฑ์

#### 4.2.3.2 ผลการวิเคราะห์ห้องค้ประกอบเชิงยืนยันันัน ตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไป

1) ผลการวิเคราะห์ห้องค้ประกอบเชิงยืนยันันันดับที่ 1 ของโมเดลการวัดตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไปประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ สมรรถนะด้านการสื่อสารและการมารับบริการทางการแพทย์จำนวน 8 ตัวชี้วัด และสมรรถนะด้านการบริการตามหลักศาสนาจำนวน 3 ตัวชี้วัด ซึ่งสามารถแสดงโมเดลการวัดได้ดังภาพ 4.3



ภาพ 4.3 โมเดลการวัดตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไป

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไปทั้งหมด 11 ตัวชี้วัด พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวชี้วัดแตกต่างจากศูนย์และตัวชี้วัดมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวชี้วัดมีความสัมพันธ์กันทุกตัวชี้วัด แสดงในตาราง 4.30

ตาราง 4.30 ผลการตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไปที่ใช้ในการวิจัย

	Gen42	Gen37	Gen27	Gen32	Gen41	Gen40	Gen36	Gen33	Gen31	Gen30	Gen29
Gen42	1.000										
Gen37	.370	1.000									
Gen27	.379	.590	1.000								
Gen32	.517	.602	.498	1.000							
Gen41	.851	.517	.369	.513	1.000						
Gen40	.564	.401	.367	.539	.602	1.000					
Gen36	.459	.814	.603	.778	.540	.548	1.000				
Gen33	.471	.553	.387	.640	.576	.466	.520	1.000			
Gen31	.399	.737	.655	.628	.508	.363	.677	.602	1.000		
Gen30	.348	.691	.651	.624	.460	.413	.629	.673	.927	1.000	
Gen29	.305	.789	.634	.617	.472	.336	.720	.533	.819	.783	1.000

ผลการตรวจสอบค่าน้ำหนักตัวชี้วัดและความสอดคล้องของโมเดลการวัดความสามารถเชิงสมรรถนะทั่วไปจำนวน 11 ตัวชี้วัด สามารถแสดงได้ดังตาราง 4.31

ตาราง 4.31 ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลการวัดความสามารถเชิงสมรรถนะทั่วไป

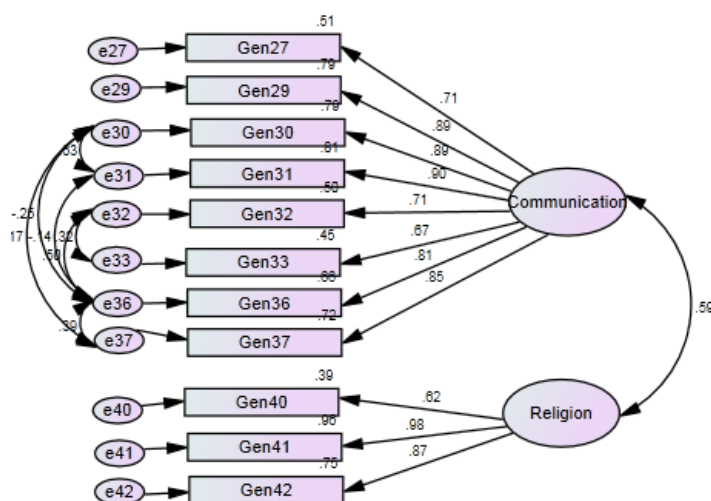
ค่าสถิติ/ดัชนีความ กลมกลืน	เกณฑ์ในการทดสอบ	ค่าดัชนีของ แบบจำลอง	ผลการพิจารณา
1. ค่า Chi-Square	$p > 0.05$	0.00	ไม่ผ่านเกณฑ์
2. ค่า GFI	$> 0.95$	0.72	ไม่ผ่านเกณฑ์
3. ค่า RMSEA	$< 0.08$	0.21	ไม่ผ่านเกณฑ์
4. ค่า CMIN/DF	$< 3$	5.40	ไม่ผ่านเกณฑ์
5. ค่า RMR	ควรมีค่าเข้าใกล้ 0	0.09	ผ่านเกณฑ์
6. ค่า CFI	$> 0.90$	0.82	ไม่ผ่านเกณฑ์
7. ค่า NFI	$> 0.90$	0.77	ไม่ผ่านเกณฑ์
8. ค่า AGFI	$> 0.90$	0.62	ไม่ผ่านเกณฑ์

จากผลการทดสอบความสอดคล้องของโมเดลการวัดความสามารถเชิงสมรรถนะทั่วไป พบว่า โมเดลยังไม่มี ความกลมกลืนกัน ผู้วิจัยทำการปรับ โมเดลโดยศึกษาจากค่าดัชนีการปรับผล การตรวจสอบค่าน้ำหนักตัวชี้วัดและความสอดคล้องของโมเดลการวัดความสามารถเชิงสมรรถนะ ทั่วไปจำนวน 11 ตัวชี้วัด หลังจากการปรับโมเดล ดังตาราง 4.32

ตาราง 4.32 ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลการวัดความสามารถเชิงสมรรถนะทั่วไป หลังการปรับโมเดล

ค่าสถิติ/ดัชนีความ กลมกลืน	เกณฑ์ในการทดสอบ	ค่าดัชนีของ แบบจำลอง	ผลการพิจารณา
1. ค่า Chi-Square	$p > 0.05$	0.00	ไม่ผ่านเกณฑ์
2. ค่า GFI	$> 0.95$	0.86	ไม่ผ่านเกณฑ์
3. ค่า RMSEA	$< 0.08$	0.14	ไม่ผ่านเกณฑ์
4. ค่า CMIN/DF	$< 3$	2.9	ผ่านเกณฑ์
5. ค่า RMR	ควรมีค่าเข้าใกล้ 0	0.08	ผ่านเกณฑ์
6. ค่า CFI	$> 0.90$	0.95	ผ่านเกณฑ์
7. ค่า NFI	$> 0.90$	0.92	ผ่านเกณฑ์
8. ค่า AGFI	$> 0.90$	0.77	ไม่ผ่านเกณฑ์

จากผลการตรวจสอบค่าน้ำหนักตัวชี้วัดและความสอดคล้องของโมเดลการวัด ความสามารถเชิงสมรรถนะ ทั่วไปจำนวน 11 ตัวชี้วัด หลังจากการปรับโมเดล พบว่าผ่านเกณฑ์ 4 ข้อจากทั้งหมด 8 ข้อ ดังนั้นผู้วิจัยถือว่าโมเดลดังกล่าวมีความกลมกลืนกัน โดยจะแสดงโมเดล พร้อมค่าแปรปรวน ค่าแปรปรวนร่วม และน้ำหนักปัจจัยในรูปแบบมาตรฐานดังแสดงดังภาพ 4.4



ภาพ 4.4 โมเดลการวัดตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไป แสดงค่าน้ำหนักปัจจัยในรูปแบบมาตรฐาน

2) ผลการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 เป็นการยืนยันปัจจัยแฝงต่อจากอันดับที่ 1 ของโมเดลการวัดความสอดคล้องตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไป จากผลการทดสอบสามารถสรุปได้ว่าโมเดลการวัดความสอดคล้องขององค์ประกอบตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไปมีความสอดคล้องกันโดยใช้เกณฑ์การพิจารณา 5 ข้อ ดังตาราง 4.33

ตาราง 4.33 ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลการวัดความสามารถเชิงสมรรถนะทั่วไป วัดจากการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2

ค่าสถิติ/ดัชนีความกลมกลืน	เกณฑ์ในการทดสอบ	ค่าดัชนีของแบบจำลอง	ผลการพิจารณา
1. ค่า CMIN/DF	ควรมีค่า < 3	2.9	ผ่านเกณฑ์
2. ค่า RMR	ควรมีค่าเข้าใกล้ 0	0.08	ผ่านเกณฑ์
3. ค่า CFI	> 0.90	0.95	ผ่านเกณฑ์
4. ค่า NFI	> 0.90	0.92	ผ่านเกณฑ์

## 5. การกำหนดรูปแบบการจัดการศึกษาด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ มากำหนดวิธีการจัดการเรียนการสอน ประกอบด้วย วิธีการเรียนรู้ การกำหนดเนื้อหาวิชา และการกำหนดผู้สอน เพื่อให้รูปแบบการจัดการศึกษาด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ตามกรอบแนวคิดการวิจัยในบทที่ 2 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) วิธีการเรียนรู้ จากการทบทวนวรรณกรรมในบทที่ 2 ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การเรียนรู้ทางด้านทฤษฎี การเรียนรู้และฝึกปฏิบัติจากห้องปฏิบัติการสาธิต และการฝึกปฏิบัติการในสถานที่จริง (สภาการพยาบาล . 2552) จากการสำรวจหลักสูตรการเรียนการสอนของหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลของโรงเรียนผู้ช่วยพยาบาลที่มีระยะเวลาในการเรียนทั้งหมด 6 เดือน จำนวน 5 แห่ง จากใบรายงานผลการศึกษาของผู้ที่สมัครทำงานตำแหน่งผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง และเพื่อเป็นปกปิดข้อมูลจากสถาบันที่ทำการสำรวจผู้วิจัยกำหนดให้มีการใช้สัญลักษณ์ N1, N2, N3, N4 และ N5 เพื่อเป็นตัวแทนสถาบันโรงเรียนที่เปิดสอนผู้ช่วยพยาบาลแห่งที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ สามารถแสดงจำนวนชั่วโมงในการจัดการเรียนการสอนและจำนวนหน่วยกิตที่เกี่ยวข้อง ดังตาราง 4.34

ตาราง 4.34 จำนวนชั่วโมงในการเรียน และจำนวนหน่วยกิตในโรงเรียนสอนผู้ช่วยพยาบาลที่มีระยะเวลาในการเรียน 6 เดือน

การเรียนรู้	โรงเรียนสอนผู้ช่วยพยาบาล				
	N1	N2	N3	N4	N5
ภาคทฤษฎีและฝึกปฏิบัติในห้องสาธิต	20 หน่วยกิต	28 หน่วยกิต	26 หน่วยกิต	20 หน่วยกิต	420 ชั่วโมง
ภาคปฏิบัติ	ไม่ระบุ	12 หน่วยกิต	10 หน่วยกิต	ไม่ระบุ	420 ชั่วโมง
จำนวนชั่วโมงทั้งหมด	840	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	840
จำนวนหน่วยกิต	20	40	36	20	ไม่ระบุ

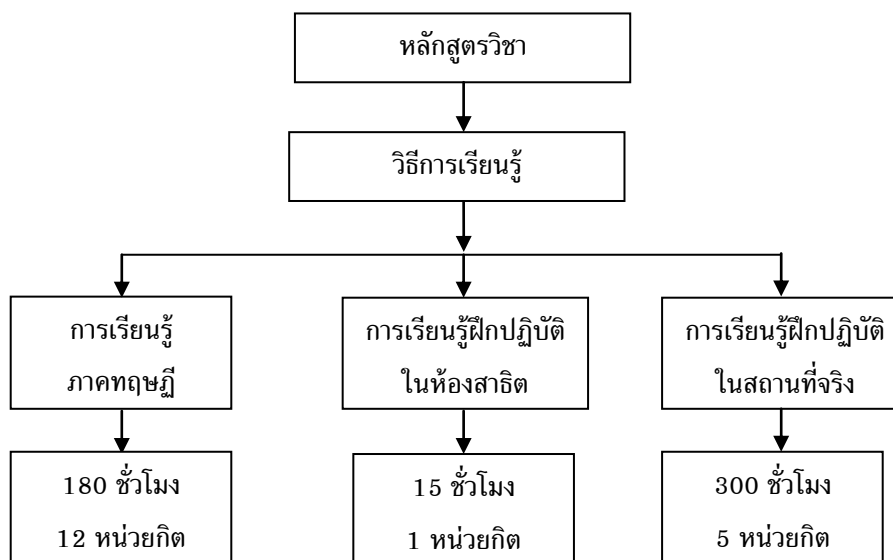
จากการสำรวจข้อมูล เกี่ยวกับจำนวนชั่วโมงและจำนวนหน่วยกิตในการจัดการเรียนการสอน พบว่า มีความแตกต่างกันโดยเฉพาะหน่วยกิตในการจัดการเรียนการสอน ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม โดยมีการเทียบเคียงหลักสูตรจากหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลของสภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล. 2552) โดยมีการเทียบเคียงรายละเอียดต่างๆของหลักสูตรจากสภาการพยาบาลเพื่อนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดังตาราง 4.35

ตาราง 4.35 การเทียบเคียงโครงสร้างหลักสูตรจากหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลของสภาการพยาบาล

หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (1ปี)	หลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลในการให้บริการชาวต่างชาติ (6 เดือน)
1.ระยะเวลาในการศึกษา 1 ปี	1.ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน
2.จำนวนหน่วยกิตรวมไม่น้อยกว่า 34 หน่วยกิต	2.จำนวนหน่วยกิตรวมไม่น้อยกว่า 17 หน่วยกิต
2.1 รายวิชาภาคทฤษฎี ไม่น้อยกว่า 24 หน่วยกิต	2.1 รายวิชาภาคทฤษฎี ไม่น้อยกว่า 12 หน่วยกิต
2.1.1 กำหนด 15 ชั่วโมง เท่ากับ 1 หน่วยกิต (ดังนั้น 24 หน่วยกิต เท่ากับ 360 ชั่วโมง)	2.1.1 กำหนด 15 ชั่วโมง เท่ากับ 1 หน่วยกิต (ดังนั้น 12 หน่วยกิต เท่ากับ 180 ชั่วโมง)
2.2 การฝึกปฏิบัติในห้องสาธิต ไม่น้อยกว่า 1 หน่วยกิต	2.2 การฝึกปฏิบัติในห้องสาธิต ไม่น้อยกว่า 1 หน่วยกิต
2.2.1 กำหนด 30 ชั่วโมง เท่ากับ 1 หน่วยกิต	2.2.1 กำหนด 15 ชั่วโมง เท่ากับ 1 หน่วยกิต
2.3 รายวิชาภาคปฏิบัติ ไม่น้อยกว่า 10 หน่วยกิต	2.3 รายวิชาภาคปฏิบัติ ไม่น้อยกว่า 5 หน่วยกิต
2.3.1 กำหนด 60 ชั่วโมง เท่ากับ 1 หน่วยกิต (ดังนั้น 10 หน่วยกิต เท่ากับ 600 ชั่วโมง)	2.3.1 กำหนด 60 ชั่วโมง เท่ากับ 1 หน่วยกิต (ดังนั้น 5 หน่วยกิต เท่ากับ 300 ชั่วโมง)
รวมทั้งหมด 35 หน่วยกิต 990 ชั่วโมง	รวมทั้งหมด 18 หน่วยกิต 495 ชั่วโมง



ดังนั้นจากข้อมูลการเทียบเคียงวิธีการจัดการเรียนรู้ ระยะเวลาในการการศึกษา และจำนวนหน่วยกิต และสามารถสรุปได้ดังภาพ 4.5



ภาพ 4.5 การเชื่อมโยงหลักสูตรวิชา วิธีการเรียนรู้ จำนวนชั่วโมง และหน่วยกิตในการเรียนรู้

2) เนื้อหาวิชาที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบที่สำคัญ ซึ่งได้มาจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ซึ่งในแต่ละองค์ประกอบจะมีตัวชี้วัดสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ซึ่งผู้วิจัยจะมีการเชื่อมโยงสมรรถนะที่เกี่ยวข้องและนำไปสู่รายละเอียดวิชา และการกำหนดหลักสูตรวิชาดังตาราง 4.36

ตาราง 4.36 การกำหนดหลักสูตรวิชาจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และตัวชี้วัดสมรรถนะ

องค์ประกอบหลัก	ตัวชี้วัดสมรรถนะ	รายละเอียดของวิชา	หลักสูตรวิชา
1.สมรรถนะด้านการดูแลผู้สูงอายุ	ข้อ 1: มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหัวใจ	การดูแลผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคหัวใจ	การดูแลผู้สูงอายุ
	ข้อ 2: มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง	การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง	
	ข้อ 3: มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง	การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง	
	ข้อ 4: มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดบวม	การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดบวม	
	ข้อ 5: มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไขข้อใหญ่	การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไขข้อใหญ่	

องค์ประกอบหลัก	ตัวชี้วัดสมรรถนะ	รายละเอียดของวิชา	หลักสูตรวิชา
	ข้อ 6: มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	
2.สมรรถนะด้านการส่งตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์	ข้อ 7: มีความรู้ความสามารถในการตรวจร่างกายเบื้องต้น	การตรวจร่างกาย	การตรวจร่างกายเบื้องต้น
	ข้อ 8: มีความรู้ความสามารถในการประเมินประวัติผู้ป่วย	การซักประวัติผู้ป่วย	การซักประวัติผู้ป่วยเบื้องต้น
	ข้อ 9: มีความรู้ความสามารถในการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ	การเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ	การเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
	ข้อ 10: มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจทางรังสี	การเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจทางรังสีวิทยา	
	ข้อ 11: มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจอุลตราซาวด์	เตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจอุลตราซาวด์	
3.สมรรถนะด้านการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจ	ข้อ 12: มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจหามะเร็งปากมดลูก	การเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจหามะเร็งปากมดลูก	การเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจหามะเร็งปากมดลูก
	ข้อ 13: มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจตาโดยจักษุแพทย์	การเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจตา	การเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจตา
	ข้อ 15: มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาทางด้านศัลยกรรมตกแต่งและความงาม	การเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาทางด้านศัลยกรรมตกแต่งและความงาม	การเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจด้านศัลยกรรมตกแต่งและความงาม
	ข้อ 16: มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาทางด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อ	การเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาทางด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อ	การเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจทางด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อ
4.สมรรถนะด้านสื่อสารและการบริการมารับการรักษาททางการแพทย์	ข้อ 27: สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการเดินทางด้วยยานยนต์	การดูแลผู้ป่วยระหว่างการเดินทางด้วยยานยนต์	การติดต่อประสานงานด้านการเดินทางของชาวต่างชาติ
	ข้อ 30: สามารถประสานงานกับหน่วยงานหรือบริษัทเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการบริการจัดหาที่พักสำหรับผู้ป่วยและญาติ	การติดต่อประสานงานด้านการจัดหาที่พักชาวต่างชาติ	การบริการด้านที่พักชาวต่างชาติ
	ข้อ 33: สามารถให้คำแนะนำห้องพักที่ให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติ		
	ข้อ 31: สามารถติดต่อประสานงานด้านการประกันสุขภาพและประกันภัยเพื่อ รักษาสิทธิการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยชาวต่างชาติได้	การติดต่อประสานงานด้านการประกันสุขภาพ	การประสานงานด้านการประกันสุขภาพสำหรับกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติ
	ข้อ 32: สามารถให้คำแนะนำด้านอาหารที่สามารถรับประทานเหมาะสมกับ สภาวะของโรคได้ ทั้งอาหารไทยและอาหารต่างประเทศ	โภชนบำบัดสำหรับอาหารไทย โภชนบำบัดสำหรับอาหารนานาชาติ	โภชนบำบัด
	ข้อ 29: สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์และการรักษาแก่ผู้ป่วยชาวต่างชาติได้	วิธีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์และการรักษา	การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์และแนวทางการ

องค์ประกอบหลัก	ตัวชี้วัดสมรรถนะ	รายละเอียดของวิชา	หลักสูตรวิชา
	ข้อ 36: สามารถใช้ศัพท์ทางการแพทย์ที่จำเป็นได้	การใช้ศัพท์ทางการแพทย์ที่จำเป็น	รักษาเบื้องต้น
5.สมรรถนะด้านการบริการตามหลักศาสนา	ข้อ 40: สามารถให้บริการตามหลักศาสนาพุทธ	การบริการทางการแพทย์ตามหลักศาสนาพุทธ	การบริการตามหลักศาสนา
	ข้อ 41: สามารถให้บริการตามหลักศาสนาคริสต์	การบริการทางการแพทย์ตามหลักศาสนาคริสต์	
	ข้อ 42: สามารถให้บริการตามหลักศาสนาอิสลาม	การบริการทางการแพทย์ตามหลักศาสนาคริสต์	

3) การกำหนดผู้สอนและแหล่งฝึกปฏิบัติ มีความจำเป็นต้องกำหนดหลักสูตรวิชาหลักที่เกี่ยวข้อง ดังตาราง 4.36 การจัดกลุ่มการเรียนรู้ การกำหนดผู้สอน และการกำหนดแหล่งฝึกปฏิบัติ แสดงดังตาราง 4.37

ตาราง 4.37 การจัดกลุ่มการเรียนรู้ การกำหนดผู้สอน และการกำหนดแหล่งฝึกปฏิบัติ

หลักสูตรวิชา	กลุ่มการเรียนรู้			การกำหนดผู้สอน	การกำหนดแหล่งฝึก
	ภาค ทฤษฎี	ฝึกปฏิบัติใน ห้องสาธิต	ปฏิบัติใน สถานที่จริง		
1.การดูแล ผู้สูงอายุ	✓		✓	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาล
2.การตรวจ ร่างกายเบื้องต้น	✓	✓	✓	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาล
3.การซักประวัติ ผู้ป่วยเบื้องต้น	✓	✓	✓	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาล
4.การเตรียม ผู้ป่วยเพื่อส่ง ตรวจทางห้องปฏิบัติการ	✓		✓	1.พยาบาลวิชาชีพ 2.นักรังสีวิทยา 3.นักเทคนิคทางการแพทย์	โรงพยาบาล
5.การเตรียม ผู้ป่วยเพื่อ ตรวจหามะเร็ง ปากมดลูก	✓	✓	✓	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาล
6.การเตรียม ผู้ป่วยเพื่อตรวจ ตา	✓	✓	✓	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาล
7.การเตรียม ผู้ป่วยเพื่อตรวจ ด้านศัลยกรรม ตกแต่งและความ	✓	✓	✓	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาล

หลักสูตรวิชา	กลุ่มการเรียนรู้			การกำหนดผู้สอน	การกำหนดแหล่งฝึก
	ภาค ทฤษฎี	ฝึกปฏิบัติใน ห้องสาธิต	ปฏิบัติใน สถานที่จริง		
งาม					
8.การเตรียม ผู้ป่วยเพื่อตรวจ ทางด้าน ศัลยกรรมกระดูก และข้อ	✓	✓	✓	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาล
9.การติดต่อ ประสานงานด้าน การเดินทางของ ชาวต่างชาติ	✓		✓	1. พยาบาลวิชาชีพ 2. ผู้เชี่ยวชาญด้านบริการใน โรงแรม 3. ผู้เชี่ยวชาญด้านบริการสายการ บิน 4. ผู้เชี่ยวชาญด้านบริการทัวร์	1.โรงพยาบาล 2.โรงแรม 3.สายการบิน ต่าง ๆ 4.บริษัททัวร์ ชาวต่างชาติ
10.การบริการ ด้านที่พัก ชาวต่างชาติ			✓	1. ผู้เชี่ยวชาญด้านบริการใน โรงแรม 2. ผู้เชี่ยวชาญด้านบริการสายการ บิน 3. ผู้เชี่ยวชาญด้านบริการทัวร์	1.โรงแรม 2.สายการบิน ต่าง ๆ 3.บริษัททัวร์ ชาวต่างชาติ
11. การ ประสานงานด้าน การประกัน สุขภาพสำหรับ กลุ่มลูกค้า ชาวต่างชาติ	✓		✓	1.พยาบาลวิชาชีพ 2.ผู้เชี่ยวชาญด้านบริการด้านสิทธิ ประกันในโรงพยาบาล	โรงพยาบาล
12. โฆษณำบ้ำด	✓	✓		1.พยาบาลวิชาชีพ 2.นักโฆษณำบ้ำด	1.ฝ่ายโชนการของ โรงพยาบาล 2.ฝ่ายโชนการของ โรงแรม
13.การให้ข้อมูล เกี่ยวกับแพทย์ และแนวทางการ รักษาเบื้องต้น	✓	✓		1.พยาบาลวิชาชีพ 2.ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา	โรงพยาบาล
14.การบริการ ตามหลักศาสนา	✓		✓	1.พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาล

จากข้อมูลการกำหนดหลักสูตรวิชา วิธีการเรียนรู้ จำนวนชั่วโมง และหน่วยกิตในการเรียนรู้ นำมาสู่การกำหนดจำนวนชั่วโมงเรียน และจำนวนหน่วยกิต ที่เหมาะสมของหลักสูตร ดังภาพ 4.6



ภาพ 4.6 การกำหนดจำนวนชั่วโมงเรียน และจำนวนหน่วยกิต

จากภาพ 4.6 ผู้วิจัยทำการปรับจำนวนชั่วโมงเรียน และจำนวนหน่วยกิตที่เหมาะสม และสอดคล้องกับหลักสูตรที่สร้างขึ้น ดังตาราง 4.38

ตาราง 4.38 จำนวนชั่วโมงเรียนและจำนวนหน่วยกิต ของหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลในการให้บริการชาวต่างชาติ

วิธีการเรียนรู้	จำนวนรายวิชา (รายวิชา)	จำนวนชั่วโมงเรียน (ชั่วโมง)	จำนวนหน่วยกิต (หน่วยกิต)
การเรียนรู้ภาคทฤษฎี	13	182 (13 วิชา X 14 ชม.)	13 (1 รายวิชา/1 หน่วยกิต)
การเรียนรู้ฝึกปฏิบัติในห้องสาธิต	8	16 (8 วิชา X 2 ชม.)	1 (ฝึกปฏิบัติ 16 ชม./1 หน่วยกิต)
การเรียนรู้ฝึกปฏิบัติในสถานที่จริง	12	300 (12 วิชา X 25 ชม.)	5 (ฝึกปฏิบัติ 300 ชม./5 หน่วยกิต)
รวม	14 รายวิชา	498 ชั่วโมง	19 หน่วยกิต

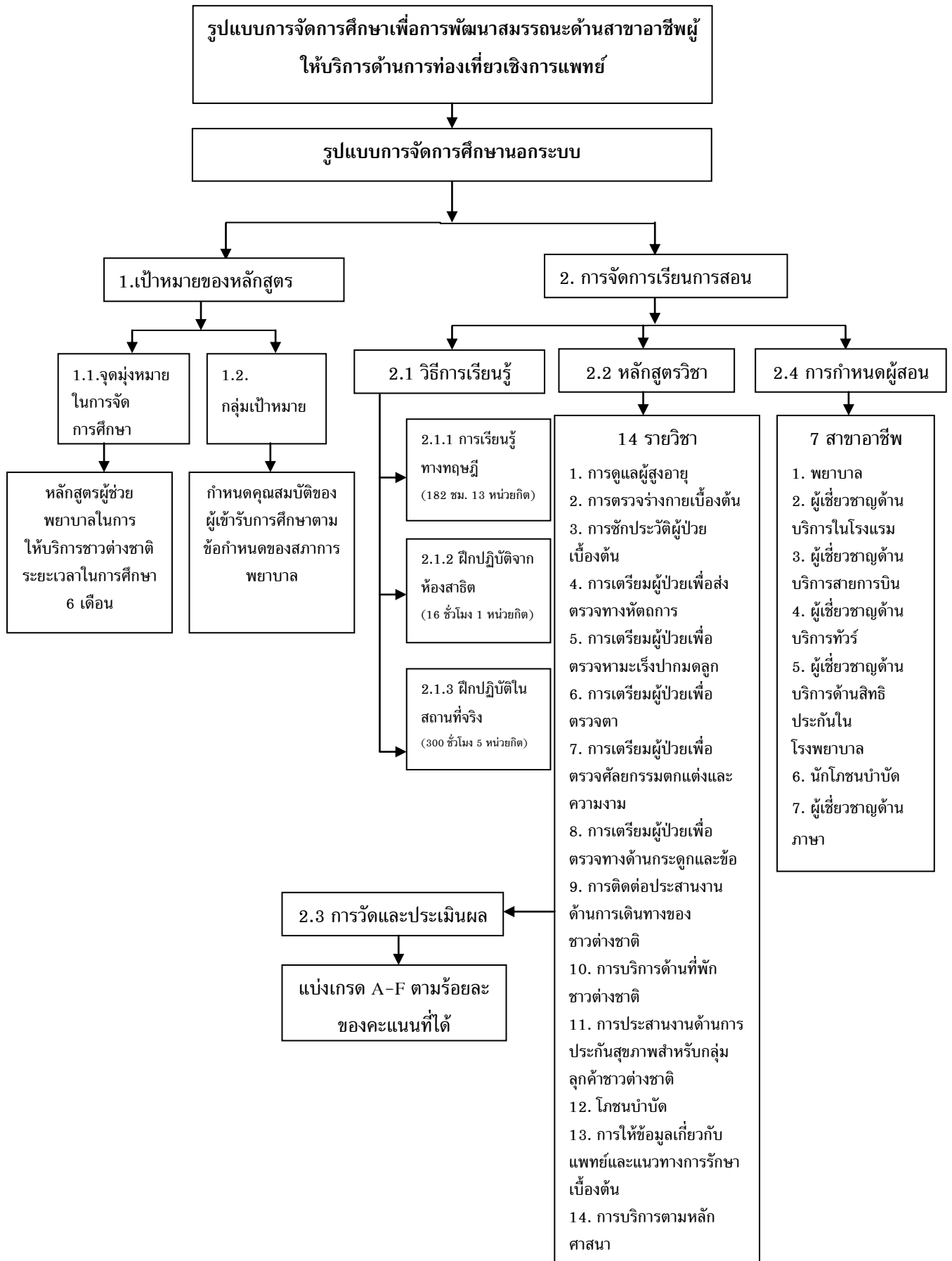
เมื่อสรุปองค์ประกอบทั้งหมดเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ สร้างแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมในการจัดรูปแบบการศึกษา ด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ภายใต้หลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลในการให้บริการชาวต่างชาติ โดยนำแบบสอบถามที่ได้นำไปสำรวจความคิดเห็น จากผู้ประกอบการ และพยาบาลที่ให้บริการชาวต่างชาติที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนของประเทศไทยจำนวน 5 ท่าน เพื่อยืนยันรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (รายละเอียดของแบบสอบถามอยู่ในภาคผนวก ) ผลการสำรวจความเหมาะสมเกี่ยวกับการจัดรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ สามารถแสดงได้ดังตาราง 4.39

ตาราง 4.39 ผลการสำรวจความเหมาะสมเกี่ยวกับการจัดรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

รูปแบบการจัดการศึกษา	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความเหมาะสม
<b>เป้าหมายหลักสูตร</b>			
1.จุดมุ่งหมายในการสร้างหลักสูตร	4.82	0.45	มากที่สุด
2.กลุ่มเป้าหมายผู้เรียน	4.63	0.54	มากที่สุด
<b>หลักสูตรวิชา การเรียนรู้ ผู้สอน และแหล่งฝึก</b>			
1.การดูแลผู้สูงอายุ	4.84	0.45	มากที่สุด
2.การตรวจร่างกายเบื้องต้น	3.73	0.88	มาก
3.การซักประวัติเบื้องต้น	3.95	0.98	มาก

รูปแบบการจัดการศึกษา	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความเหมาะสม
4.การเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจทางหัตถการ	4.49	0.54	มากที่สุด
5.การเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจหามะเร็งปากมดลูก	3.69	0.78	มาก
6.การเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจตา	3.87	0.45	มาก
7.การเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจด้านศัลยกรรมตกแต่งและความงาม	4.07	0.70	มาก
8.การเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจทางด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อ	4.84	0.45	มากที่สุด
9.การติดต่อประสานงานด้านการเดินทางของชาวต่างชาติ	3.85	0.45	มาก
10.การบริการด้านที่พักชาวต่างชาติ	4.06	0.70	มาก
11.การประสานงานด้านการประกันสุขภาพสำหรับกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติ	4.42	0.54	มากที่สุด
12.โภชนบำบัด	4.61	0.54	มากที่สุด
13.การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์และแนวทางการรักษา	4.89	0.45	มากที่สุด
14.การบริการพยาบาลตามหลักศาสนา	4.82	0.45	มากที่สุด

จากผลการสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมเกี่ยวกับการจัดรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์พบว่า ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมอยู่ในระดับมากขึ้นไปทุกข้อ ดังนั้นผู้วิจัยสามารถสรุปรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และสนับสนุนการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย ดังภาพ 4.7



ภาพ 4.7 รูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์



## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และสนับสนุนการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทย มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อ กำหนดความสามารถเชิง สมรรถนะตามสายอาชีพ กำหนดความสามารถเชิง สมรรถนะ ทั่วไป เพื่อเปรียบเทียบระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะในกลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนก และผู้ปฏิบัติการพยาบาล และเพื่อกำหนดรูปแบบการจัดการศึกษา ด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จำเป็นในการมากำหนดรูปแบบการจัดการศึกษา โดยผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงปริมาณและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลตัวชี้วัดความสามารถเชิงสมรรถนะของผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เพื่อนำไปสู่กำหนดเนื้อหาวิชา และหลักสูตรวิชาที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาสมรรถนะด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ภายใต้รูปแบบการจัดการศึกษานอกระบบ เมื่อได้องค์ประกอบทั้งหมดเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะนำไปประเมินรูปแบบการจัดการศึกษาจากผู้ประกอบการและผู้ปฏิบัติงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยชาวต่างชาติในโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 5 ท่าน เพื่อยืนยันรูปแบบการจัดการศึกษาสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ โดยใช้แบบสำรวจความคิดเห็นเพื่อประเมินความเหมาะสมในการจัดรูปแบบการศึกษาประกอบด้วย

1) การกำหนดเป้าหมายของหลักสูตร ได้แก่ การกำหนดจุดมุ่งหมายในการจัดการศึกษา กลุ่มเป้าหมาย วิธีการเรียนรู้ เนื้อหาวิชา การกำหนดหน่วยกิตการเรียนรู้ และการวัดประเมินผล ได้จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดหลักสูตรการศึกษาผู้ช่วยพยาบาลของสภาการพยาบาล ในประเทศไทย

2) การกำหนดรูปแบบการจัดการศึกษาได้จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดระบบการศึกษานอกระบบ การจัดตั้งโรงเรียนเอกชน ของกลุ่มงานส่งเสริมสถานศึกษาเอกชน กระทรวงสาธารณสุข

ผู้วิจัยดำเนินการสรุปผลการศึกษา การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย  
ดังนี้

## สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 5 ส่วนตามการวิเคราะห์ข้อมูลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังต่อไปนี้

### 1. กลุ่มตัวอย่างและแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้แทนระดับองค์กรในโรงพยาบาลเอกชน ชี้นำที่ผ่านการรับรองมาตรฐานสากลเจซีไอมีจำนวน 9 แห่ง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 8.57) หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล 15 ราย (ร้อยละ 14.29) หัวหน้าแผนก 27 ราย (ร้อยละ 25.71) และผู้ปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 54 ราย (ร้อยละ 54.43) จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติการพยาบาล มีจำนวนสูงสุด รองลงมาคือ หัวหน้าแผนก หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับสัดส่วนของกลุ่มประชากรที่ทำงานในโรงพยาบาล และรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาหลักสูตรการศึกษา อาจารย์ด้านการพยาบาล ผู้ประกอบการด้านการบริการนำ ที่ยิวชาวต่างชาติ และพยาบาลที่ให้บริการผู้รับบริการชาวต่างชาติในโรงพยาบาลเอกชน พบว่า ผลลัพธ์ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา รายข้อด้วยวิธี I-CVI เท่ากับ 0.87 และค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งฉบับด้วยวิธี S-CVI/Ave เท่ากับ 0.87 และทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (reliability) พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคซ์แอลฟาเท่ากับ 0.96 ดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2559 ได้แบบสอบถามที่ตอบกลับทั้งหมด 105 ราย นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาดำเนินการตรวจสอบความสม บูรณ์และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์

### 2. ผลการศึกษาจากการสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะ

จากการสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะจากตัวชี้วัดสมรรถนะทั้งหมด 42 ตัวชี้วัด แยกเป็นตัวชี้วัดสมรรถนะตามสายอาชีพจำนวน 25 ตัวชี้วัดและตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไป 17 ตัวชี้วัด ผลการสำรวจความคิดเห็นมีดังนี้

2.1 ตัวชี้วัดสมรรถนะตามสายอาชีพที่อยู่ในระดับมากขึ้นไปมีจำนวน 16 ตัวชี้วัด โดยตัวชี้วัดสมรรถนะที่อยู่ในระดับน้อย และปานกลางถูกตัดออกเนื่องจากผู้วิจัยมองว่าตัวชี้วัดสมรรถนะดังกล่าวไม่เพียงพอต่อการพัฒนาสมรรถนะสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ซึ่งตัวชี้วัดสมรรถนะที่ถูกตัดออก ได้แก่

1) สมรรถนะการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาทางด้าน ศัลยกรรมการแปลงเพศ สาเหตุที่หนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างมองว่าตัวชี้ วัดด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมีโรงพยาบาลเพียง 4 แห่งเท่านั้นจากทั้งหมด 23 แห่งจากโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการ

รับรองมาตรฐานเจซีไอทั้งหมด ที่เปิดบริการด้านศัลยกรรมการแปลงเพศ ดังนั้นโรงพยาบาลอีก 19 แห่ง อาจมองว่าสมรรถนะด้านนี้ไม่มีความจำเป็น

2) สมรรถนะการบริการรักษาทางด้านทันตกรรม จากการสำรวจข้อมูล เกี่ยวผู้ช่วยพยาบาลที่ให้บริการด้านทันตกรรมพบว่า โรงพยาบาลต่างๆจะใช้ผู้ช่วยพยาบาลจากผู้ที่ จบหลักสูตรผู้ช่วยทันตแพทย์โดยตรงเท่านั้น

จากการเก็บข้อมูลการเข้ามารับการรักษาของผู้ป่วยชาวต่างชาติ จากประเทศ ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา และประเทศอังกฤษที่เดินทางเข้ามารับการรักษาในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินทางเข้ามารับการรักษาโรคด้วยการผ่าตัด ร้อยละ 48 รองลงมาคือการรักษา โรคหัวใจร้อยละ 24 และมาตรวจสุขภาพตามโปรแกรมต่างๆร้อยละ 16 โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย จากประเทศญี่ปุ่นเข้ามารับบริการการรักษาดังกล่าวด้วยการผ่าตัดเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ การผ่าตัดเปลี่ยน ข้อเทียม การผ่าตัดหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท ศัลยกรรมตกแต่ง และศัลยกรรมกระดูกสัน หลัง (ครองขวัญ, 2553) ดังนั้นผู้ตอบแบบสอบถามอาจมองว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการใน ด้านศัลยกรรมการแปลงเพศ และการรักษาทางด้านทันตกรรมยังมีปริมาณน้อย ตัวชี้วัดสมรรถนะ ดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอยู่ในระดับปานกลางเมื่อเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดตามสายอาชีพข้ออื่น ๆ

2.2 ตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไปที่อยู่ในระดับมากขึ้นไปมีจำนวน 11 ตัวชี้วัด โดย ตัวชี้วัดสมรรถนะที่อยู่ในระดับน้อย และปานกลางที่ถูกตัดออก ได้แก่

1) สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระหว่างการเดินทางด้วยเครื่องบินจากการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในบทที่ 2 พบว่า การบริการที่โรงพยาบาลเอกชนจัดให้เกี่ยวกับการ เดินทางด้วยเครื่องบิน ได้แก่ การจัดให้มีบริการเฮลิคอปเตอร์รับส่งผู้ป่วยทั่วประเทศ และ ประเทศเพื่อนบ้านใกล้เคียง (โรงพยาบาลกรุงเทพ,ม.ป.ป.; โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, 2557) ซึ่ง มีเพียง 2 โรงพยาบาลเท่านั้นที่มีการให้บริการในด้านนี้ ดังนั้นผู้ตอบแบบสอบถามที่ไม่ได้อยู่ใน 2 โรงพยาบาลนี้ อาจมองว่าสมรรถนะด้านนี้ไม่มีความจำเป็นในการให้บริการในโรงพยาบาล ตนเอง

1) สมรรถนะการติดต่อประสานงานหน่วยงานราชการเกี่ยวกับวีซ่าการ เข้ามาในประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในบทที่ 2 พบว่า มีเพียง 1 โรงพยาบาลเท่านั้นที่ให้บริการในด้านนี้ คือ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ มีบริการติดต่อเกี่ยวกับวีซ่า การเดินทางเข้ามาในประเทศไทย ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อรองรับลูกค้าชาวต่างชาติโดยเฉพาะ (Sujarittanonta & Khemapayana, 2014) ส่วนโรงพยาบาลอื่นๆ ยังไม่มี ดังนั้นผู้ตอบ แบบสอบถามที่ไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาลนี้ อาจมองว่าสมรรถนะด้านนี้ไม่มีความจำเป็นในการ ให้บริการในโรงพยาบาลตนเอง

2) สมรรถนะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งท่องเที่ยวในประเทศไทย และสามารถประสานงานกับหน่วยงานหรือบริษัทเอกชนที่เกี่ยวข้องในการบริการด้านการ ท่องเที่ยวในประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้รับบริการชาวต่างชาติส่วนใหญ่ที่

เดินทางเข้ามารับการรักษาก็จะมีการติดต่อผ่านตัวแทนด้านการท่องเที่ยว (Tourist Agencies) (Cohen, 2008) แต่ก็มีโรงพยาบาลที่ลูกค้าชาวต่างชาติสามารถติดต่อขอเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลโดยตรง เช่น โรงพยาบาลยันฮี ซึ่งจัดให้มีศูนย์กลางให้ข้อมูลผู้ป่วยชาวต่างชาติผ่านทางจดหมาย อิเล็กทรอนิกส์ (Email) และ พนักงานรับโทรศัพท์ (Call Center) ดังนั้น ผู้ตอบแบบสอบถามอาจจะมองว่าการบริการโรงพยาบาลอาจไม่ต้องดำเนินการเอง หรือมีหน่วยงานด้านการท่องเที่ยวอื่นคอยบริการให้บทบาทนี้

3) สมรรถนะการสื่อสารภาษาจีนและภาษามาลเลย์ สาเหตุที่ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินว่าทักษะการสื่อสารโดยใช้ ภาษาจีนและภาษามาลเลย์ อยู่ในระดับปานกลางและน้อย สาเหตุหนึ่งเนื่องมาจาก กลุ่มลูกค้าชาวจีนและชาวมาเลย์ที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยมีจำนวนน้อยมาก โดยดูได้จากจำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ามารับการรักษากายการแพทย์ในประเทศไทยในปี 2550 จากข้อมูลของกรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ สำนักงานการค้าบริการและการลงทุน (2553) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยชาวจีนและมาเลย์ที่เข้ามารับการรักษากายการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนประเทศไทยมีประมาณการจำนวนน้อยกว่า 25,000 คน ต่อปี หรือมีส่วนแบ่งทางการตลาดน้อยกว่าร้อยละ 2 แต่เมื่อสำรวจข้อมูลสถิตินักท่องเที่ยวชาวจีนและชาวมาเลย์ที่เข้ามาเดินทางท่องเที่ยวในประเทศไทย โดยไม่ได้มุ่งเน้นเข้ามารับการรักษากายการแพทย์กลับพบว่า มีอยู่จำนวนมากโดยเฉพาะประเทศจีนมีส่วนแบ่งการตลาดด้านการท่องเที่ยวร้อยละ 26.55 ในปี 2558 ส่วนประเทศมาเลเซียที่เดินทางเข้ามาท่องเที่ยวในประเทศไทย ในปี 2558 มีส่วนแบ่งการตลาดด้านการท่องเที่ยวร้อยละ 11.46 (Department of Tourism, 2559)

### 3. ผลการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะ

การวิเคราะห์ในส่วนนี้เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 3 คือเพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสมรรถนะในกลุ่ม ตัวอย่าง 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้อำนวยการพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนก และผู้ปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way ANOVA) และวิเคราะห์ความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีของ Scheffe ผลการศึกษาพบว่า ตัวชี้วัดด้านสมรรถนะทั้งหมดมีความแตกต่างกันเพียง 2 ตัวชี้วัด ได้แก่

1) การมีความรู้ความสามารถในการตรวจร่างกายเบื้องต้น โดยมีความคิดเห็นแตกต่างกันระหว่าง หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล (ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.21: ระดับปานกลาง) หัวหน้าแผนก (ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.26: ระดับมากที่สุด) และพยาบาลปฏิบัติการ (ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.26: ระดับมากที่สุด)

2) การมีความรู้ความสามารถในการประเมินประวัติผู้ป่วย โดยมีความคิดเห็นแตกต่างกันระหว่าง หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล (ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.47: ระดับมาก) หัวหน้าแผนก (ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.33: ระดับมากที่สุด) และพยาบาลปฏิบัติการ (ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.31: ระดับมากที่สุด)

จากข้อมูลที่ผู้วิจัยการสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามพบว่า 2  
 สมรรถนะนี้ เป็นสมรรถนะหลักของพยาบาล ไม่ใช่สมรรถนะหลักของผู้ช่วยพยาบาล แต่ผู้ช่วย  
 พยาบาลสามารถดำเนินการซักประวัติและตรวจร่างกายเบื้องต้น เพื่อส่งตรวจให้กับผู้ที่ชำนาญกว่า  
 เช่น แพทย์หรือพยาบาล ดังนั้นในการจัดทำหลักสูตรวิชาตามสมรรถนะ 2 ข้อนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนด  
 ชื่อหลักสูตรวิชาว่า การตรวจร่างกายเบื้องต้น และการซักประวัติเบื้องต้น

#### 4. ผลการศึกษาเพื่อจัดกลุ่มความสัมพันธ์ของตัวชี้วัดสมรรถนะ

ในการจัดกลุ่มความสัมพันธ์ของตัวชี้วัดผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิง  
 สำรวจ และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ผลการศึกษาสามารถจัดกลุ่มความสัมพันธ์ของ  
 ตัวชี้วัด ได้ดังนี้

4.1 ผลการจัดกลุ่มความสัมพันธ์ของตัวชี้วัดสมรรถนะตามสายอาชีพ  
 สามารถจัดองค์ประกอบได้ 3 กลุ่มและมีการกำหนดชื่อองค์ประกอบในแต่ละกลุ่มความสัมพันธ์  
 ดังนี้

##### 4.1.1 สมรรถนะด้านการดูแลผู้สูงอายุ มี 6 ตัวชี้วัดสมรรถนะ ได้แก่

- 1) มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหัวใจ
- 2) มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกระดูก
- 3) มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 4) มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดบวม
- 5) มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไขข้ออักเสบ
- 6) มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

##### 4.1.2 สมรรถนะด้านการส่งตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ 6 ตัวชี้วัด ได้แก่

- 1) มีความรู้ความสามารถในการตรวจร่างกายเบื้องต้น
- 2) มีความรู้ความสามารถในการประเมินประวัติผู้ป่วย
- 3) มีความรู้ความสามารถในการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- 4) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจทางรังสีวิทยา
- 5) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจอูลตราซาวด์
- 6) มีความรู้และสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาโรคขึ้นป้องกันโรคต่างๆ

#### 4.1.3 สมรรถนะด้านการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจ มี 4 ตัวชี้วัด

- 1) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจหามะเร็งปากมดลูก
- 2) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจตาโดยจักษุแพทย์
- 3) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาทางด้านศัลยกรรมตกแต่งและความงาม
- 4) มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาทางด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อ

4.2 ผลการจัดกลุ่มความสัมพันธ์ของตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไป สามารถจัดองค์ประกอบได้ 2 กลุ่มและมีการกำหนดชื่อองค์ประกอบในแต่ละกลุ่มความสัมพันธ์ ดังนี้

4.2.1 สมรรถนะด้านการสื่อสารและการบริการมารับการรักษาทางการแพทย์ มี 8 ตัวชี้วัด ได้แก่

- 1) สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการเดินทางด้วยยานยนต์
- 2) สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์และการรักษาแก่ผู้ป่วยชาวต่างชาติได้
- 3) สามารถประสานงานกับหน่วยงานหรือบริษัทเอกชนที่เกี่ยวข้องการบริการจัดหาที่พักสำหรับผู้ป่วยและญาติ
- 4) สามารถติดต่อประสานงานด้านการประกันสุขภาพและประกันภัยเพื่อรักษาสวัสดิการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยชาวต่างชาติได้
- 5) สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่สามารถรับประทานเหมาะสมกับสภาวะของโรค ทั้งอาหารไทยและอาหารต่างประเทศได้
- 6) สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับห้องพักที่ให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติ
- 7) สามารถใช้ศัพท์ทางการแพทย์ที่จำเป็นได้
- 8) มีความรู้ความสามารถในการสื่อสารโดยใช้ภาษาอังกฤษ

4.2.2 สมรรถนะด้านการบริการตามหลักศาสนา มี 3 ตัวชี้วัด ได้แก่

- 1) สามารถให้บริการตามหลักศาสนาพุทธ
- 2) สามารถให้บริการตามหลักศาสนาคริสต์
- 3) สามารถให้บริการตามหลักศาสนาอิสลาม

5. ผลการศึกษาการกำหนดรูปแบบการจัดการศึกษาด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

ผลการศึกษาเพื่อกำหนดรูปแบบการจัดการศึกษาด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ประกอบด้วย 4 ส่วนที่สำคัญ ดังนี้

1) รูปแบบการจัดการศึกษา เป็นรูปแบบการจัดการศึกษานอกระบบ เนื่องจาก เป็นหลักสูตรที่มีความยืดหยุ่น ทั้งด้าน สารการเรียนรู้ เวลาเรียน และการจัดการเรียนรู้โดยสามารถ บูรณาการให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต บุคคล ชุมชน และสังคม (สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงศึกษาธิการ , 2555)

2) เป้าหมายของหลักสูตร โดยมีการกำหนดชื่อของหลักสูตรว่า “หลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลในการให้บริการชาวต่างชาติ” ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน ซึ่งคุณสมบัติของผู้เข้าเรียนเป็นไปตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล ดังนี้

- มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่า มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) หรือเทียบเท่าตามหลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง
- น้ำหนักไม่ต่ำกว่า 40 กิโลกรัม
- ส่วนสูงไม่ต่ำกว่า 150 เซนติเมตร
- มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และไม่เป็นผู้สมัครต่อการอบรมหรือปฏิบัติงาน
- ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก
- ไม่เป็นโรคต้องห้ามตามที่สภาการพยาบาลกำหนด
- ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
- ไม่เป็นคนวิกลจริต คนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

### 3) การจัดการเรียนการสอน ประกอบด้วย

#### 3.1 วิธีการเรียนรู้ ในการจัดการเรียนรู้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

3.1.1 การเรียนรู้ทางด้านทฤษฎี ใช้เวลาเรียนทั้งหมด 182 ชม. จำนวน 13 หน่วยกิต (14 ชั่วโมงเท่ากับ 1 หน่วยกิต)

3.1.2 การเรียนรู้และฝึกปฏิบัติจากห้องปฏิบัติการสาธิต ใช้เวลาเรียนทั้งหมด 16 ชม. จำนวน 1 หน่วยกิต (16 ชั่วโมงเท่ากับ 1 หน่วยกิต)

3.1.3 การฝึกปฏิบัติการในสถานที่จริง ใช้เวลาเรียนทั้งหมด 300 ชม. จำนวน 5 หน่วยกิต (60 ชั่วโมงเท่ากับ 1 หน่วยกิต)

#### 3.2 หลักสูตรวิชา สามารถกำหนดหลักสูตรวิชาได้ทั้งหมด 14 รายวิชา ดังนี้

- 3.2.1 การดูแลผู้สูงอายุ
- 3.2.2 การตรวจร่างกายเบื้องต้น
- 3.2.3 การซักประวัติผู้ป่วยเบื้องต้น
- 3.2.4 การเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจทางหัตถการ
- 3.2.5 การเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจหามะเร็งปากมดลูก
- 3.2.6 การเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจตา

- 3.2.7 การเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจคัดกรองตกแต่งและความงาม
- 3.2.8 การเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจทางด้านกระดูกและข้อ
- 3.2.9 การติดต่อประสานงานด้านการเดินทางของชาวต่างชาติ
- 3.2.10 การบริการด้านที่พักชาวต่างชาติ
- 3.2.11 การประสานงานด้านการประกันสุขภาพสำหรับกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติ
- 3.2.12 โภชนบำบัด
- 3.2.13 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์และแนวทางการรักษาเบื้องต้น
- 3.2.14 การบริการตามหลักศาสนา

### 3.3 การกำหนดผู้สอน สามารถกำหนดผู้สอนได้ 7 สาขาอาชีพ ดังนี้

- 3.3.1 พยาบาล
- 3.3.2 ผู้เชี่ยวชาญด้านบริการในโรงแรม
- 3.3.3 ผู้เชี่ยวชาญด้านบริการสายการบิน
- 3.3.4 ผู้เชี่ยวชาญด้านบริการทัวร์
- 3.3.5 ผู้เชี่ยวชาญด้านบริการด้านสิทธิประกันในโรงพยาบาล
- 3.3.6 นักโภชนบำบัด
- 3.3.7 ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา

#### 4) การวัดและประเมินผล

ในการกำหนดเกณฑ์การวัดและประเมินผล ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การตัดสินผ่านแต่ละวิชาที่ร้อยละ 50 กำหนดผลการเรียนเป็นระบบตัวอักษร A-F ตามแนวทางของสภาการพยาบาล และตามแนวปฏิบัติการวัดและประเมินผลการเรียนรู้ ของหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551 (สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ, 2551)

#### การอภิปรายผลการศึกษา

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้อาศัยแนวคิดทฤษฎีทางด้านเศรษฐศาสตร์ ประกอบด้วย ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์จุลภาค ที่อธิบายถึงความต้องการแรงงานของอุตสาหกรรมบริการการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่มีความต้องการหรือที่เรียกว่าอุปสงค์เพิ่มมากขึ้น ๆ เรื่อยๆ สำหรับประเทศไทยในปัจจุบัน โดยเฉพาะในกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานสากล เจซีไอ (Joint Committee International: JCI) ซึ่งเป็นมาตรฐานที่ชาวต่างชาติให้การยอมรับ และส่วนใหญ่มีตำแหน่งที่ตั้งในจังหวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวของประเทศไทยหลายแห่ง เช่น กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ พัทยา ชลบุรี และสุราษฎร์ธานี เป็นต้น เมื่อกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนมีความต้องการด้านแรงงานด้านการบริการที่ตอบสนองความต้องการของชาวต่างชาติเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จึง



จำเป็นต้องมีการผลิตบุคลากรให้เพียงพอต่อความต้องการด้านบริการ หรือที่เรียกว่าอุปทาน ในทางเศรษฐศาสตร์ การวิจัยครั้งนี้ตอบโจทย์การสร้างแรงงาน 3 ด้านคือ

### 1) ประเภทของแรงงานด้านการบริการ

ผู้วิจัยได้มุ่งเน้นการผลิตแรงงาน ในสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิง การแพทย์ จากผู้ที่จบหลักสูตรการศึกษา “หลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลในการให้บริการชาวต่างชาติ ” ผู้ที่จบการศึกษาสามารถเข้าทำงานในโรงพยาบาลเอกชนที่มีการให้บริการกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติ

### 2) กระบวนการผลิตแรงงานด้านการบริการ

ในกระบวนการผลิตแรงงานด้านการบริการ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของการบริหาร จัดการทรัพยากรมนุษย์ โดยมองกระบวนการจัดการศึกษาสำหรับสาขาอาชีพผู้บริการด้านการ ท่องเที่ยว เวชการแพทย์อย่างเป็นระบบ ซึ่งอยู่ในรูปแบบการจัดการศึกษานอกระบบ สังกัด กระทรวงศึกษาธิการ ลักษณะของระบบเป็นระบบเปิดตามแนวคิดของทฤษฎีระบบและทฤษฎี องค์การตามสถานการณ์และกรณี เป็นระบบที่สามารถมีการปรับเปลี่ยนตามสภาพแวดล้อมที่มีการ เปลี่ยนแปลง และสอดคล้องกับสภาวะดี งานการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในปัจจุบันที่มีกลุ่มลูกค้า ชาวต่างชาติเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

### 3) ผลลัพธ์การผลิตแรงงานด้านการบริการ

สำหรับผลลัพธ์การผลิตแรงงานด้านการบริการ ได้มากจากกลยุทธ์ในการการ บริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ เป็นการสร้างสมรรถนะให้กับคนในองค์กร โดยมุ่งเน้นที่การ พัฒนาวิชาชีพสร้างงานให้กับคนในสังคม เพื่อรองรับความต้องการของตลาดแรงงานสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการฝึกอบรมโดยใช้ขีดความสามารถเป็นหลัก (Competency Base Training: CBT) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรเพื่อรองรับการศึกษานอกระบบ ประกอบด้วยความรู้ ในการประกอบวิชาชีพ เป็นการพัฒนาความรู้ของผู้ช่วยพยาบาลในการให้บริการชาวต่างชาติ จาก การกำหนดความสามารถเชิงสมรรถนะตามสายอาชีพ และพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงาน จากการ กำหนดความสามารถเชิงสมรรถนะทั่วไป ซึ่งเป็นทักษะที่เพิ่มเติมจากสมรรถนะตามสายอาชีพ เพื่อดูแลผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการทางด้านสุขภาพในประเทศไทยมีความครอบคลุม ด้านการบริการมากยิ่งขึ้น

ผลของการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- 1) หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาฝีมือแรงงาน และ สถานที่เปิดการเรียนการสอนอบรมวิชาชีพ สามารถนำข้อมูลการวิจัยไปใช้เพื่อสร้างหลักสูตรการ เรียนการสอนที่ตอบสนองต่อความต้องการตลาดแรงงานด้านสุขภาพ
- 2) ผู้ประกอบการด้านการศึกษานำไปเป็นแนวทางในการจัดการหลักสูตร ศึกษา หรือจัดฝึกอบรมให้กับผู้เรียนในระดับองค์การการศึกษา โรงแรม บริษัททัวร์ หรือระดับ โรงพยาบาลต่อไป
- 3) ผู้ประกอบการสถานพยาบาลสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะ

งานพยาบาล และผู้ช่วยพยาบาลเพื่อให้มีศักยภาพด้านการบริการสุขภาพสำหรับลูกค้าชาวต่างชาติเพิ่มขึ้น

4) เป็นแนวทางให้กับกระทรวงแรงงานและพัฒนาการสังคมในการพัฒนาสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เข้าสู่ตลาดแรงงานด้านการบริการสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ซึ่งเป็นการเพิ่มมูลค่าทางการตลาด และการบริการในอุตสาหกรรมท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย

5) เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้น เพื่อรองรับการเปิดการค้าเสรีอาเซียน จากการรวมกลุ่ม ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (Asean Economics Community)

6) นักวิจัยและนักวิชาการสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการศึกษาและพัฒนาความรู้ด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ รวมถึงการพัฒนาและสร้างนวัตกรรมการบริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์สำหรับผู้รับบริการชาวต่างชาติต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ประเด็นสำคัญ ได้แก่

#### 1. ข้อเสนอแนะทางวิชาการ

ในการวิจัยครั้งนี้ได้มีการพัฒนาหลักสูตรการศึกษาที่ชื่อว่า “หลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลในการให้บริการชาวต่างชาติ” เป็นการพัฒนาสมรรถนะของผู้ช่วยพยาบาลให้มีขีดความสามารถที่เพิ่มขึ้น เป็นการมุ่งเน้นที่การพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ (สมรรถนะตามสายอาชีพ) และทักษะการให้บริการ (สมรรถนะทั่วไป) ซึ่งหลักสูตรนี้มีความแตกต่างจากหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลทั่วไป เนื่องจากเป็นหลักสูตรที่มุ่งเน้นการบริการในกลุ่มผู้รับบริการชาวต่างชาติ และสนับสนุนการให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยที่มีแนวโน้มมีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผู้ที่เข้ารับการศึกษาดังกล่าวสามารถสร้างความเป็นมืออาชีพและความเชื่อมั่นให้กับกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการในประเทศไทย

#### 2. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ประกอบการ

การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นที่การพัฒนาสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ สามารถทำงานได้ในโรงพยาบาลเอกชนที่มีการให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติ ซึ่งสามารถต่อยอดการวิจัยในครั้งต่อไปเพื่อรองรับผู้ประกอบการที่อยู่นอกเหนือกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน เช่น โรงแรม บริษัททัวร์ เป็นต้น โดยสามารถกำหนดหัวข้อการวิจัยครั้งต่อไป เช่น การพัฒนาสมรรถนะการให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ สำหรับผู้ให้บริการนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ เป็นต้น

## 2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับองค์กรที่เกี่ยวข้อง

สำหรับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับประเทศไทย จากทิศทางแนวโน้มของตลาดสุขภาพสำหรับลูกค้าชาวต่างชาติที่มีแนวโน้มความต้องการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นการรัฐบาลควรให้ความสำคัญของการผลิตบุคลากรทางด้านสายอาชีพเพิ่มขึ้น เนื่องจากในสถานการณ์ปัจจุบันพบว่านักเรียนเลือกเรียนสายอาชีพพลดลง โดยสัดส่วนนักเรียนสายอาชีพระดับ ปวช .ต่อสายสามัญระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ลดลงจาก 40:60 ในปี 2551 เป็น 35:65 ในปี 2555 ทางกระทรวงศึกษาธิการจึงมีการปรับเป้าหมายสัดส่วนของนักเรียนสายอาชีพต่อนักเรียนสายอาชีวะ เป็น 49:51 (ปกป้อง และศุภณัฐ , 2556) จากข้อมูลการสำรวจสถานการณ์ตลาดแรงงานภาคใต้ ในปี 2557 จากการรายงานข้อมูลของกองวิจัยตลาดแรงงาน กรมจัดหางาน กระทรวงแรงงาน พบว่า ประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปมีจำนวน 7,121,208 คน มีผู้ที่ทำงานทำ 5,063,127 คน และยังมีผู้ว่างงาน 60,683 คน และเมื่อทำการสำรวจความต้องการของผู้ประกอบการใน 14 จังหวัดภาคใต้ จากข้อมูลการให้บริ การของสำนักงานจัดหางานในจังหวัดภาคใต้ ในเดือน ตุลาคม 2557 พิจารณาตามความต้องการแรงงานตามประเภทอาชีพ พบว่า ความต้องการแรงงานด้านการบริการมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 28.68 รองลงมา อาชีพเสมียน ร้อยละ 23.21 และอาชีพช่างเทคนิคและผู้ปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 14.52 ดังนั้นองค์กรหรือหน่วยงานทั้งภาครัฐและรัฐบาลควรที่ให้ความสำคัญของการบริการบุคลากรทางด้านสายอาชีพโดยเฉพาะอาชีพทางการบริการ ซึ่งเป็นที่ต้องการของตลาดแรงงานสุขภาพในปัจจุบัน

## บรรณานุกรม

- กฤษณ์ ปัทมะโรจน์. (2555). ชีตความสามารถในการแข่งขันด้านโลจิสติกส์และโซ่อุปทานของประเทศไทยในกลุ่มอาเซียน. วารสารบริหารธุรกิจ, ฉบับพิเศษเนื่องในโอกาสครบรอบ 73 ปี ของการสถาปนาคณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 79-99.
- กรมการท่องเที่ยว กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. (2556). รายชื่อบริษัทนำเที่ยวและมัคคุเทศก์ที่ผ่านการตรวจประเมินมาตรฐานธุรกิจนำเที่ยวและมัคคุเทศน์ประจำปี 2556. สืบค้นเมื่อ 4 ธันวาคม 2557 จาก <http://www.tsep.dusit.ac.th/index.php>
- กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ สำนักการค้าบริการและการลงทุน. (2553). สาขาสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 4 ธันวาคม 2557, จาก [www.thaifita.com/ThaiFTA/Portals/0/บริการด้านสุขภาพ.pdf](http://www.thaifita.com/ThaiFTA/Portals/0/บริการด้านสุขภาพ.pdf)
- กลุ่มส่งเสริมสถานศึกษาเอกชน. (2550). แนวทางการจัดตั้งโรงเรียนเอกชน นอกระบบ. ตรัง: กลุ่มส่งเสริมสถานศึกษาเอกชน กลุ่มงานส่งเสริมและดำเนินการเปลี่ยนแปลงสถานศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่ประถมศึกษา ตรัง เขต 1.
- กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์. (2554). *AEC fact book: one vision, one identity, one vision*. กรุงเทพมหานคร: กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2555-2558*. กรุงเทพฯ: คณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2555). *การใช้ SPSS for window ในการวิเคราะห์ข้อมูล* (พิมพ์ครั้งที่ 20). กรุงเทพมหานคร: บริษัทธรรมสาร จำกัด.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2556). *การวิเคราะห์สมการโครงสร้าง(SEM) ด้วย AMOS*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสามลดา.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2557). *การวิเคราะห์สมการโครงสร้าง(SEM) ด้วย AMOS* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสามลดา.
- กวิน วงศ์ลีต. (2554). *การศึกษาพฤติกรรมการใช้จ่ายของนักท่องเที่ยวผู้สูงอายุชาวต่างชาติในประเทศไทย*. รายงานการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย. (ม.ป.ป.). *Tourism talk: Special issues*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- กระทรวงศึกษาธิการ. (2545). *พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พุทธศักราช 2542*. กรุงเทพมหานคร:คุรุสภาลาดพร้าว.

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- เกดศิริ เจริญวิศาล. (2552). รูปแบบการตลาดที่เหมาะสมของสถานที่จัดงานสำหรับ  
อุตสาหกรรมไมซ์ในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาการ  
ท่องเที่ยว มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2539). ศักยภาพแห่งศตวรรษที่ 21 : แนวคิดการปฏิรูปการศึกษา.  
กรุงเทพฯ : ชัคเชสมิ์เตีย.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2557). สมัชชาสุขภาพกับกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม: บทเรียนจากนโยบายด้านยา มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รอยเหินและนโยบายการ  
เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ. รายงานการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ  
แห่งชาติ, นนทบุรี.
- ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยการให้ความเห็นชอบหลักสูตรการศึกษา วิชาชีพการพยาบาล  
และการผดุงครรภ์ ระดับวิชาชีพ พ.ศ. ๒๕๕๔, (2554, 28 กรกฎาคม). ราชกิจจา  
นุเบกษา. เล่ม 128 ตอนพิเศษ 82 ง, หน้า 30-38.
- คณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา. (2554). การศึกษาและติดตามการขาดแคลนบุคลากร  
ทางด้านพยาบาลของคณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มงาน  
กรรมาธิการสาธารณสุข.
- คณะอนุกรรมการพัฒนาและรับรองหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สภาการพยาบาล. (2552).  
คู่มือการจัดทำหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.
- คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2557). การจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลระยะสั้น:  
หลักสูตรการพยาบาลปริศัลยกรรมเฉพาะทางสาขากระดูกและข้อ. เอกสารประกอบการ  
บรรยายเรื่อง หลักสูตรการพยาบาลปริศัลยกรรมเฉพาะทางสาขากระดูกและข้อ วันที่ 1-  
30 พฤษภาคม 2557. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- คิมรันโด. (2557). จงหางานที่มีแต่คุณเท่านั้นที่ทำได้(นารีฐา สุขประมาณ, แปล).  
กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ครองขวัญ เสวกสูตร. (2553). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของ  
ผู้ป่วยชาวต่างประเทศในโรงพยาบาลเอกชนไทย. กรุงเทพมหานคร: คณะเศรษฐศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จิตภินันท์ ศรีจักษ์โคตร. (2555). ความรู้และทัศนคติ ของพยาบาลวิชาชีพ ต่อผู้สูงอายุใน  
โรงพยาบาลสังขะ จังหวัดสุรินทร์. ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ  
พยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- จิตตินันท์ นันทไพบูลย์. (2555). *ศิลปะการให้บริการ*. กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดยูเคชั่น.
- จงกลณี ศรีจักรโคตร. (2550). *การปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จอห์น ฮยองจิน มุน. (2556). *Samsung way: วิถีแห่งผู้ชนะ*. แปลจาก Samsung way. แปลโดย ภัทจิรา จิตต์เกษม. นนทบุรี: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- จากรุวรรณ ธาราเดช. (2556). การรับรองมาตรฐานสากลโรงพยาบาลในประเทศไทย: สถานการณ์และแนวโน้ม. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 43(3), 313-319.
- ชัยวัช ไชวเจริญสุข. (2556). *ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน*. สืบค้นเมื่อ 4 ธันวาคม 2557, จาก [www.lhbank.co.th](http://www.lhbank.co.th)
- दनัย จันท์เจ้าฉาย. (2556). *กลยุทธ์น่านน้ำสีขาว: White ocean strategy* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ดีเอ็มจี.
- दनัย ไชโยธา. (2557). *อาเซียนศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- ดวงเดือน วิเลปนนะ, ปฤษณา เตชะวีรกาญจน์กุล, นพวรรณ ภัทรวงศา และนันทนา เขียวชาญ. (2555). *พยาบาลกับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน*. รายงานการประชุมวิชาการ เรื่อง “พยาบาลกับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน” วันที่ 30 - 31 กรกฎาคม 2555 โรงแรม ตะวันนา, กรุงเทพมหานคร.
- ไทยรัฐ. (2555, 8 กรกฎาคม). *โอบามาแคร์ เอื้อไทยคนมะกันเชื่อมาตรฐาน-แพร์รักษา*. *ไทยรัฐออนไลน์*, <http://www.thairath.co.th/content/eco/274361>
- คันสนีย์ วงศ์สวัสดิ์ และเกตุศิริ เจริญวิศาล. (2557). *แนวทางในการพัฒนาศักยภาพมัคคุเทศก์ไทยตามมาตรฐานมัคคุเทศก์ไทยและมาตรฐานสมรรถนะขั้นพื้นฐานวิชาชีพมัคคุเทศก์อาเซียน: กรณีศึกษาอำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยจัดการการท่องเที่ยว มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ธีรภูมิ เอกะกุล. (2543). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
- ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2555). *การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญบิสซิเนสอาร์แอนด์ดี.
- นิธิ เอียวศรีวงศ์. (2541). “*โจทย์การปฏิรูปการศึกษา*” *มติชนรายวัน*. ฉบับวันที่ 26 มิถุนายน 2541 หน้า 6.
- บรรจง พลไชย. (2554). *ทัศนคติต่อการทำงานบริการสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยนครพนม*. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 4(2), 59-68.

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- ปริญญช ชัยก้องเกียรติ, อภิษฎา อรัณยภาค, ธัญญลักษณ์ ศิริชนะ และอัจฉรา มุสิกวัฒน์.  
(2556). ความต้องการกำลังคนสาขาผู้ช่วยพยาบาลใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้. *การพยาบาลและการศึกษา*, 6(1), 38-53.
- ปิยะบุตร ชลวิจารณ์ และเกศรา อมรรุฒิวร. (2556). *กรณีศึกษา: Career technical education ในเวทีสัมมนาวิชาการนานาชาติด้านการศึกษาระดับปี 2556-2557*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน.
- ปริศนา ใจบุญ, ประสิทธิ์ เชียงนางาม และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2554). สัตส่วนและสาเหตุ การลาออกของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 26(3), 233-238.
- ประณีต ส่งวัฒนา, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, อุมพร ปุญญโสพรรณ, นิมิตตुरา แว และวรวิทย์ บารู. (2550). รูปแบบหลักสูตรและความร่วมมือในการผลิตและพัฒนาศักยภาพของ บุคลากรทางการ พยาบาลในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ : วิเคราะห์ความเป็นไปได้. *วารสารสภาพการพยาบาล*, 22(1), 88-164.
- ประพนธ์ ผาสุขยี่ด. (2547). *การจัดการความรู้ฉบับมือใหม่หัดขับ*. กรุงเทพมหานคร: ไยใหม่.
- ประสพชัย พลสุนนท์. (2555). *การวิจัยตลาด*. นครปฐม: โรงพิมพ์วิทยาลัยศิลปากร.
- ปรารธนา หลีกภัย. (2555). *ความสามารถทางนวัตกรรมของธุรกิจโรงแรมในภาคใต้ของ ประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ ปรัชญาดุสิตบัณฑิต สาขาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ปกป้อง จันวิทย์ และศุภณัฐ ศศิวิวัฒน์. (2556). *โมเดลใหม่การพัฒนา ยกระดับการศึกษา เพื่อเติมเต็มศักยภาพของมนุษย์*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- ปารวี สยัดพานิช. (2551). *ทัศนคติของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลต่อช่องทางและเนื้อหาโดยรวมในเรื่องการจัดการความรู้*. กรุงเทพมหานคร: คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พิมพ์ หิรัญกิตติ, ปณิศา มีจินดา, สมชาย หิรัญกิตติ, สุวิมล แม่นจริง และอดุส สายะพันธุ์. (2552). *การศึกษาพฤติกรรมการทำงานที่ยาวเชิงบริการทางการแพทย์ชาวต่างชาติ*. รายงานการวิจัย คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, ปทุมธานี.
- พรชูลี อาชาวาร์ุง. (2542). รูปแบบการศึกษาไทยที่สมดุลกับบริบทและสังคมไทยในศตวรรษที่ 21. *วารสารวิชาการ*, 2(1). 31-42.
- พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. *ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ(พิมพ์ครั้งที่3)*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- เพชรน้อย สิ่งข้างซ้าย. (2549). *หลักการและการใช้สถิติวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางการแพทย์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา: ชายเมืองการพิมพ์.
- ภูษณิศา ยูงทอง, ผดุงชัย ภูพัฒน์ และทิวดี มณีโชติ. (2556). การพัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุของสมรรถภาพการวิจัยในชั้นเรียนของครูสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา. *วารสารครุศาสตร์อุตสาหกรรม*, 12(3), 47-54.
- ภา สິณี. (2552). เจาะแผนยุทธศาสตร์สร้างชื่อ “Medical hub” เมืองไทย. *อุตสาหกรรมสาร*, 52,(กรกฎาคม - สิงหาคม). 5-7.
- มนรัตน์ ใจเอื้อ. (2550). *การวางแผนยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาการท่องเที่ยวด้านการแพทย์สำหรับนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ กรณีศึกษา: กรุงเทพมหานคร. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.*
- มหาวิทยาลัยวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขต ภูเก็ต. (ม.ป.ป.). *โรงเรียนมัธยมทั่วประเทศ. สืบค้นเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2557, จาก*  
[http://www.pr.phuket.psu.ac.th/index.php?option=com\\_content&view=article&id=23&Itemid=58](http://www.pr.phuket.psu.ac.th/index.php?option=com_content&view=article&id=23&Itemid=58)
- ยุทธ ไถยวรรณ. (2555). การเลือกการวิเคราะห์ห้อยประกอบสำหรับการวิจัย. *วารสารวิทยาศาสตร์ประยุกต์*, 11(1), 71-82.
- ยาใจ พงษ์บริบูรณ์. (2553). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการ: Action Research*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- รุ่งนภา จิตรโรจนรักษ์. (2556). *เด็กและเยาวชนบนเส้นทางการศึกษา ใน เวทีสัมมนาวิชาการนานาชาติด้านการศึกษาปี 2556-2557*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน.
- โรงพยาบาลกรุงเทพ. (ม.ป.ป.). *ศูนย์ตรวจรักษาโรค*. สืบค้นเมื่อ 8 กุมภาพันธ์ 2558, จาก  
<http://www.bangkokhospital.com/th/centers-and-clinics/>
- โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. (2557). *ธุรกิจของบริษัท*. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์.
- โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. (2558). *การบริการการตรวจสุขภาพ*. สืบค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2558, จาก <https://www.bumrungrad.com/th/health-check-up-bangkok-thailand>
- ลลิตา ขุนทอง. (2550). *แนวทางการวางแผนพัฒนาการท่องเที่ยวยังบริการทางการแพทย์ในจังหวัดภูเก็ต. ปรินญานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (การวางแผนและการจัดการการท่องเที่ยวเพื่ออนุรักษ์สิ่งแวดล้อม)*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.



## บรรณานุกรม (ต่อ)

- วิจิตร ศรีสุพรรณ และกฤษดา แสงดี. (2555). ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ ในประเทศไทย. วารสารสภาการพยาบาล, 27(1), 5-12.
- วิธาน เจริญผล. (2555). สถานการณ์ธุรกิจบริการสุขภาพของไทย. ใน ประภาศรี สุฉันทบุตร (บรรณาธิการ), *ปลดปล่อยศักยภาพของโรงพยาบาลเอกชนกับกระแสประชาคมอาเซียน* (หน้า 42-47). กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรงพยาบาลเอกชน.
- วรรณิ อังคิวิเศษไพบุลย์, เพ็ญศิริ พุ่มหิรัญ, สมชาย เวียงธีรวัฒน์, มะลิ รุ่งเรืองวานิช และจิตติยา วัชรโรทยางกูร. (2556). การประเมินความรู้ผู้ช่วยพยาบาล เรื่องการวัดความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดแดง และการวัดความดันเลือดอัตโนมัติ. *วิสัญญีสาร*, 39(3), 192-197.
- วิไลพร ขำวงษ์, กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, สุนันทา ทองพัฒน์, ศุภาพิชญ์ โพน โบรมันน์, สุวลี มิลินทางกูร. (2556). ภาวะสุขภาพของชาวต่างชาติ: กรณีศึกษาสถาบันเทคโนโลยีแห่งเอเชีย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 18(2), 48-61.
- วิโรจน์ สารรัตนะ. (2550). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: ข้อเสนอกรอบแนวคิดหนึ่งเพื่อการวิจัยเปลี่ยนแปลงและเรียนรู้. *วารสารบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(1), 3-22.
- ศกุนตลา อนุเรือง, ลออวรรณ อึ้งสกุล, วิภาวี พลแก้ว. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการทำงานบริการสุขภาพกับผลสัมฤทธิ์ของการ ศึกษาของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 18(1), 39-48.
- ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2557). *โครงการเตรียมการรองรับการเคลื่อนย้ายของแรงงานสู่การเป็นประชาคมอาเซียน*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ศรีหทัย ไหม่มมงคล. (2544). *การประสานสารนิเทศร่วมกับองค์กรท้องถิ่นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนใน ชนบท: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลและสถานีอนามัยตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขา วิชาบรรณารักษศาสตร์และสารนิเทศศาสตร์, สงขลา.
- สถานเอกอัครราชทูต ณ กรุงวอชิงตัน. (2555). *การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย*. สืบค้นเมื่อ 5 ธันวาคม 2557, จาก [http://artidbiomed.blogspot.com/2012/03/blog-post\\_31.html](http://artidbiomed.blogspot.com/2012/03/blog-post_31.html)

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2551). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของประเทศไทย ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี*. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.
- สุนีย์ โยคะกุล และอัฐพร หิรัญพฤกษ์. (2552). การศึกษา ความต้องการบุคลากรของสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2551 – 2555. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 3(1), 28–34.
- สมพร คำผิง. (2555). คุณภาพ “โรงพยาบาลเอกชน” ไทยสู้เค้าได้. ใน ประภาศรี สุนันท์บุตร (บรรณาธิการ), *ปลดปล่อยศักยภาพของโรงพยาบาลเอกชนกับกระแสประชาคมอาเซียน* (หน้า 39–41). กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรงพยาบาลเอกชน.
- สมพร วันตะเมธ. (2550). การตลาดเพื่อสังคม: กลยุทธ์สำคัญเพื่อการพัฒนาประชากร. *วารสารประชากรศาสตร์*, 23(1), 49–66.
- สมปอง พะมูลิลา. (2555). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการ: Action Research*. คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทาลัยอุบลราชธานี. สืบค้นเมื่อวันที่ 16 กันยายน 2557 จาก <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledgedetail/Actionresearch.pdf>
- สมิตรา ชูแก้ว, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, วรณภา ประไพพานิช. (2555). ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาลในการช่วยเหลือ และสร้างเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *รวมาริบัติสาร*, 18(2), 259–271.
- สมศักดิ์ คงเที่ยง. (2545). *หลักการบริหารการศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สภาการพยาบาล. (2552). *ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรับรองหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล พ.ศ. 2552*. สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2557, จาก <http://www.tnc.or.th/content/content-1175.html>
- สภาการพยาบาล. (2548). *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ*. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.
- สภาการพยาบาล. (2555). *มาตรฐานกำหนดตำแหน่งสายงานพยาบาล*. นนทบุรี: สภาการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.
- สุบิน ยุระรัช, เชียง เกาซิด, สุรเดช แสงเพ็ชร และไพบูลย์ สุขวิจิตร. (2554). ความพร้อมในการพัฒนาบัณฑิตของสถาบันอุดมศึกษาเอกชนในประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน. *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 17(2), 1–16.

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- สาโรจน์ โอพิทักษ์ชีวิน. (ม.ป.ป.). *การจัดการและพฤติกรรมองค์กร*. กรุงเทพฯ: บริษัทซีวีแอลการพิมพ์ จำกัด.
- สำนักค้าบริการและการลงทุน. (2554). *สถานะความพร้อมธุรกิจบริการสาขาสุขภาพและวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง*. สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม 2559, จาก [http://www.thaifita.com/thaifita/portals/0/compet\\_health.pdf](http://www.thaifita.com/thaifita/portals/0/compet_health.pdf)
- สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ. (2551). *เอกสารประกอบหลักสูตรแกนกลาง การศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551: แนวปฏิบัติการวัดและประเมินผลการเรียนรู้*. กรุงเทพมหานคร: สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ.
- สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงศึกษาธิการ. (2553). *แนวทางการพัฒนาหลักสูตรสถานศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มพัฒนาการศึกษานอกโรงเรียน สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ.
- สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงศึกษาธิการ. (2555). *คู่มือการดำเนินงาน หลักสูตรการศึกษานอกระบบ ระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551: ฉบับปรับปรุง พุทธศักราช 2555*. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มพัฒนาการศึกษานอกโรงเรียน สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ.
- สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม. (2556). *ท่องเที่ยวเชิงการแพทย์*. สืบค้นเมื่อ 3 ธันวาคม 2557, จาก <http://www.sme.go.th/th/index.php/knowledge-center/articles2/articles2-1>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีและการสื่อสาร. (2556). *การสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2555*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักบริหารงานการศึกษานอกโรงเรียน สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. (2549). *คู่มือการดำเนินงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการจัดการศึกษานอกโรงเรียน หลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2544 (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2549)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- สำนักพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมภาคกลาง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2555). *แนวทางการเตรียมความพร้อมเมืองชายแดนภาคกลางเพื่อบูรณาการกิจกรรมทางเศรษฐกิจภายใต้ประชาคมอาเซียน*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สุจิตรา ปทุมลังการ. (2552). *ความรู้เกี่ยวกับหลักสูตรฐานสมรรถนะและการประเมินผล*. กรุงเทพมหานคร: สำนักมาตรฐานการอาชีวศึกษาและวิชาชีพ กระทรวงศึกษาธิการ.
- อัญชญา ณ ระนอง. (2554). ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจกับการเป็นศูนย์กลางบริการด้านสุขภาพของประเทศไทย. *วารสารพัฒนบริหารศาสตร์*, 51(1), 47-81.
- อัญชญา ณ ระนอง, วิโรจน์ ณ ระนอง และศิริชัย จินดารักษ์. (2552). *โครงการศึกษาวิจัย แนวทางการพัฒนาศูนย์กลางสุขภาพของประเทศไทย: Thailand medical hub*. รายงานการวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (NIDA), กรุงเทพมหานคร.
- อภิญา เลื่อนฉวี. (2552). *กฎหมายการค้าระหว่างประเทศ*. กรุงเทพมหานคร: วิญญาชน.
- อนุวัฒน์ ศุภชติคุณ. (2543). *เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ดีไซน์ จำกัด.
- อิศรัฎฐ์ รินโธสง. (2557). *การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยดัชนีวัดความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา*. เอกสารประกอบการอบรม เรื่อง การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย วันที่ 21 พฤศจิกายน 2557 คณะวิทยาการจัดการมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- โอริสา ซื่อสัตย์วงศ์. (2549). การสำรวจปัญหาในการพูดภาษาอังกฤษของพยาบาลโรงพยาบาลราชวิถี. *วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สงขลา*.
- Albada, M. R. (2013). *ASEAN economic community 2015: Labor mobility and mutual recognition arrangements on professional service*. Makati city: Philippine Institute for Development study.
- Alleman, B. W., Luger, T., Reisinger, H. S., Martin, R., Horowitz, M. D., & Cram, P. (2011). Medical tourism services available to residents of the United States. *Journal of general internal medicine*, 26(5), 492-497.
- Al-Hinai, S. S., Al-Busaidi, A. S., & Al-Busaidi, I. H. (2011). Medical tourism abroad: A new challenge to Oman's health system-Al Dakhilya region experience. *Sultan Qaboos University medical journal*, 11(4), 477-484.
- Anuroj, W. C. K. (2011). AEC Challenges in Health Service. *Royal Thai Airforce Medical Gazette*, 57(3), 26-28.

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- Amornvivat, S. (2012). *Insight Business opportunities for services sector under the AEC*. Bangkok: Siam Commercial Bank Limited.
- Arunanondchai, J., & Fink, C. (2006). Trade in health services in the ASEAN region. *Health Promotion International*, 21(suppl 1), 59-66.
- Association of Southeast Asian nations. (2012). *Guide to Asean mutual recognition arrangement on tourism professionals*. n.d.: Association of Southeast Asian nations.
- Baartman, L. K., & de Bruijn, E. (2011). Integrating knowledge, skills and attitudes: Conceptualising learning processes towards vocational competence. *Educational Research Review*, 6(2), 125-134.
- Bartlett, C., & Ghoshal, S. (2013). Building competitive advantage through people. *Sloan Mgmt. Rev*, 43(2).
- Baruch, Y. (2004). Transforming careers: from linear to multidirectional career paths: organizational and individual perspectives. *Career development international*, 9(1), 58-73.
- Baruch, Y. (2006). Career development in organizations and beyond: Balancing traditional and contemporary viewpoints. *Human resource management review*, 16(2), 125-138.
- Bellamy, C. (2011). *Principles of methodology: Research design in social science*. London: Sage.
- Bland, J. M., & Altman, D. G. (1997). Statistics notes: Cronbach's alpha. *Bmj*, 314(7080), 572.
- Boyatzis, R. E. (2008). Competencies in the 21st century. *Journal of management development*, 27(1), 5-12.
- Bowen, G. A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative research journal*, 9(2), 27-40.
- Braun, K. L., Cheang, M., & Shigeta, D. (2005). Increasing knowledge, skills, and empathy among direct care workers in elder care: A preliminary study of an active-learning model. *The Gerontologist*, 45(1), 118-124.

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- Clarke, E. B., French, B., Bilodeau, M. L., Capasso, V. C., Edwards, A., & Empoliti, J. (1996). Pain management knowledge, attitudes and clinical practice: the impact of nurses' characteristics and education. *Journal of Pain and Symptom Management*, 11(1), 18-31.
- Cohen, E. (2008). Medical tourism in Thailand. *AU-GSB e-journal*, 1(1), 24-37.
- Cook, K. S., Cheshire, C., Rice, E. R., & Nakagawa, S. (2013). *Social exchange theory*. Netherlands: Springer Netherlands.
- Creswell, J. W. (2009). Editorial: Mapping the field of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 3(2), 95-108.
- Curran, P. J. (2000). Competition in UK Higher Education: Competitive Advantage in the Research Assessment Exercise and Porter's Diamond Model. *Higher education quarterly*, 54(4), 386-410.
- Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5(4), 194-197.
- Department of tourism. (2559). สถิตินักท่องเที่ยวต่างชาติที่เดินทางเข้าประเทศไทย ปี 2558. Retrieved from <http://www.tourism.go.th/home/details/11/221/24710>
- Dickens, L., & Watkins, K. (1999). Action research: rethinking Lewin. *Management Learning*, 30(2), 127-140.
- DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical education*, 40(4), 314-321.
- Dickman, S. (1996). *Tourism: An introductory text* (2nd ed.). Sydney: Hodder Education.
- Durkheim, E. (1972). *Emile Durkheim: selected writings*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Frankel, J. A., Stein, E., & Wei, S. J. (1997). *Regional trading blocs in the world economic system*. Washington: Institute for international economic.
- Gan, L. L., & Frederick, J. R. (2011). Medical tourism facilitators: Patterns of service differentiation. *Journal of Vacation Marketing*, 17(3), 165-183.
- Ghadar, F., & Loughran, K. (2014). Population trends: Shifting demographics. *Industrial Management*, 56(4), 26-30.

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- Gugler, P. และ วิภาดา. (2555). อาเซียน: ความสามารถในการแข่งขันของภาคธุรกิจและความท้าทาย. *วารสารบริหารธุรกิจ, ฉบับพิเศษเนื่องในโอกาสครบรอบ 73 ปี ของการสถาปนา คณะพาณิชย์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*, 11-30.
- Gustafsson, A. & Johnson, D. M. (2003). *Competing in a service economy: how to create a competitive advantage through service development and innovation*. United States of America: HB printing.
- Hair, J. F. (2010). *Multivariate data analysis*. New Jersey: Pearson College Division.
- Hair, J.E., Black, W.C., Babin, B.J. & Anderson, R.E. (2010). *Multivariate data analysis* (7<sup>th</sup> ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Hanefeld, J., Smith, R., Horsfall, D., & Lunt, N. (2014). What Do We Know About Medical Tourism? A Review of the Literature With Discussion of Its Implications for the UK National Health Service as an Example of a Public Health Care System. *Journal of travel medicine*, 21(6), 410-417.
- Healthy travel media. (2012). *Patient beyond borders focus on: Bumrungrad international hospital*. Retrieved from [http://www.patientsbeyondborders.com/sites/default/files/PBB\\_FocusOn\\_BIH\\_spreads\\_Nov2012.pdf](http://www.patientsbeyondborders.com/sites/default/files/PBB_FocusOn_BIH_spreads_Nov2012.pdf)
- Henson, J. N., Guy, B. S., & Dotson, M. J. (2015). Should I stay or should I go?: Motivators, decision factors, and information sources influencing those predisposed to medical tourism. *International Journal of Healthcare Management*, 8(1), 4-14.
- Hopkins, L., Labonté, R., Runnels, V., & Packer, C. (2010). Medical tourism today: What is the state of existing knowledge? *Journal of public health policy*, 31(2), 185-198.
- Jencharoenwong, S. (2010). *Medical tourism strategies for Thailand (the degree of master of business administration in hospitality and tourism management)*. Songkla : Prince of songkla university.
- Johnston, R., Crooks, V. A., Snyder, J., & Kingsbury, P. (2010). What is known about the effects of medical tourism in destination and departure countries? A scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 9(1), 24.
- Jitapunkul, S., & Wivatvanit, S. (2008). National policies and programs for the aging population in Thailand. *Ageing international*, 33(1-4), 62-74.

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- Kai-Ping, H., Jane, T., Sheng Chung, L., & Mei-Ju, C. (2013). A review and critical analysis of the principles of scientific management. *International Journal Of Organizational Innovation*, 5(4), 78-85.
- Markus, K. A. (2012). Principles and Practice of Structural Equation Modeling by Rex B. Kline. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 19(3), 509-512.
- Kanchanachitra, C., Lindelow, M., Johnston, T., Hanvoravongchai, P., Lorenzo, F. M., & Huong, N. L., et al. (2011). Human resources for health in southeast Asia: shortages, distributional challenges, and international trade in health services. *The Lancet*, 377(9767), 769-781.
- Kim, S., & Lee, J. W. (2007). Demographic Changes, Saving, and Current Account in East Asia. *Asian Economic Papers*, 6(2), 22-53.
- Kotler, P. (2004). *Marketing Management* (พิมพ์ครั้งที่ 3) (ธนวรรธน์ แสงสุวรรณ, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: บริษัท เพียร์สัน เอ็ดดูเคชั่น อินโดไชน่า จำกัด.
- Kotler, P. (2013). *คิดอย่างอาเซียน* [Think ASEAN] (ผุสดี พลสารัมย์ และภาณุชาติ บุญยเกียรติ, ผู้แปล). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แมคกรอ-ฮิล.
- Kumar, R.L. (2010). Advance in accreditation for global health care. *IntHealthCert international*, 1(3), 12-14.
- Kumar, S., Breuing, R., & Chahal, R. (2012). Globalization of health care delivery in the United States through medical tourism. *Journal of health communication*, 17(2), 177-198.
- Kutney-Lee, A., McHugh, M. D., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Flynn, L., Neff, D. F., & Aiken, L. H. (2009). Nursing: a key to patient satisfaction. *Health Affairs*, 28(4), w669-w677.
- Laegaard, J. & Bindslev, M. (2006). *Organization Theory*. UK: Jorgen Laegaard, Mille Bindslev & Ventus Publishing ApS.
- Lai, J. (2013). *Technological & Vocational Education in Taiwan ใน เวทีสัมมนาวิชาการนานาชาติด้านการศึกษาระดับปี 2556-2557*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน.
- Lazaridi, K. (2012). General Procedures for Evaluation of a Managerial Level of a Company. *Journal of Business*, 1(1), 45-50.



### บรรณานุกรม (ต่อ)

- Likert, R. (1974). A method of constructing an attitude scale. *Scaling: a sourcebook for behavioral scientists*. Chicago: Aldine, 233-243.
- Liu, I. C. (2012). The research of medical tourism policy network in Taiwan. *Sociology Mind*, 2(4), 458.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382-385.
- Lyons, C. M., Benefield, L., Holtzclaw, B., DeShea, L., & Wilson, J. (2014). Enhancing Gerontology in Undergraduate Nursing Programs: The Oklahoma Geriatric Nursing Education Workgroup (OGNEW). *Oklahoma Nurse*, 59(2), 8-12.
- Luo, X., Slotegraaf, R. J., & Pan, X. (2006). Cross-functional "cooperation": The simultaneous role of cooperation and competition within firms. *Journal of Marketing*, 70(2), 67-80.
- Mack, L. (2010). The philosophical underpinnings of educational research. *Polyglossia*, 19, 5-11.
- McCabe, D. E., Alvarez, C. D., McNulty, R., & Fitzpatrick, J. J. (2011). Perceptions of Physical Restraints Use in the Elderly Among Registered Nurses and Nurse Assistants in a Single Acute Care Hospital. *Geriatric Nursing*, 32(1), 39-45.
- McTaggart, R. et al. 1982. *The action research planner* (rev. ed.). Geelong: Deakin University Press.
- Medical Tourism Association. (2009). *Medical tourism association bumrungrad hospital survey may 1<sup>st</sup> 2009*. Retrieved from <http://www.medicaltourismassociation.com/userfiles/files/Bumrungrad%20Patient%20Survey-FINAL.pdf>
- Medical Tourism Association. (2013). *Research/Surveys/Statistics*. Retrieved from <http://www.medicaltourismassociation.com/en/research-and-surveys.html>
- Medical Travel Quality Alliance. (2013). *MTQUA 2013 World's best hospitals for medical tourists*. Retrieved from <http://www.mtqua.org/providers/top-10-worlds-best-hospitals-for-medical-tourists-list/>

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- Mrcela, N. T., Borovac, J., Vrdoljak, D., Grazio, S., Luetic, A. T., & Tomek-Roksandic, S. (2015). When elders choose: Which factors could influence the decision-making among elderly in the selection of health tourism services?. *Medical Hypotheses*, (6), 898.
- Morgan, G. (1998). *Images of Organization*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Nanthamongkolchai, S., Tuntichaivanit, C., Munsawaengsub, C. & Charupoonphol, P. (2009). Factors influencing life happiness among elderly female in Rayong province, Thailand. *J Med Assoc Thai*, 92(7), S8-12.
- NaRanong, A., & NaRanong, V. (2011). The effects of medical tourism: Thailand's experience. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(5), 336-344.
- Noddings, N. (2010). Moral education in an age of globalization. *Educational Philosophy and Theory*, 42(4), 390-396.
- Noree, T. t., Hanefeld, J., & Smith, R. (2016). Medical tourism in Thailand: a cross-sectional study. *Bulletin Of The World Health Organization*, 94(1), 30-36.
- Ohno, S. (2012). Southeast Asian nurses and caregiving workers transcending the national boundaries: An overview of Indonesian and Filipino workers in Japan and abroad. *Southeast Asian Studies*, 49(4), 541-569.
- Ogasawara, H. (1998). Standard errors for rotation matrices with an application to the promax solution. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 51(1), 163-178.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1994). Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research. *the Journal of Marketing*, 58(January), 111-124.
- Pocock, N. S., & Phua, K. H. (2011). Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. *Globalization and health*, 7(12), 1-12.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and method*. (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Portsmouth hospitals. (2014). *Generic competency framework*. Retrieved from <http://www.porthosp.nhs.uk/Learning/generic-competency-framework.htm>

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- Rejas-Muslera, R., Urquiza, A., & Cepeda, I. (2012). Competency-Based Model Through It: An Action Research Project. *Systemic Practice & Action Research*, 25(2), 117-135.
- Ryu, E. (2011). Effects of skewness and kurtosis on normal-theory based maximum likelihood test statistic in multilevel structural equation modeling. *Behavior research methods*, 43(4), 1066-1074.
- Ruggeri, K., Záliš, L., Meurice, C. R., Hilton, I., Ly, T. L., Zupan, Z., & Hinrichs, S. (2015). Evidence on global medical travel. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(11), 785-789.
- Sahyoun, N. R., Lentzner, H., Hoyert, D. & Robinson, K. N. (2001). *Trends in causes of death among the elderly*. Maryland: National Center for Health Statistics.
- Saniotis, A. (2007). Changing ethics in medical practice: a Thai perspective. *Indian Journal of Medical Ethics*, 4(1), 24-25.
- Schwab, K. (2010). *The Global Competitiveness Report 2010-2011*. Switzerland: World Economic Forum.
- Schwab, K. (2012). *The Global Competitiveness Report 2012-2013*. Switzerland: World Economic Forum.
- Secretariat, A. S. E. A. N. (2006). *ASEAN Mutual Recognition Arrangement on Nursing Services*. Retrieved from <http://www.aseansec.org/19210.htm>
- Senge, P. M., Cambron-McCabe, N., Lucas, T., Smith, B., & Dutton, J. (2012). *Schools that learn (updated and revised): A fifth discipline fieldbook for educators, parents, and everyone who cares about education*. Random House LLC.
- Schuler, R. S., & Jackson, S. E. (1987). Linking competitive strategies with human resource management practices. *The Academy of Management Executive (1987-1989)*, 207-219.
- Smith, E. (2010). A review of twenty years of competency-based training in the Australian vocational education and training system. *International journal of training and development*, 14(1), 54-64.
- Smith, P. C., & Forgione, D. A. (2007). Global Outsourcing of Healthcare: A Medical Tourism Decision Model. *Journal Of Information Technology Case & Application Research (Ivy League Publishing)*, 9(3), 19-30.

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- Sujana, J. G. (2012). Multiply effects of teaching in library Master program for library practitioners: a personal experience. *Perspectives*, 1(2), 3.
- Sujarittanonta, L., & Khemapayana, V. (2014). Senior tourism promotion in Asia with focus on Thailand: Policy comparison and service providers' Opinions. *SIU Journal of Management*, 4(1), 44.
- Sundstrom, E., McIntyre, M., Halfhill, T., & Richards, H. (2000). Work groups: From the Hawthorne studies to work teams of the 1990s and beyond. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 4(1), 44.
- Sun, L. Y., Aryee, S., & Law, K. S. (2007). High-performance human resource practices, citizenship behavior, and organizational performance: A relational perspective. *Academy of Management Journal*, 50(3), 558-577.
- Swanson, R. A. (1995). Human resource development: Performance is the key. *Human Resource Development Quarterly*, 6(2), 207-213.
- Taba, H., & Spalding, W. B. (1962). *Curriculum development: Theory and practice* (p. 529). New York: Harcourt, Brace & World.
- TripAdvisor. (2014). 2014 Travellers' choice tripadvisor. Retrieved from <http://th.tripadvisor.com/TravelersChoice-Hotels>
- Thailand Board Investment. (2012). *Thailand: Medical hub of asia*. Bangkok: Thailand Board Investment.
- Tourism knowledge management. (2015). *ASEAN MRA on Tourism Professionals*. Retrieved from <http://tourismkm-asean.org/ยุทธศาสตร์ท่องเที่ยว/แผนท่องเที่ยวอาเซียน/ข้อตกลงด้านบุคลากร.html>
- Turner, L. (2007). 'First world health care at third world prices': globalization, bioethics and medical tourism. *BioSocieties*, 2(3), 303-325.
- Von Bertalanffy, L. (1956). General system theory. *General systems*, 1(1), 11-17.
- Whelan, L. (2006). Competency assessment of nursing staff. *Orthopaedic Nursing*, 25(3), 198-202.
- Wheelahan, L. (2007). How competency-based training locks the working class out of powerful knowledge: A modified Bernsteinian analysis. *British Journal of Sociology of Education*, 28(5), 637-651.

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- Whittingham, K. (2009). Evaluating a competency tool to develop nursing assistants. *British Journal Of Healthcare Assistants*, 3(7), 352-358.
- Wiersma, W. (2000). *Research methods in education: An introduction*. 7th ed. Boston: Allyn & Bacon.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva : World Health Organization.
- Yahya, D. P., et al., (2015). *ASEAN Mutual recognition arrangement on tourism professionals*. Retrieved from [http://www.aseantourism.travel/media/files/20140508102208\\_mra\\_tourism\\_professionals\\_bw.pdf](http://www.aseantourism.travel/media/files/20140508102208_mra_tourism_professionals_bw.pdf)
- Yonwikai, W. (2013). การพัฒนาศักยภาพด้านภาษาอังกฤษของพยาบาลไทย เพื่อรองรับการเป็นศูนย์กลางการแพทย์อย่างยั่งยืน. *Stamford Journal*, 5(1), 155-159.
- Young, M. N., Tsai, T., Wang, X., Liu, S., & Ahlstrom, D. (2014). Strategy in emerging economies and the theory of the firm. *Asia Pacific Journal of Management*, 1-24.
- Yoopetch, C. (2012). *Tourism and hospitality trend and analysis Q1 2012*. Nakhonpathom: Mahidol University International College.
- Yamane, T. (1970). *Statistic: An Introductory Analysis*. New York: Harper and Row.

**ภาคผนวก**

ภาคผนวก ก  
เครื่องมือการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....



แบบสอบถามเรื่อง: เรื่องรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เพื่อสนับสนุนการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย

#### คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาหาหนดความสามารถเชิงสมรรถนะตามสายอาชีพ และสมรรถนะทั่วไป ของสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย ซึ่งเป็นการพัฒนาสมรรถนะที่เพิ่มขึ้นของสาขาอาชีพผู้ช่วยพยาบาล ข้อมูลทั้งหมดที่เก็บรวบรวมได้ใช้ประกอบการจัดทำวิทยานิพนธ์ ในหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสาขาวิชา การจัดการมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะไม่ส่งผลกระทบต่อท่านผู้ตอบแบบสอบถาม แม้ว่าข้อมูลนี้ จะผ่านกระบวนการวิเคราะห์ อภิปรายผล สรุปผลให้ข้อเสนอแนะ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมแล้วก็ตามผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

นางขวัญใจ วงศ์ช่วย

นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ  
คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

#### คำแนะนำในการตอบแบบสอบถาม :

แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 2 ตอน มีจำนวนทั้งสิ้น 5 หน้า

โดยในแต่ละตอนมีคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม ขอให้ท่านผู้อ่านโดยละเอียด



### ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยม □ สำหรับตอบให้ตรงกับความเป็นจริง  
ของท่านให้มากที่สุด

#### 1.สถานที่ทำงานของท่าน คือ โรงพยาบาลใด

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1) ร.พ.บำรุงราษฎร์          | <input type="checkbox"/> 2) ร.พ.กรุงเทพ                   |
| <input type="checkbox"/> 3) ร.พ.สมิติเวช ศรีนครินทร์ | <input type="checkbox"/> 4) ร.พ.สมิติเวช สุขุมวิท         |
| <input type="checkbox"/> 5) ร.พ. เวชธานี             | <input type="checkbox"/> 6) ร.พ.สินแพทย์                  |
| <input type="checkbox"/> 7) ร.พ.รามคำแหง             | <input type="checkbox"/> 8) ร.พ.พระรามเก้า                |
| <input type="checkbox"/> 9) ร.พ.ยันฮี                | <input type="checkbox"/> 10) ร.พ.เจ้าพระยา                |
| <input type="checkbox"/> 11) ร.พ.ศิรินครินทร์กรุงเทพ | <input type="checkbox"/> 12) ร.พ.วิภาวดี                  |
| <input type="checkbox"/> 13) ร.พ.เซ็นทรัลเอนเนอรัล   | <input type="checkbox"/> 14) ร.พ.สมิติเวช ศรีราชา         |
| <input type="checkbox"/> 15) ร.พ.กรุงเทพ พัทยา       | <input type="checkbox"/> 16) ร.พ.นนทเวช                   |
| <input type="checkbox"/> 17) ร.พ.กรุงเทพ ภูเก็ต      | <input type="checkbox"/> 18) ร.พ.ภูเก็ต อินเตอร์เนชั่นแนล |
| <input type="checkbox"/> 19) ร.พ.เชียงใหม่ ราม       | <input type="checkbox"/> 20) ร.พ.....                     |

#### 2.ท่านมีตำแหน่งใดในโรงพยาบาล

- 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
- 2) หัวหน้าพยาบาล/ผู้จัดการพยาบาล
- 3) หัวหน้าพยาบาล แผนก.....
- 4) พยาบาลวิชาชีพ แผนก.....

## ตอนที่ 2 แบบสอบถามประเมินความจำเป็นด้านสมรรถนะตามสายอาชีพ และสมรรถนะทั่วไป ของสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องระดับที่กำหนดไว้สำหรับตอบ

เพื่อประเมินความจำเป็นด้านสมรรถนะในการให้บริการชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลของท่าน ซึ่งเป็นสมรรถนะของผู้ช่วยพยาบาลที่ต้องการพัฒนาศักยภาพการทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อให้บริการลูกค้าชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลท่าน โดยมีกำหนดเกณฑ์ในการประเมินความจำเป็น ดังนี้

กำหนดค่าระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะ (competency) ดังนี้  
 5 = จำเป็นมากที่สุด 4 = จำเป็นมาก 3 = จำเป็นปานกลาง 2 = จำเป็นน้อย 1 = จำเป็นน้อยที่สุด

### คำนิยาม สมรรถนะด้านต่าง ๆ มีดังนี้

1. การดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดบวมหรือโรคใช้หัวใจใหญ่ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. การบริการด้านการตรวจสอบสุขภาพตามโปรแกรมสุขภาพ หมายถึง การให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการด้านการตรวจสอบสุขภาพในโรงพยาบาลตามโปรแกรมหรือแพ็คเกจที่กำหนดขึ้น
3. การบริการการรักษาทางด้านศัลยกรรม หมายถึง การบริการผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ารับการรักษาทางด้านศัลยกรรม โดยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาด้วยโรคทางด้านศัลยกรรมตกแต่งและความงาม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ศัลยกรรมด้านการแปลงเพศ
4. การบริการการตรวจรักษาทางด้านทันตกรรม หมายถึง การบริการการตรวจรักษาผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ารับบริการการตรวจรักษาทางด้านทันตกรรม 7 ด้าน คือ ทันตกรรมทั่วไป ทันตกรรมเด็ก การจัดฟัน การรักษารากฟัน การรักษาโรคเหงือก การทำฟันปลอม ศัลยกรรมช่องปาก การฝังราก
5. การบริการนำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล หมายถึง การบริการผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามารับการรักษานในประเทศไทย โดยการเดินทางด้วยเครื่องบิน และยานยนต์ และการติดต่อประสานงานเกี่ยวกับวีซ่าการเข้ามารับการรักษาในประเทศไทย
6. การติดต่อเพื่อเข้ารับการรักษา หมายถึง การติดต่อประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำผู้ป่วยชาวต่างชาติเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล
7. การบริการระหว่างรับการรักษา หมายถึง การบริการและดูแลผู้ป่วยและญาติระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
8. การบริการหลังรับการรักษา หมายถึง การบริการและดูแลผู้ป่วยและญาติหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
9. สมรรถนะด้านการสื่อสาร หมายถึง ความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ามารับการรักษาในประเทศไทย ประกอบด้วย การสื่อสารโดยใช้ภาษาพูด และการสื่อสารโดยใช้ภาษากาย

10. การบริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม หมายถึง การให้บริการที่สอดคล้องตามหลักศาสนาของ ผู้รับบริการชาวต่างชาติที่เข้ามาับการรักษาในประเทศไทย ประกอบด้วย ศาสนาหลักๆ 3 ศาสนา ได้แก่ ศาสนาพุทธ ศาสนาคริสต์ ศาสนาอิสลาม

ตาราง 1 การดูแลผู้สูงอายุ

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะ				
		5	4	3	2	1
1	มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหัวใจ					
2	มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง					
3	มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง					
4	มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดบวม					
5	มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไขข้อใหญ่					
6	มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง					

ตาราง 2 การดูแลตามโปรแกรมต่างๆ

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะ				
		5	4	3	2	1
7	มีความรู้ความสามารถในการตรวจร่างกายเบื้องต้น					
8	มีความรู้ความสามารถในการประเมินประวัติผู้ป่วย					
9	มีความรู้ความสามารถในการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ					
10	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจทางรังสี					
11	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจอัลตราซาวด์					
12	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจหามะเร็งปากมดลูก					
13	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจตาโดยจักษุแพทย์					
14	มีความรู้และสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาฉีดวัคซีนป้องกันโรคต่างๆ					

ตาราง 3 การบริการการรักษาทางด้านศัลยกรรม

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะ				
		5	4	3	2	1
15	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาทางด้านศัลยกรรมความงาม					
16	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาทางด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อ					
17	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาทางด้านศัลยกรรมการแปลงเพศ					

ตาราง 4 การบริการการรักษาทางด้านทันตกรรม

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะ				
		5	4	3	2	1
18	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจทางด้านทันตกรรมทั่วไปในผู้ใหญ่					
19	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเด็กเพื่อเข้ารับการตรวจทางด้าน ทันตกรรมสำหรับเด็ก					
20	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบริการจัดฟัน					
21	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาโรคเหงือก					
22	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบริการการทำฟันปลอม					
23	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาทางด้านศัลยกรรมช่องปาก					
24	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาการฝังรากเทียม					
25	มีความรู้ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจทางด้านทันตกรรมทั่วไปในผู้สูงอายุ					

ตาราง 5 การบริการนำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะ				
		5	4	3	2	1
26	สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการเดินทางด้วยเครื่องบิน					
27	สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการเดินทางด้วยยานยนต์					
28	สามารถติดต่อประสานงานหน่วยงานราชการเกี่ยวกับวีซ่าการเข้ามาใน ประเทศ					

ตาราง 6 การติดต่อเพื่อเข้ารับการรักษา

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะ				
		5	4	3	2	1
29	สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์และการรักษาแก่ผู้ป่วยชาวต่างชาติได้					
30	สามารถประสานงานกับหน่วยงานหรือบริษัทเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการบริการจัดหาที่พักสำหรับผู้ป่วยและญาติ					
31	สามารถติดต่อประสานงานด้านการประกันสุขภาพและประกันภัยเพื่อรักษาลิทธิการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยชาวต่างชาติได้					

ตาราง 7 การบริการระหว่างรับการรักษา

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะ				
		5	4	3	2	1
32	สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่สามารถรับประทานเหมาะสมกับสภาวะของโรคได้ ทั้งอาหารไทยและอาหารต่างประเทศ					
33	สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับห้องพักที่ให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติ					

ตาราง 8 การบริการหลังรับการรักษา

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะ				
		5	4	3	2	1
34	สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งท่องเที่ยวในประเทศไทย					
35	สามารถประสานงานกับหน่วยงานหรือบริษัทเอกชนที่เกี่ยวข้องในการบริการด้านการท่องเที่ยวในประเทศไทย					

ตาราง 9 สมรรถนะด้านการสื่อสาร

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะ				
		5	4	3	2	1
36	สามารถใช้ศัพท์ทางการแพทย์ที่จำเป็นได้					
37	มีความรู้ความสามารถในการสื่อสารโดยใช้ภาษาอังกฤษ					
38	มีความรู้ความสามารถในการสื่อสารโดยใช้ภาษาจีน					
39	มีความรู้ความสามารถในการสื่อสารโดยใช้ภาษามลายู					

ตาราง 10 การบริการที่สอดคล้องกับศาสนา

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความจำเป็นด้านสมรรถนะ				
		5	4	3	2	1
40	สามารถให้บริการตามหลักศาสนาพุทธ					
41	สามารถให้บริการตามหลักศาสนาคริสต์					
42	สามารถให้บริการตามหลักศาสนาอิสลาม					

\*\*\* ขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือและสละเวลาอันมีค่า \*\*\*

ในการตอบแบบสอบถาม

เลขที่แบบสอบถาม.....



แบบสอบถามเรื่อง: เรื่องความ  
เหมาะสมในการกำหนดรูปแบบการจัดการศึกษา  
เพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และสนับสนุนการ  
ท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย

#### คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความเหมาะสมในการกำหนดรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และสนับสนุนการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย

ข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะไม่ส่งผลกระทบต่อท่านผู้ตอบแบบสอบถาม แม้ว่าข้อมูลนี้ จะผ่านกระบวนการวิเคราะห์ อภิปรายผล สรุปผล ให้ข้อเสนอแนะ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมแล้วก็ตามผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

นางขวัญใจ วงศ์ช่วย

นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ  
คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตอนที่ 1 ความเหมาะสมในกำหนดจุดมุ่งหมายในสร้างหลักสูตร กลุ่มเป้าหมายผู้เรียนเพื่อพัฒนาสมรรถนะ  
ด้านสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่องสี่เหลี่ยม  ที่ตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุด

แนวคำถาม	ความเหมาะสมในการกำหนดรูปแบบการศึกษาเพื่อ พัฒนาสมรรถนะสาขาอาชีพ ผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์				
	5 (มากที่สุด)	4 (มาก)	3 (ปานกลาง)	2 (น้อย)	1 (น้อยที่สุด)
<b>1.จุดมุ่งหมายในการสร้างหลักสูตร</b>					
1.1 ชื่อหลักสูตร “หลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลในการ ให้บริการชาวต่างชาติ”					
1.2 ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน					
<b>2. กลุ่มเป้าหมายผู้เรียน</b>					
2.1 มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่า มัธยมศึกษาตอน ปลาย (ม.6) หรือเทียบเท่าตามหลักสูตรที่ กระทรวงศึกษาธิการรับรอง					
2.2 น้ำหนักไม่ต่ำกว่า 40 กิโลกรัม					
2.3 ส่วนสูงไม่ต่ำกว่า 150 เซนติเมตร					
มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการอบรมหรือปฏิบัติงาน					
2.4 ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุด ให้จำคุก					
2.5 เป็นโรคต้องห้ามตามที่สภากาชาด กำหนด					
2.6 ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย					
2.7 ไม่เป็นคนวิกลจริต คนไร้ความสามารถหรือ เสมือนไร้ความสามารถ					



ตอนที่ 1 ความเหมาะสมในการจัดกลุ่มการเรียนรู้ การกำหนดผู้สอน และการกำหนดแหล่งฝึก จากกาวิเคราะห์ จากหลักสูตรวิชา และเนื้อหาวิชาที่เกี่ยวข้อง ในสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยม □ ที่ตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุด

หลักสูตรวิชา	กลุ่มการเรียนรู้			การกำหนดผู้สอน	การกำหนดแหล่งฝึก	ความเหมาะสม ในการจัดกลุ่มการเรียนรู้ การกำหนดผู้สอน และการกำหนดแหล่งฝึก				
	ภาคทฤษฎี	ฝึกปฏิบัติในห้องสาธิต	ปฏิบัติในสถานที่จริง			5	4	3	2	1
1.การดูแลผู้สูงอายุ	✓		✓	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาล					
2.การตรวจร่างกายเบื้องต้น	✓	✓	✓	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาล					
3.การซักประวัติผู้ป่วยเบื้องต้น	✓	✓	✓	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาล					
4.การเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจทางหัตถการ	✓		✓	1.พยาบาลวิชาชีพ 2.นักรังสีวิทยา 3.นักเทคนิคทางการแพทย์	โรงพยาบาล					
5.การเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจหามะเร็งปากมดลูก	✓	✓	✓	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาล					
6.การเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจตา	✓	✓	✓	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาล					
7.การเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจด้านศัลยกรรมตกแต่งและความงาม	✓	✓	✓	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาล					
8.การเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจทางด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อ	✓	✓	✓	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาล					
9.การติดต่อประสานงานด้านการเดินทางของ	✓		✓	1. พยาบาลวิชาชีพ 2. ผู้เชี่ยวชาญ	1. โรงพยาบาล 2. โรงแรม					

หลักสูตรวิชา	กลุ่มการเรียนรู้			การกำหนดผู้สอน	การกำหนดแหล่งฝึก	ความเหมาะสม ในการจัดกลุ่มการเรียนรู้ การกำหนดผู้สอน และการกำหนดแหล่งฝึก				
	ภาคทฤษฎี	ฝึกปฏิบัติในห้องสาธิต	ปฏิบัติในสถานที่จริง			5	4	3	2	1
ชาวต่างชาติ				ด้านบริการในโรงแรม 3. ผู้เชี่ยวชาญด้านบริการสายการบิน 4. ผู้เชี่ยวชาญด้านบริการทัวร์	3.สายการบินต่าง ๆ 4.บริษัททัวร์ชาวต่างชาติ					
10.การบริการด้านที่พักชาวต่างชาติ			✓	1. ผู้เชี่ยวชาญด้านบริการในโรงแรม 2. ผู้เชี่ยวชาญด้านบริการสายการบิน 3. ผู้เชี่ยวชาญด้านบริการทัวร์	1.โรงแรม 2.สายการบินต่าง ๆ 3.บริษัททัวร์ชาวต่างชาติ					
11. การประสานงานด้านการประกันสุขภาพสำหรับกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติ	✓		✓	1.พยาบาลวิชาชีพ 2.ผู้เชี่ยวชาญด้านบริการด้านสิทธิประกันในโรงพยาบาล	โรงพยาบาล					
12. โภชนบำบัด	✓	✓		1.พยาบาลวิชาชีพ 2.นักโภชนบำบัด	1.ฝ่ายโภชนาการของโรงพยาบาล 2.ฝ่ายโภชนาการของโรงแรม					
13.การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์และแนวทางการรักษาเบื้องต้น	✓	✓		1.พยาบาลวิชาชีพ 2.ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา	โรงพยาบาล					

หลักสูตรวิชา	กลุ่มการเรียนรู้			การกำหนด ผู้สอน	การกำหนด แหล่งฝึก	ความเหมาะสม ในการ จัดกลุ่มการเรียนรู้ การ กำหนดผู้สอน และการกำหนดแหล่งฝึก				
	ภาค ทฤษฎี	ฝึกปฏิบัติใน ห้องสาธิต	ปฏิบัติใน สถานที่จริง			5	4	3	2	1
14.การบริการ ตามหลักศาสนา	✓		✓	1.พยาบาล วิชาชีพ	โรงพยาบาล					

ภาคผนวก ข  
ผลลัพธ์การวิเคราะห์

1. ดำเนินการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวชี้วัดความสามารถเชิงสมรรถนะตามสายอาชีพที่มีผลต่อสมรรถนะสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ โดยใช้เทคนิค

### Multidimensional scaling (MDS)

#### Alscal Procedure Options

##### Data Options-

Number of Rows (Observations/Matrix). 16  
 Number of Columns (Variables) . . . 16  
 Number of Matrices . . . . . 1  
 Measurement Level . . . . . Interval  
 Data Matrix Shape . . . . . Symmetric  
 Type . . . . . Dissimilarity  
 Approach to Ties . . . . . Leave Tied  
 Conditionality . . . . . Matrix  
 Data Cutoff at . . . . . .000000

##### Model Options-

Model . . . . . Euclid  
 Maximum Dimensionality . . . . . 5  
 Minimum Dimensionality . . . . . 1  
 Negative Weights . . . . . Not Permitted

##### Output Options-

Job Option Header . . . . . Printed  
 Data Matrices . . . . . Printed  
 Configurations and Transformations . . . . . Plotted  
 Output Dataset . . . . . Not Created  
 Initial Stimulus Coordinates . . . . . Computed

##### Algorithmic Options-

Maximum Iterations . . . . . 30  
 Convergence Criterion . . . . . .00100  
 Minimum S-stress . . . . . .00500  
 Missing Data Estimated by . . . . . Ulbounds

## Raw (unscaled) Data for Subject 1

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	.000									
2	8.307	.000								
3	5.196	8.124	.000							
4	7.141	7.071	6.633	.000						
5	9.381	8.426	9.000	7.000	.000					
6	7.280	6.633	7.211	5.477	6.708	.000				
7	10.149	11.747	10.583	10.583	10.630	10.296	.000			
8	9.950	11.747	10.296	10.677	10.630	10.296	5.292	.000		
9	10.677	11.269	10.817	10.817	9.274	10.630	10.247	8.660	.000	
10	9.899	10.536	9.950	9.747	8.718	9.849	9.747	8.775	5.657	.000
11	10.149	10.954	10.583	9.899	9.327	10.198	9.165	8.485	6.245	4.123
12	11.747	9.539	11.446	10.909	10.770	10.630	12.767	12.450	11.489	9.592
13	11.358	9.165	11.314	10.583	10.344	10.000	12.806	12.410	10.724	9.327
14	11.136	11.269	11.091	10.536	10.488	10.817	9.747	9.110	10.488	9.055
15	14.318	12.490	14.213	12.806	12.610	12.961	14.765	15.100	14.107	12.369
16	10.100	10.344	10.149	9.644	10.100	9.644	11.790	11.269	10.000	8.944

	11	12	13	14	15	16
11	.000					
12	9.644	.000				
13	9.592	5.385	.000			
14	8.544	10.583	9.849	.000		
15	12.490	9.110	9.487	12.450	.000	
16	8.775	10.392	9.110	9.592	11.091	.000

## Iteration history for the 5 dimensional solution (in squared distances)

Young's S-stress formula 1 is used.

Iteration	S-stress	Improvement
1	.07492	
2	.05428	.02063
3	.05280	.00148
4	.05274	.00006

Iterations stopped because

S-stress improvement is less than .001000

Stress and squared correlation (RSQ) in distances

RSQ values are the proportion of variance of the scaled data (disparities)

in the partition (row, matrix, or entire data) which

is accounted for by their corresponding distances.

Stress values are Kruskal's stress formula 1.

For matrix

Stress = .03817    RSQ = .98609

1. ดำเนินการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวชี้วัดความสามารถเชิงสมรรถนะทั่วไปที่มีผลต่อสมรรถนะสาขาอาชีพผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ โดยใช้เทคนิค Multidimensional scaling (MDS)

Alscal Procedure Options

Data Options-

Number of Rows (Observations/Matrix). 11  
 Number of Columns (Variables) . . . 11  
 Number of Matrices . . . . . 1  
 Measurement Level . . . . . Interval  
 Data Matrix Shape . . . . . Symmetric  
 Type . . . . . Dissimilarity  
 Approach to Ties . . . . . Leave Tied  
 Conditionality . . . . . Matrix  
 Data Cutoff at . . . . . .000000

Model Options-

Model . . . . . Euclid  
 Maximum Dimensionality . . . . . 5  
 Minimum Dimensionality . . . . . 1  
 Negative Weights . . . . . Not Permitted

Output Options-

Job Option Header . . . . . Printed  
 Data Matrices . . . . . Printed  
 Configurations and Transformations . . . . . Plotted  
 Output Dataset . . . . . Not Created  
 Initial Stimulus Coordinates . . . . . Computed

Algorithmic Options-

Maximum Iterations . . . . . 30  
 Convergence Criterion . . . . . .00100  
 Minimum S-stress . . . . . .00500  
 Missing Data Estimated by . . . . . Ulbounds

## Raw (unscaled) Data for Subject 1

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	.000									
2	10.247	.000								
3	10.677	8.660	.000							
4	10.583	7.937	4.899	.000						
5	11.045	10.247	11.489	11.402	.000					
6	12.288	11.136	10.050	10.909	9.110	.000				
7	10.770	10.050	12.728	12.247	6.782	11.180	.000			
8	10.392	8.426	11.225	10.677	8.602	10.344	5.831	.000		
9	12.570	13.304	14.142	14.491	9.274	11.358	8.485	10.100	.000	
10	13.675	12.649	13.229	12.610	11.619	10.770	12.207	11.874	11.358	.000
11	13.856	14.799	14.832	14.213	11.832	12.288	13.115	13.491	11.916	6.856
11										
11	.000									

Iteration history for the 5 dimensional solution (in squared distances)

Young's S-stress formula 1 is used.

Iteration	S-stress	Improvement
1	.03998	
2	.03341	.00656
3	.03328	.00014

Iterations stopped because

S-stress improvement is less than .001000

Stress and squared correlation (RSQ) in distances

RSQ values are the proportion of variance of the scaled data (disparities) in the partition (row, matrix, or entire data) which is accounted for by their corresponding distances.

Stress values are Kruskal's stress formula 1.

For matrix

Stress = .03995      RSQ = .98526



2. ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องของโมเดลการวัดองค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวชี้วัด  
สมรรถนะตามสายอาชีพก่อนการปรับโมเดล

**CMIN**

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	35	363.551	101	.000	3.600
Saturated model	136	.000	0		
Independence model	16	1541.675	120	.000	12.847

**RMR, GFI**

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	.090	.715	.616	.531
Saturated model	.000	1.000		
Independence model	.383	.216	.112	.191

**Baseline Comparisons**

Model	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Default model	.764	.720	.818	.781	.815
Saturated model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

**Parsimony-Adjusted Measures**

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	.842	.643	.686
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1.000	.000	.000

**NCP**

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	262.551	208.094	324.595
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1421.675	1298.705	1552.050

**FMIN**

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	3.496	2.525	2.001	3.121
Saturated model	.000	.000	.000	.000
Independence model	14.824	13.670	12.488	14.924

**RMSEA**

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	.158	.141	.176	.000
Independence model	.338	.323	.353	.000

**AIC**

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	433.551	447.229	526.440	561.440
Saturated model	272.000	325.149	632.939	768.939
Independence model	1573.675	1579.928	1616.138	1632.138

**ECVI**

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	4.169	3.645	4.765	4.300
Saturated model	2.615	2.615	2.615	3.126
Independence model	15.131	13.949	16.385	15.192

**HOELTER**

Model	HOELTER	HOELTER
	.05	.01
Default model	36	40
Independence model	10	11

3. ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องของโมเดลการวัดองค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวชี้วัด  
สมรรถนะตามสายอาชีพหลังการปรับโมเดล

**CMIN**

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	41	176.349	95	.000	1.856
Saturated model	136	.000	0		
Independence model	16	1541.675	120	.000	12.847

**RMR, GFI**

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	.080	.839	.769	.586
Saturated model	.000	1.000		
Independence model	.383	.216	.112	.191

**Baseline Comparisons**

Model	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Default model	.886	.856	.944	.928	.943
Saturated model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

**Parsimony-Adjusted Measures**

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	.792	.701	.746
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1.000	.000	.000

**NCP**

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	81.349	47.861	122.661
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1421.675	1298.705	1552.050

**FMIN**

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	1.696	.782	.460	1.179

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Saturated model	.000	.000	.000	.000
Independence model	14.824	13.670	12.488	14.924

**RMSEA**

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	.091	.070	.111	.001
Independence model	.338	.323	.353	.000

**AIC**

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	258.349	274.372	367.161	408.161
Saturated model	272.000	325.149	632.939	768.939
Independence model	1573.675	1579.928	1616.138	1632.138

**ECVI**

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	2.484	2.162	2.881	2.638
Saturated model	2.615	2.615	2.615	3.126
Independence model	15.131	13.949	16.385	15.192

**HOELTER**

Model	HOELTER	HOELTER
	.05	.01
Default model	71	77
Independence model	10	11

4. ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องของโมเดลการวัดองค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 ของตัวชี้วัดสมรรถนะตามสายอาชีพหลังการปรับโมเดล

**CMIN**

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	41	176.349	95	.000	1.856
Saturated model	136	.000	0		
Independence model	16	1541.675	120	.000	12.847

**RMR, GFI**

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	.080	.839	.769	.586
Saturated model	.000	1.000		
Independence model	.383	.216	.112	.191

**Baseline Comparisons**

Model	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Default model	.886	.856	.944	.928	.943
Saturated model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

**Parsimony-Adjusted Measures**

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	.792	.701	.746
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1.000	.000	.000

**NCP**

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	81.349	47.861	122.661
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1421.675	1298.705	1552.050

**FMIN**

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	1.696	.782	.460	1.179

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Saturated model	.000	.000	.000	.000
Independence model	14.824	13.670	12.488	14.924

**RMSEA**

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	.091	.070	.111	.001
Independence model	.338	.323	.353	.000

**AIC**

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	258.349	274.372	367.161	408.161
Saturated model	272.000	325.149	632.939	768.939
Independence model	1573.675	1579.928	1616.138	1632.138

**ECVI**

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	2.484	2.162	2.881	2.638
Saturated model	2.615	2.615	2.615	3.126
Independence model	15.131	13.949	16.385	15.192

**HOELTER**

Model	HOELTER	HOELTER
	.05	.01
Default model	71	77
Independence model	10	11

5. ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องของโมเดลการวัดองค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวชี้วัด  
สมรรถนะทั่วไปก่อนการปรับโมเดล

**CMIN**

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	23	232.191	43	.000	5.400
Saturated model	66	.000	0		
Independence model	11	1119.561	55	.000	20.356

**RMR, GFI**

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	.092	.720	.570	.469
Saturated model	.000	1.000		
Independence model	.639	.228	.073	.190

**Baseline Comparisons**

Model	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Default model	.793	.735	.824	.773	.822
Saturated model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

**Parsimony-Adjusted Measures**

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	.782	.620	.643
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1.000	.000	.000

**NCP**

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	189.191	145.146	240.757
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1064.561	959.510	1177.015

**FMIN**

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	2.233	1.819	1.396	2.315

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Saturated model	.000	.000	.000	.000
Independence model	10.765	10.236	9.226	11.317

**RMSEA**

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	.206	.180	.232	.000
Independence model	.431	.410	.454	.000

**AIC**

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	278.191	284.191	339.232	362.232
Saturated model	132.000	149.217	307.161	373.161
Independence model	1141.561	1144.430	1170.754	1181.754

**ECVI**

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	2.675	2.251	3.171	2.733
Saturated model	1.269	1.269	1.269	1.435
Independence model	10.977	9.966	12.058	11.004

**HOELTER**

Model	HOELTER	HOELTER
	.05	.01
Default model	27	31
Independence model	7	8



6. ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องของโมเดลการวัดองค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 ของตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไปหลังการปรับโมเดล

**CMIN**

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	30	104.871	36	.000	2.913
Saturated model	66	.000	0		
Independence model	11	1119.561	55	.000	20.356

**RMR, GFI**

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	.081	.859	.741	.468
Saturated model	.000	1.000		
Independence model	.639	.228	.073	.190

**Baseline Comparisons**

Model	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Default model	.906	.857	.936	.901	.935
Saturated model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

**Parsimony-Adjusted Measures**

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	.655	.593	.612
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1.000	.000	.000

**NCP**

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	68.871	41.951	103.431
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1064.561	959.510	1177.015

**FMIN**

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	1.008	.662	.403	.995

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Saturated model	.000	.000	.000	.000
Independence model	10.765	10.236	9.226	11.317

**RMSEA**

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	.136	.106	.166	.000
Independence model	.431	.410	.454	.000

**AIC**

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	164.871	172.697	244.490	274.490
Saturated model	132.000	149.217	307.161	373.161
Independence model	1141.561	1144.430	1170.754	1181.754

**ECVI**

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	1.585	1.326	1.918	1.661
Saturated model	1.269	1.269	1.269	1.435
Independence model	10.977	9.966	12.058	11.004

**HOELTER**

Model	HOELTER	HOELTER
	.05	.01
Default model	51	59
Independence model	7	8

7. ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องของโมเดลการวัดองค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 ของตัวชี้วัดสมรรถนะทั่วไปหลังการปรับโมเดล

**CMIN**

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	30	104.871	36	.000	2.913
Saturated model	66	.000	0		
Independence model	11	1119.561	55	.000	20.356

**RMR, GFI**

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	.081	.859	.741	.468
Saturated model	.000	1.000		
Independence model	.639	.228	.073	.190

**Baseline Comparisons**

Model	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Default model	.906	.857	.936	.901	.935
Saturated model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

**Parsimony-Adjusted Measures**

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	.655	.593	.612
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1.000	.000	.000

**NCP**

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	68.871	41.951	103.431
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1064.561	959.510	1177.015

**FMIN**

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	1.008	.662	.403	.995
Saturated model	.000	.000	.000	.000
Independence model	10.765	10.236	9.226	11.317

**RMSEA**

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	.136	.106	.166	.000
Independence model	.431	.410	.454	.000

**AIC**

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	164.871	172.697	244.490	274.490
Saturated model	132.000	149.217	307.161	373.161
Independence model	1141.561	1144.430	1170.754	1181.754

**ECVI**

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	1.585	1.326	1.918	1.661
Saturated model	1.269	1.269	1.269	1.435
Independence model	10.977	9.966	12.058	11.004

**HOELTER**

Model	HOELTER .05	HOELTER .01
Default model	51	59
Independence model	7	8

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นามสกุล                      ขวัญใจ วงศ์ช่วย

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5610530001

### วุฒิการศึกษา

วุฒิ	สถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตร์บัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2542
พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2547

(การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

### ทุนการศึกษา

1. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์  
ปีงบประมาณ 2557
2. ทุนนักศึกษาแลกเปลี่ยนและโอนหน่วยกิตระหว่างประเทศในประชาคมอาเซียน  
ประจำปี 2558

### ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลราษฎร์ยินดี อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

### การตีพิมพ์ผลงาน

ขวัญใจ วงศ์ช่วย และเกิดศิริ เจริญวิศาล. (2559). ความสามารถเชิงสมรรถนะตามวิชาชีพ  
สำหรับเจ้าหน้าที่พยาบาลใน การให้บริการชาวต่างชาติที่เข้ามารับการรักษาน  
โรงพยาบาลเอกชนของประเทศไทย. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตศึกษากาการจัดการ, 9(1),  
23-48.

### การนำเสนอผลงาน

- |      |  |
|------|--|
| 2014 | Present the paper at the International Academic Conference<br>TSU-AFBE 2014 on Management and Business Education<br>in Rapidly Changing Environment in topic: Developing<br>curriculum for nursing assistants to support ASEAN |
| 2015 | Present the paper at the 7 <sup>th</sup> International Conference on<br>Human and Social Science in topic: The impact of<br>medical tourism on Nursing Services in Thailand.   |

2015

นำเสนอผลงานวิจัย เรื่อง ตัวชี้วัดสมรรถนะหลักด้านการ  
ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์สำหรับชาวต่างชาติที่  
เข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย ในการประชุม  
วิชาการระดับชาติ ด้านการบริหารธุรกิจและเศรษฐศาสตร์  
มหาวิทยาลัยหาดใหญ่