

ความรู้และการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เกี่ยวกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติ

บุญพิชชา จิตต์ภักดี, พย.ด.**
ผ่องศรี เกียรติศรณ, กศ.ด.***

บทคัดย่อ: นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพส่งผลกระทบต่อวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การปฏิบัติพยาบาล รวมถึงการให้บริการด้านสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสุขภาพและการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 378 คน ได้กลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่ายตามสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบ สอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้และการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิมีค่าเท่ากับ .86 และ .94 ตามลำดับ ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ค่า KR-20 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .81 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 63.42) มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 93.65 มีความรู้เกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 50.53 มีความรู้เกี่ยวกับการจัดทำนโยบายอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 27.51 มีความรู้เกี่ยวกับการปรับนโยบายอยู่ในระดับสูง พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.42) ไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ โดยพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 83.33 ไม่มีส่วนร่วมในการจัดทำนโยบาย ร้อยละ 75.13 ไม่มีส่วนร่วมในด้านการนำนโยบายสุขภาพไปปฏิบัติ และร้อยละ 70.10 ไม่มีส่วนร่วมในด้านการปรับเปลี่ยนนโยบายสุขภาพ

ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำไปเป็นข้อมูลเพื่อณรงค์และกระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสุขภาพให้มากขึ้น และหน่วยงานหรือองค์กรวิชาชีพการพยาบาลควรมีการจัดอบรมให้พยาบาลได้รับรู้ถึงช่องทางในการเข้าร่วมในกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติให้มากขึ้น

วารสารสภาการพยาบาล 2552; 24(3) 70-80

คำสำคัญ: ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสุขภาพ การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

*ได้รับทุนวิจัยจากศูนย์นโยบายและผลลัพธ์ทางสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาระบบสุขภาพที่มีคุณภาพและการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนไทยให้ดียิ่งขึ้นเป็นเป้าหมายสูงสุดของทุก ๆ รัฐบาล แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติเป็นนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ (public health policy) ของรัฐบาลที่ได้มีการกำหนดขึ้นใช้ตั้งแต่ปี 2504 จนถึงปัจจุบันนี้ ประเทศไทยได้พัฒนาแผนพัฒนาสุขภาพและใช้สืบต่อไปแล้ว 9 ฉบับ และกำลังอยู่ในระหว่างการดำเนินงานตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ได้จัดทำขึ้นโดยใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 เป็นกรอบอ้างอิง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศให้สามารถบรรลุเป้าหมายของการสร้างระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ซึ่งสาระสำคัญ ประกอบด้วย การพัฒนาสุขภาพและการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับสุขภาพ มีระบบภูมิคุ้มกันที่ดี มีความสมดุลพอดี การรู้เท่าทันโลก และการรู้จักพอประมาณอย่างมีเหตุผล นอกจากนี้ประเด็นที่เกี่ยวกับภาพลักษณ์ของสังคมและระบบสุขภาพที่พึงประสงค์นั้นมีลักษณะเป็นระบบสุขภาพเชิงรุกที่มุ่งการสร้างเสริมสุขภาพดีของประชาชน¹

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ได้นำไปสู่การปฏิบัติระหว่างปี พ.ศ. 2545 ถึงปี พ.ศ. 2549 และได้ส่งผลที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างมากต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของลองเกสต์ (Longest) ที่เสนอว่า ผลของนโยบายสุขภาพมี 3 ระดับคือผลต่อ ระบบบริการสุขภาพ (health service systems) องค์กรด้านสุขภาพ (health-related organizations) และปัจเจกบุคคล (individuals)² ผลของแผนพัฒนา

สุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบสุขภาพมากมายเช่น ตามยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาหลักประกันด้านสุขภาพและคุณภาพ โดยมีเป้าหมายที่จะให้ประชาชนไทยทุกคนมีหลักประกันด้านสุขภาพนั้น ได้ส่งผลให้รัฐบาลมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือที่เรียกว่า โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค และเมื่อถึงปี พ. ศ. 2547 ประชากรไทยประมาณร้อยละ 94.3 มีหลักประกันสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งจากหน่วยงานของรัฐเป็นต้น³ แสดงให้เห็นว่า นโยบายกำลังคนด้านสุขภาพนับเป็นผลกระทบอีกด้านหนึ่งที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบและคุณภาพการบริการสุขภาพ ซึ่งจะต้องตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพอย่างทันทั่วทั้งนี้ นอกจากนี้ การดำเนินงานด้านสุขภาพตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 มีผลต่อวิชาชีพการพยาบาลทั้งทางด้านการวางแผน กำลังคน การปรับเปลี่ยนการปฏิบัติการพยาบาลให้มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การปรับบทบาทของพยาบาลเป็น 2 ระดับคือระดับพื้นฐานและระดับสูง รวมทั้งการให้บริการพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพควรจะต้องสนใจในการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขในระดับชาติ นอกจากนี้ พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องนโยบายสาธารณะและกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ เพื่อจะได้นำเอาความรู้เหล่านั้นเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการและการกำหนดนโยบายสุขภาพได้อีกด้วย

ความหมายของนโยบายสาธารณะได้มีผู้ให้นิยามไว้หลากหลายเช่น นโยบายสาธารณะ เป็นการตัดสินใจ (authoritative decision) หรือกิจกรรมของรัฐที่เลือกกระทำหรือไม่กระทำ เป็นชุดของการกระทำที่มีแบบแผนอย่างเป็นระบบ เป็นอำนาจของ

ผู้นำทางการเมือง มีเป้าหมายในการตอบสนองประชาชน ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบ⁴ จะเห็นได้ว่า นโยบายสาธารณะจะมุ่งเน้นกระบวนการที่มีแบบแผน มีการกระทำอย่างต่อเนื่อง มีการสานต่ออย่างสม่ำเสมอ และอาจก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบ

พยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุดและเป็นกลุ่มสำคัญที่จะต้องมีความรู้ในกระบวนการนโยบายและมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสุขภาพของชาติ เพราะนอกจากจะต้องเป็นผู้รับนโยบายมาปฏิบัติแล้ว พยาบาลยังปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เป็นแหล่งฝึกของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งพยาบาลจะมีส่วนเป็นผู้ร่วมนิเทศและเป็นแบบอย่างที่ดีแก่พยาบาลรุ่นใหม่ จึงควรมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายเพื่อที่จะใช้ในการนิเทศนักศึกษา และพยาบาลใหม่ และควรมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติ แต่ก็พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติ เหตุที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายต่านั้นอาจเนื่องมาจาก พยาบาลมีภาระงานที่หนัก พยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่งมักไม่ค่อยสนใจในการกำหนดนโยบายระดับชาติและมองว่าเป็นเรื่องทางการเมือง และกระบวนการทางการเมืองซึ่งมีความซับซ้อน⁵ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในต่างประเทศโดย โอเดน ไพรซ์ อัลเทนเนเดอร์ บอร์ดเลย์ อุโบคุดอม (Oden, Price, Alteneder, Boardley & Ubokudom) พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ (59.6 เปอร์เซ็นต์ของผู้ตอบแบบสอบถาม) มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางการเมืองเพียง 3 ครั้ง หรือน้อยกว่า กิจกรรมที่พยาบาลมีส่วนร่วมมากที่สุดอันดับแรกคือ การลงคะแนนเลือกตั้ง⁶ สำหรับในประเทศไทย มีการศึกษาพบว่า เพียงร้อยละ 44 ของผู้บริหารการ

พยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปที่มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและการวางแผนกำลังคนในระดับโรงพยาบาล⁷ ปัญหาพยาบาลขาดความตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องที่เกี่ยวกับนโยบาย และขาดความรู้ในเรื่องกระบวนการกำหนดนโยบายเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในสังคมพยาบาลในประเทศต่างๆ ซึ่งไวท์เฮด (Whitehead) กล่าวว่าพยาบาลขาดความตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องเกี่ยวกับนโยบายและขาดความรู้ในเรื่องกระบวนการกำหนดนโยบาย รวมถึงการพัฒนาบทบาททางด้านการเมือง⁸ ดังนั้น จึงเห็นได้ว่าแม้พยาบาลจะเป็นกลุ่มวิชาชีพที่ให้บริการด้านสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุดแต่พยาบาลก็มีส่วนร่วมน้อยในกระบวนการทางการเมืองในระดับชาติ⁹ และจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการวิจัยที่ศึกษาความรู้เกี่ยวกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติในพยาบาลไทย

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐเป็นหน่วยงานที่มีอิสระในการกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติของตนเองในแต่ละแห่ง และมีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว การมีส่วนร่วมของพยาบาลเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้ได้นโยบายที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานของตน จึงอาจไม่เหมือนกับโรงพยาบาลในสังกัดอื่น และจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับกระบวนการนโยบาย และการมีส่วนร่วมในนโยบายสุขภาพแห่งชาติของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความรู้เกี่ยวกับกระบวนการนโยบาย และการมีส่วนร่วมในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยการใช้กรอบกระบวนการนโยบายสาธารณะของ ลองเกสท์¹⁰ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ทั้งนี้เนื่องจากกรอบ

กระบวนการนโยบายสาธารณะของลองเกสต์ที่มีความครอบคลุมกระบวนการทั้งหมด ทำให้มองเห็นปัจจัยและขั้นตอนต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายอย่างชัดเจน ซึ่งผลการศึกษจะสามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้นำและผู้บริหารการพยาบาลในการพัฒนาบุคลากรพยาบาลให้มีความตระหนักถึงความสำคัญความรู้ และความสามารถในการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ และเพื่อเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่พยาบาลที่มีความสนใจในการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสุขภาพต่างๆ ในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
2. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดกระบวนการกำหนดนโยบายของลองเกสต์ (Longest) ซึ่งเป็นการศึกษา ความรู้และการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการกำหนดแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 ใน 3 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นการก่อตัวนโยบาย (policy formulation) ซึ่งต้องมีการประเมินปัญหา กำหนดประเด็นปัญหา และเสนอแนวทางแก้ปัญหา ในระยะนี้ พยาบาลต้องทำการตัดสินใจเพื่อที่นำสู่กฎหมายสาธารณะ 2) ขั้นการนำเอนโยบายไปปฏิบัติ (policy implementation) ในระยะนี้ประกอบไปด้วย กิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างกฎ ระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ (rule making) และการนำไปปฏิบัติ (operation) ซึ่ง

ในระยะนี้บทบาทที่สำคัญของพยาบาลคือการนำนโยบายสุขภาพไปปฏิบัติและ 3) ขั้นการปรับเปลี่ยนนโยบาย (policy modification) คือระยะในการให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งอาจมีผลต่อการปรับเปลี่ยนนโยบาย²

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากรการวิจัยได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ 9 แห่งทั่วประเทศ จำนวน 7,619 คน การกำหนดขนาดตัวอย่างโดยคำนวณขนาดของตัวอย่างจากสูตรของยามานะ¹⁰ ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 378 คน และเพื่อป้องกันการได้รับแบบสอบถามคืนไม่ครบผู้วิจัยเพิ่มการส่งแบบสอบถามอีกร้อยละ 20 เป็น 460 คน¹¹ การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดสัดส่วนขนาดตัวอย่างของพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลแต่ละแห่งกับสัดส่วนของประชากร แล้วสุ่มเลือกตัวอย่างจากโรงพยาบาลแต่ละแห่งโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความรู้และการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติ ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการกำหนดนโยบายของลองเกสต์ (Longest) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสุขภาพ เป็นข้อคำถามปลายปิดแบบถูก-ผิด จำนวน 36 ข้อ และ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 39 ข้อ แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน นำมาคำนวณค่าดัชนีความตรง (content validity index) ได้ค่าเท่ากับ .86 และ .94 ตามลำดับ และทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ค่า KR-20

และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายเท่ากับ .81 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติเท่ากับ .90

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามให้ผู้ประสานงานซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแต่ละแห่งทางไปรษณีย์ เพื่อทำการสุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลากรายชื่อพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแต่ละแห่งตามจำนวนที่ผู้วิจัยได้กำหนดสัดส่วนไว้แล้ว และแจกแบบสอบถามพร้อมทั้งรวบรวมส่งกลับคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์ ซึ่งได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 378 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 82.17 และได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ การหาค่าร้อยละ การหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยของรัฐทุกแห่ง ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่ส่งแบบสอบถามกลับคืนหรือไม่ตอบคำถามในข้อที่ไม่ต้องการเปิดเผยโดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน และข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีดังนี้

1.1 พยาบาลวิชาชีพเป็นเพศหญิงร้อยละ 97.35 อายุเฉลี่ย 37 ปี (SD = 7.58) อายุอยู่

ระหว่าง 22-30 ปี ร้อยละ 37.30 จบการการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีร้อยละ 81.22 มีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาล 1-5 ปีจำนวนร้อยละ 26.72 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลประจำการร้อยละ 85.71

1.2 พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.61) ไม่มีประสบการณ์ในการจัดทำนโยบายสุขภาพ และไม่มีส่วนร่วมในการจัดทำนโยบายสุขภาพในปัจจุบันร้อยละ 44.71 พยาบาลวิชาชีพจำนวนร้อยละ 63.53 สนใจที่จะมีส่วนร่วมในการจัดทำนโยบายสุขภาพในระดับปานกลาง และร้อยละ 55.56 รับรู้ระดับการมีส่วนร่วมจัดทำนโยบายสุขภาพที่ควรกระทำอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 93.92 ไม่เคยได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพ

1.3 พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมทางการเมืองอยู่ในระดับปานกลางและน้อยจำนวนร้อยละ 48.68 และ 44.44 ตามลำดับ โดยมีส่วนร่วมในการลงคะแนนเสียงเลือกตั้ง สส. สว. ฯลฯ เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.56)

2. พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.49) มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยเมื่อจำแนกตามรายด้านพบว่าร้อยละ 93.65 ของพยาบาลทั้งหมด มีความรู้ด้านการนำเอานโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 50.53 มีความรู้ด้านการจัดทำนโยบายอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 27.51 มีความรู้ด้านการปรับนโยบายอยู่ในระดับสูง (ดังแสดงในตารางที่ 1) และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสุขภาพโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 28.31$, SD = 3.90) คะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านการจัดทำนโยบายอยู่

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสุขภาพในแต่ละด้านและโดยรวม (n = 378)

ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสุขภาพ	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของความรู้				
	ต่ำมาก	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	สูงมาก
ด้านการจัดทำนโยบาย	4 (1.06)	28 (7.41)	121 (32.01)	191 (50.53)	34 (8.99%)
การนำนโยบายไปปฏิบัติ	6 (1.59)	2 (0.53)	6 (1.59)	10 (2.65)	354 (93.65%)
การปรับเปลี่ยนนโยบาย	75 (19.84)	73 (19.31)	61 (16.14)	104 (27.51)	65 (17.20%)
คะแนนโดยรวม	5 (1.32)	8 (2.12)	55 (14.55)	240 (63.49)	70 (18.52%)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้เกี่ยวกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ความรู้เกี่ยวกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติ	Range	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการจัดทำนโยบาย	1 - 21	15.72	2.38	สูง
การนำนโยบายไปปฏิบัติ	0 - 9	8.61	1.22	สูงมาก
การปรับเปลี่ยนนโยบาย	0 - 6	3.98	1.49	ปานกลาง
รวม	7 - 36	28.31	3.90	สูง

ในระดับสูง ($\bar{X} = 15.72$, $SD = 2.38$) ด้านการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับสูงมาก ($= 8.61$, $SD = 1.22$) ด้านการปรับนโยบายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.98$, $SD = 1.49$) (ดังแสดงในตารางที่ 2)

3. พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.42) ไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติโดยรวม เมื่อจำแนกตามรายด้านพบว่า พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 83.33 ไม่มีส่วนร่วมในการจัดทำนโยบาย ร้อยละ 75.13 ไม่มีส่วนร่วมในการนำนโยบายสุขภาพไปปฏิบัติ และร้อยละ 70.10 ไม่

มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนนโยบายสุขภาพ (ดังแสดงในตารางที่ 3) และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในนโยบายสุขภาพแห่งชาติโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าอยู่ในระดับไม่มีส่วนร่วม ($\bar{X} = 54.31$, $SD = 21.37$) คะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมด้านการจัดทำนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติด้านการปรับเปลี่ยนนโยบายอยู่ในระดับไม่มีส่วนร่วม ($\bar{X} = 25.30$, 23.62 , และ 5.39 ตามลำดับ และ $SD = 10.38$, 10.38 และ 2.58 ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติในแต่ละด้านและโดยรวม (n = 378)

การมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของการมีส่วนร่วม			
	ไม่มีส่วนร่วม	น้อย	ปานกลาง	มาก
ด้านการจัดทำนโยบาย	315 (83.33%)	43 (11.38%)	17 (4.05%)	3 (0.79%)
การนำไปปฏิบัติ	284 (75.13%)	60 (15.87%)	23 (6.08%)	11 (2.91%)
การปรับเปลี่ยนนโยบาย	299 (70.10%)	46 (12.17%)	21 (5.56%)	12 (3.17%)
คะแนนโดยรวม	304 (80.42%)	53 (14.02%)	16 (4.23%)	5 (1.32%)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ความรู้เกี่ยวกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติ	Range	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการจัดทำนโยบาย	19-76	25.30	10.38	ไม่มีส่วนร่วม
การนำเอานโยบายไปปฏิบัติ	16-64	23.62	10.38	ไม่มีส่วนร่วม
การปรับเปลี่ยนนโยบาย	4-16	5.39	2.58	ไม่มีส่วนร่วม
รวม	39-156	54.31	21.37	ไม่มีส่วนร่วม

การอภิปรายผล

1. ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 63.49) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ความรู้ในด้านการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับสูงมากร้อยละ 93.65 ในขณะที่ความรู้ด้านการจัดทำนโยบาย และความรู้ด้านการปรับเปลี่ยนนโยบายอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50.53 และ 27.51 ตามลำดับ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพ (ร้อยละ 65.21) การได้มีโอกาส

ศึกษาเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และมีโอกาสแสวงหาความรู้เพิ่มเติมจากหนังสือ ตำรา สื่อสิ่งพิมพ์ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ ซึ่งสามารถเข้าถึงได้ง่ายในปัจจุบัน นอกจากนี้ประสิทธิภาพการทำงานยังอาจมีผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสุขภาพโดยการเรียนรู้ด้วยตนเองได้ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสิทธิภาพการทำงานทางการพยาบาลเฉลี่ย 14.28 ปี (SD = 7.86) แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการ (ร้อยละ 85.71) ก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสปิตเซอร์และโกแลนเดอร์ (Spitzer &

Golander) ที่ศึกษาระดับความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศอิสราเอล พบว่า ประสบการณ์การทำงาน (extensive work experiences) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความรู้¹²

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสปิตเซอร์, และคณะ (Spitzer, et al.) ที่พบว่าความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศอิสราเอลอยู่ในระดับปานกลาง และค่อนข้างสูง¹³ ในทางตรงกันข้ามผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างจากการศึกษาของสปิตเซอร์และโกลแลนเดอร์ (Spitzer & Golander) ที่พบว่าความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศอิสราเอลอยู่ในระดับต่ำ และค่อนข้างปานกลาง¹² เช่นเดียวกับการศึกษาของฮอลโทรบ ไพร์ซ และบรอดเลย์ (Holtrop, Price, & Boardley) ที่ศึกษาพบว่าพยาบาลผู้ให้ความรู้รับรู้ว่าตนมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการเปลี่ยนแปลงนโยบายในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 3.54$, $SD = 1.17$)¹⁴ และการศึกษาของ โอเดน ไพร์ซ อัลเทนเนเดอร์ บอร์ดเลย์ และ อุโบคุม ที่ศึกษาพบว่าพยาบาลเวช นโยบายในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.43$, $SD = 1.11$)⁶

2. การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีส่วนร่วมเกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติโดยรวม ด้านการจัดทำนโยบาย ด้านการนำไปปฏิบัติ และด้านการปรับเปลี่ยนนโยบาย (ร้อยละ 80.42, 83.33, 75.13 และ 70.10 ตามลำดับ) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาค้นคว้าส่วนใหญ่เป็นพยาบาลประจำการ (ร้อยละ 85.71) ซึ่งพยาบาลประจำการเป็นผู้มีหน้าที่

รับผิดชอบหลักในการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งการประเมินภาวะของผู้ป่วย วางแผนและประเมินผลการพยาบาล อีกทั้งงานที่ได้รับมอบหมายอื่นๆ อีก เช่น งานพัฒนาคุณภาพ งานวิชาการ งานวิจัย หรือกิจกรรมอื่นๆ สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้พยาบาลมีเวลาน้อยในการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายดังที่บรูคส์ (Brooks) กล่าวว่าพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับความคาดหวังจากหน่วยงานในการปฏิบัติหน้าที่ที่ตนรับผิดชอบจึงขาดโอกาสในการแสวงหาทักษะที่จำเป็นในการกำหนดนโยบาย¹⁵

นอกจากนี้ การเป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการยังทำให้โอกาสในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสุขภาพมีน้อย เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายจะเป็นระดับผู้บริหาร ซึ่งจะได้จากมีพยาบาลวิชาชีพเพียงร้อยละ 10.05 เท่านั้น ที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยขึ้นไป ซึ่งถือเป็นระดับผู้บริหารขององค์กรที่มีโอกาสรับทราบข้อมูลและมีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายมากกว่าพยาบาลประจำการ จึงพบว่าในภาพรวมพยาบาลไม่มีส่วนร่วมเกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้พยาบาลมักถูกมองว่าเป็นระดับปฏิบัติ ไม่ใช่ระดับจัดทำแผนนโยบาย จึงไม่ค่อยมีผู้ที่ชักชวนเข้าร่วมในการกำหนดนโยบาย โดยเฉพาะนโยบายระดับชาติ

รวมทั้งอาจเนื่องจากปัญหาอุปสรรคและการขาดการสนับสนุนจากหลายๆ ประการ เช่น การปฏิบัติงานในเวรбая เวรตึกทำให้ขาดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ การขาดการสนับสนุนทางด้านงบประมาณ และการไม่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ดังจะเห็นได้จาก ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมของกลุ่มตัวอย่างที่ระบุว่า ไม่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และขาดการประชาสัมพันธ์อย่าง

ทั่วถึง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เดส จาร์ดิน (Des Jardin as cited in Boswell, Cannnon, & Miller) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมในนโยบายของพยาบาลน้อยเนื่องจากข้อจำกัดของเวลา ขาดทรัพยากร ขาดแบบอย่าง ขาดการสนับสนุนจากกลุ่ม⁵ และการศึกษาของ โอเดน ไพร์ช แอทเทนเนเดอร์ บรอดลีย์ และยูโบคุดอม (Oden, Price, Atteneder, Boardley, & Ubokudom) ที่พบว่า อุปสรรคในการมีส่วนร่วมในนโยบายสาธารณะของพยาบาลเวชปฏิบัติคือ ไม่มีเวลา ขาดงบประมาณและทรัพยากรต่างๆ⁶ ตลอดจนอาจเนื่องจากมีผู้นำทางการพยาบาลจำนวนไม่มากนักที่จะชักจูงพยาบาลให้เข้าไปมีส่วนร่วมและมีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายได้ ดังที่ แลงค์ และชีค (Lange & Cheek) กล่าวว่าสาเหตุที่พยาบาลไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำนโยบาย มาจากการขาดทิศทางที่ชัดเจนในภาวะผู้นำ และขาดความรู้และทักษะในการพัฒนานโยบาย¹⁶ และสอดคล้องกับที่ เบนเนตต์ (Bennett) ได้ย้ำถึงความสำคัญของภาวะผู้นำของพยาบาลว่าพยาบาลไม่เพียงแต่จะเป็นผู้นำเอานโยบายไปปฏิบัติเท่านั้น แต่จะต้องมีอิทธิพลในการกำหนดหรือปรับนโยบายด้วย ซึ่งเบนเนตต์ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำนโยบายทั้งในระดับจุลภาคและมหภาค ต้องพยายามกระตุ้นส่งเสริมพยาบาลให้ใช้วิธีการมีอิทธิพล (influence policy) และปรับนโยบาย (shape policy)¹⁷

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษครั้งนี้ยังมีความแตกต่างจากคำกล่าวของแลงค์ และชีค (Lange & Cheek) ที่อ้างว่าการที่พยาบาลไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำนโยบาย เกิดจากการขาดความรู้และทักษะในการพัฒนานโยบาย¹⁶ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของโอเดน ไพร์ช แอทเทนเนเดอร์

บรอดลีย์ และยูโบคุดอม (Oden, Price, Atteneder, Boardley, & Ubokudom) ที่ศึกษาพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการมีส่วนร่วม ในกระบวนการนโยบาย ($r = .45, p < .001$)⁶ และการศึกษาของฮอลโทรบ ไพร์ช และบรอดลีย์ (Holtrop, Price, & Boardley) ที่ศึกษาพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบาย ($r = .63, p < .001$)¹⁴

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้นำทางการพยาบาลควรจะเป็นผู้รณรงค์และกระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสุขภาพให้มากขึ้น จากข้อคำถามวิจัยข้อ พบว่าพยาบาลยังมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องช่องทางในการเข้าร่วมในกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติน้อย หน่วยงานหรือองค์กรวิชาชีพการพยาบาลควรมีการจัดอบรมให้พยาบาลได้รับรู้ถึงช่องทางในการเข้าร่วมในกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติให้มากขึ้น เช่น การใช้วิธีการลอบบี้และการเสนอข้อต่อรองแก่นักการเมืองเพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายที่ต้องการ และบุคคลสามารถยื่นเสนอประเด็นนโยบายสุขภาพต่อรัฐบาลได้โดยตรง ไม่ใช่เฉพาะแต่กระทรวงสาธารณสุขหรือองค์กรทางสุขภาพเท่านั้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติของพยาบาลวิชาชีพ
2. ควรศึกษาภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาลกับการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติของพยาบาลวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9. วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข 2001; 4: 49-167.
2. Longest BB. **Health policy making in the United States: 2nd Edition**. Chicago: Health Administration Press, 2002.
3. สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544 - 2547. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและครุภัณฑ์; 2548.
4. สมบัติ อารังธัญวงศ์. นโยบายสาธารณะ: แนวคิด การวิเคราะห์ และกระบวนการ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ เสมาธรรม; 2548.
5. Boswell C, Cannon S, Miller J. Nurses' political involvement: responsibility versus privilege. **J Prof Nurs** 2005; 21: 5-8.
6. Oden LS, Price JH, Alteneder R, Boardley D, Ubokodom SE. Public policy involvement by nurse practitioners. **J Community Health** 2000; 25: 139-55.
7. จรัสศรี ลัดดาพันธ์. การปฏิบัติของผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปเกี่ยวกับนโยบายและการวางแผนกำลังคนทางด้านการพยาบาล, 2549.
8. Whitehead D. The health-promoting nurse as a health policy career expert and entrepreneur. **Nurse Educ Today** 2003; 23: 585-92.
9. Winter MK, Lockhart JS. From motivation to action: understanding nurses' political involvement. **Nurs Health Care Perspect** 1997; 18: 244-50.
10. Yamane T. **Statistic: An introductory analysis: 3rd Edition**. New York: Harper & Row; 1973.
11. Polit DE, Hungler BP. **Nursing research: Principle and methods**. Philadelphia: J. B. Lippincott; 2001.
12. Spitzer A, Golander H. Israeli nurses' knowledge of health care reforms. **J Adv Nurs** 2001; 36: 175-87.
13. Spitzer A, Perrenoud B, Desaulles C, Camus D, Van Gele P, Perier J. Swiss nurses' knowledge related to health care reforms: an exploratory study. **J Adv Nurs** 2002; 38: 329-40.
14. Holtrop JS, Price JH, Boardley DJ. Public policy involvement by health educators. **American Journal of Health Behavior** 2000; 24: 132-142.
15. Brooks F. Nursing and public participation in health: an ethnographic study of a patient council. **International Journal of Nursing Studies** 2008; 45: 3-13.
16. Lange A, Cheek J. Health policy and the nursing profession: a deafening silence. **Int J Nurs Pract** 1997; 3: 2-9.
17. Bennett H. Leadership in children's nursing: impact on policy. **Paediatric Nursing** 2004; 16: 28-31.

Knowledge and Involvement of Professional Nurses in the University Hospitals Regarding National Health Policy

Bunpitcha Chitpakdee Ph.D.**

Pongsri Keitlertnapha Ed.D.***

Abstract: Public health policies have influenced on nursing and midwifery profession, nursing practice, and health care services. This research was conducted to identify the knowledge regarding health policy process and involvement of professional nurses in the national health policy-making process among professional nurses working in the university hospitals. The sample of this study included 378 professional nurses whom were selected by using simple random sampling by proportion from each hospital. The research instruments were developed by researchers. The questionnaire consisted of participants' demographic data, knowledge regarding policy-making process, and involvement of professional nurses in the national health policy which were validated by five experts. The content validity were .86 and .94, respectively, whereas the reliability, testing by KR-20 and Cronbach' alpha coefficient were .81 and .90, respectively. The descriptive statistics - frequency, mean, and SD - were used to identify the research results.

The study found that more than half of professional nurses (63.49 %) had the knowledge regarding policy-making process in the high level while the majority group (93.65 %) had knowledge regarding policy implementation process in the very high level. About half of professional nurses (50.53 %) had knowledge regarding policy formulation in the high level whereas only 27.51 percent of them had knowledge regarding policy modification in the high level. The majority group of professional nurses, with percentages of 80.42, 83.33, 75.13, and 70.10 had never participated in the national health policy-making process, policy formulation, policy implementation, and policy modification, respectively.

Nursing administrators can use the result of this study as the data bases for empowering professional nurses to increase participating in health policy process as well as nursing professional organizations should provide training and continuous education courses in order to educate professional nurses about the channel of national health policy process involvement.

Thai Journal of Nursing Council 2009; 24(3) 70-80

Keyword: Knowledge regarding health policy, National health policy involvement, Professional nurses in university hospitals

*Research Fund: Nursing Policy and Outcome Center, Faculty of Nursing, Chiang Mai University.

**Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University.

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University