



สมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาล เขตภาคเหนือ

Health Promotion Competency and Practice among Nurses, the North Region

วิภาดา	คุณาวิกติกุล	Ph.D.*	Wipada	Kunaviktikul	Ph.D.*
อรอนงค์	วิชัยคำ	Ph.D.**	Orn-anong	Wichaikhum	Ph.D.**
อภิรดี	นันทศุภวัฒน์	ปร.ด.***	Apiradee	Nantsupawat	Ph.D.***
สมใจ	ศิระกมล	ปร.ด.***	Somjai	Sirakamon	Ph.D.***
เจียรนัย	โพธิ์ไทรย์	วทม.****	Jiaranai	Bhosai	MS.c.***
พิมประพรรณ	สถาพรพัฒน์	พย.ม.*****	Pimprapan	Sathapornpat	MN.S.*****
ดรณศรี	สิริยศารัง	พย.ม.*****	Daroonsri	Siriyosthumrong	MN.S.*****

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพในเขตภาคเหนือทั้ง 17 จังหวัด กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 5,323 คน เครื่องมือวิจัยเป็น แบบสอบถามระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรอตตาวา ความเชื่อมั่นของเครื่องมือทดสอบในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิได้เท่ากับ 0.98 - 0.95, 0.97 - 0.88, และ 0.97 - 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมรรถนะด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพและด้านปฏิบัติการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 55.98 และ 55.74 ตามลำดับ) ส่วนสมรรถนะด้านบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนาภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพและด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 49.02, 54.98 และ 66.17 ตามลำดับ) ส่วนการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 5 ด้านตามกรอบกฎบัตรอตตาวาพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพในด้าน การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อ

* คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Dean, faculty of nursing, Chiang Mai university

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Instructor, faculty of nursing, Chiang Mai university

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** assistant professor, faculty of nursing, Chiang Mai university

**** นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

**** President of the Nurses, Association Thailand, Northern Office

***** รองผู้อำนวยการ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลนครพิงค์

***** Deputy Director of Nursing Department, Nakomping Hospital

***** ผู้ตรวจการ งานการพยาบาลโรงพยาบาลนครเชียงใหม่

***** Head of Nursing, Maharaj nakorn Chiangmai Hospital



สุขภาพ การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับระบบบริการสุขภาพ (ร้อยละ 33.21, 44.49, 36.52, และ 45.14 ตามลำดับ) และได้ปฏิบัติตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพเป็นรายปี (ร้อยละ 35.01) ผลการศึกษานี้จะเป็นแนวทางในการส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะด้านการพัฒนาภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพและด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ อีกทั้งส่งเสริมบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น

คำสำคัญ สมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ การปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ พยาบาล ภาคเหนือของประเทศไทย

Abstract

This descriptive study aimed to explore health promotion competency and practice among nurses from all 17 provinces of the north region of Thailand. The sample included 5,323 professional nurses. Research instruments consisted of the Health Promotion Competency Questionnaire and the Health Promotion Practice Based on Ottawa Charter. The reliabilities were 0.98-0.95, 0.97-0.88, and 0.97-0.96, for the primary, secondary, and tertiary care settings respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results revealed that the majority of the sample rated their personal characteristics in health promotion competency and activity in health promotion competency at an expert level (55.98% and 55.74%, respectively). The following were rated at a basic level: management in health promotion, development of health promotion network, and research and knowledge management competencies were majorly at a basic level (49.02 %, 54.98 % and 66.17 % , respectively). The majority did not perform health practice including building healthy public policy, strengthening community action developing personal skills, and reorienting health services at all (33.21%, 44.49%, 36.52%, and 45.14%, respectively). About 35.01 % of the sample performed health promotion practices yearly. The results of this study can be used as guidelines to enhance the development of health promotion networks and research and knowledge management competencies, as well as to promote health promotion practices.

Key words: health promotion competency, health promotion practice, nurses, the North region of Thailand



ความสำคัญของปัญหาวิจัย

กระแสร่างสุขภาพ เป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับประชาคมโลก และมีความสำคัญต่อการสร้างสุขภาพที่เป็นที่ยอมรับและมีการพัฒนามาโดยตลอดทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ โดยความร่วมมือของนานาชาติ เริ่มต้นจากการให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐาน (International Primary Health Care Conference, 1978, Alma-Ata Kazakhstan) กว่า 30 ปีที่ผ่านมา เน้นการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ การดูแลปฐมภูมิ และการร่วมมือกับทุกภาคส่วน ต่อมา ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้แนวคิดสร้างนำซ่อม โดยการออกกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) (พ.ศ. 2528) และได้มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย ส่วนที่สำคัญประกอบด้วยยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ประการ คือ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับระบบบริการสุขภาพ ต่อมาในปีพ.ศ. 2548 จากการประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลกในประเทศไทย ได้มีการออกกฎบัตรกรุงเทพ (Bangkok Charter) และได้เสนอแนวทางการก้าวสู่สุขภาพดีประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 3 ประการคือ 1) การมีกิจกรรมการเมืองที่เข้มแข็ง 2) การมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง 3) การสร้างกระแสทางสังคมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนโดยประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 5 ประการ คือ 1) การสร้างกระแสทางสังคมเพื่อสุขภาพบนพื้นฐานของสิทธิมนุษยชนและการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน 2) การลงทุนด้วยการกำหนดนโยบาย แนวปฏิบัติและโครงสร้างพื้นฐานที่มีผลต่อปัจจัยกำหนดภาวะสุขภาพอย่างยั่งยืน 3) การสร้างศักยภาพ 5 ด้าน ได้แก่ การพัฒนานโยบาย ภาวะผู้นำ การดำเนินงาน องค์ความรู้ และการวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ 4) การสร้างพันธมิตรด้านสุขภาพ และ 5) การใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยและเกื้อกูลให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงการมีสุขภาพดีอย่างเท่าเทียมกัน (ประกาศกฎบัตรกรุงเทพ, มมป) และต่อมาได้บรรจุเป็นวาระแห่งโลกที่ทุกประเทศยอมรับเพื่อนำสู่การปฏิบัติด้วยการใช้กลไกองค์กรนานาชาติในการผลักดันแนวคิดและการปฏิบัติ

เพื่อให้ทุกประเทศร่วมกันส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง

การส่งเสริมสุขภาพสามารถบูรณาการในการบริการสุขภาพทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ (primary care) ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ระดับทุติยภูมิ (secondary care) ทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน และระดับตติยภูมิ (tertiary care) ในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยโดยระยะนี้จะเน้นการเตรียมผู้ป่วยและญาติให้ได้รับความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายที่มีโรคเรื้อรังมากกว่าสองโรคขึ้นไปจะต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันผลกระทบจากภาวะที่เกิดจากโรคเรื้อรัง ซึ่งจะรวมถึงการดูแลระยะยาวในผู้ป่วยเรื้อรัง และการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย ให้มีคุณภาพชีวิตตามภาวะสุขภาพและยอมรับได้ การให้บริการจะเน้นที่การสร้างเสริมสุขภาพ

ในประเทศไทย สมรรถนะผู้ประกอบการวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่สภาการพยาบาลกำหนดคือสมรรถนะด้านที่ 2 ที่เน้นเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ที่กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพมีการสร้างเสริมสุขภาพ (สภาการพยาบาล, 2553) อย่างไรก็ตามในการปฏิบัติงาน พบว่าภาระงานส่วนใหญ่ยังเน้นการดูแลรักษาผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับผู้ปฏิบัติวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ โดยยังขาดการบูรณาการการส่งเสริมสุขภาพในการให้บริการแต่ละระดับ การดำเนินการปรับเปลี่ยนให้พยาบาลมีบทบาทและสมรรถนะในการเป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ จึงต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบครอบคลุมกลุ่มนักศึกษาที่อยู่ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ (pre-service) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการอยู่ในระบบสุขภาพ (in-service) กลุ่มพยาบาลเฉพาะทางด้านต่างๆ ได้มีการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละกลุ่ม และแต่ละระดับของการดูแลสุขภาพ ปัจจุบันมีพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนรับใบประกอบวิชาชีพประมาณ 180,778 คน (สภาการพยาบาล, 2558) ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพซึ่งกระจายอยู่ในหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในแต่ละปีสถาบันการศึกษาพยาบาล สามารถผลิตพยาบาล



ได้ประมาณ 6,000 คน (วิจิตร ศรีสุพรรณ และกฤษฎา แสงดี, 2555) ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีทุนทางสุขภาพและสังคมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพอยู่มาก หากการใช้ทรัพยากรเหล่านี้ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรมและมีส่วนร่วมจะทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างโดดเด่นและสอดคล้องกับทิศทางการสร้างเสริมสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายได้

สภาการพยาบาลจึงได้กำหนดมาตรฐานหลักของบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2544 มีเป้าหมายหลักเพื่อให้ผู้รับบริการ มีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ต้องใช้กระบวนการพยาบาลแก่ผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวมทั้งในระดับบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชน ตามศาสตร์และศิลปะการพยาบาลในด้านการส่งเสริมสุขภาพ (สภาการพยาบาล, 2558) อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติพยาบาลปฏิบัติบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพมากนักน้อยแตกต่างกันไป เช่น พยาบาลที่ทำงานในระดับปฐมภูมิอาจได้ปฏิบัติงานด้านนี้มากกว่าพยาบาลในระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิที่เน้นด้านการรักษามากกว่าสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพคือ ความรู้ ความสามารถของพยาบาลต่อการสร้างเสริมสุขภาพในด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การบริหารจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาภาคีเครือข่ายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการวิจัยและการจัดการความรู้ (ศิริพร ชัมภลิต และคณะ, 2550) ที่ผ่านมามีการศึกษาเรื่องสมรรถนะที่จำเป็นในการสร้างเสริมสุขภาพที่จำเป็นมากที่สุดของพยาบาลระดับปริญญาตรีด้านความรู้ ความสามารถส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพพบว่า สมรรถนะของพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปริญญาตรี เมื่อคิดจากคะแนนเฉลี่ยรายชื่อ คือ การมีทัศนคติที่ดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ($\bar{x} = 3.62$) อันดับที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยรายชื่อเท่ากัน 3 ข้อ ($\bar{x} = 3.50$) ได้แก่ การปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาตนเองโดยการหาความรู้อย่าง

ต่อเนื่อง และการให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ในการศึกษาเดียวกันนี้สมรรถนะของพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปริญญาโทที่จำเป็นมากที่สุดอันดับแรก ได้แก่ การมีทัศนคติที่ดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ($\bar{x} = 3.79$) อันดับที่ 2 มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน 4 ข้อ ($\bar{x} = 3.76$) ได้แก่ มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิด/หลักการ/ทฤษฎีด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เขียนโครงการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงด้านสุขภาพได้ และกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของงาน เพื่อประเมินผลงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้ (ยุวดี ฤาชา และคณะ, 2549)

ต่อมาศิริพร ชัมภลิต และคณะ (2550) ได้ศึกษาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาปริญญาโทครอบคลุม 5 ด้านได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การบริหารจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาภาคีเครือข่ายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการวิจัยและการจัดการความรู้ พบว่า จากคะแนนเต็ม 5 ของทั้งนักศึกษาปริญญาโทและอาจารย์พยาบาลพบว่าการประเมินสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 3.64 และ 3.78 ตามลำดับ โดยนักศึกษาให้คะแนนด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพสูงที่สุด ในขณะเดียวกัน อาจารย์ให้คะแนนด้านการปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสูงที่สุด

จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงว่า การศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทยมีการใช้แนวคิดที่หลากหลาย สมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพที่จำเป็นหรือสำคัญได้แก่ ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพสูงที่สุด ด้านการปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การมีทัศนคติที่ดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงการให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อให้บริการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม เป็นต้น

ส่วนในด้านการปฏิบัติบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลยังมีการศึกษาน้อยมาก จากการประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจากประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ บังกลาเทศ อินเดีย อินโดนีเซีย



มัลดีฟส์ ศรีลังกา และไทย ในปี 2551 ณ กรุงนิวเดลี ได้ข้อสรุปการส่งเสริมสุขภาพให้เกิดสัมฤทธิ์ผลจำเป็นต้องมีเกณฑ์มาตรฐานการปฏิบัติงานตามกฎบัตรกรุงเทพฯ (2548) เช่น การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มีเกณฑ์มาตรฐานคือ การระบุเหตุผลความสำคัญของนโยบายสาธารณะ กฎระเบียบต่างๆ ที่มีส่วนส่งเสริมและคุ้มครอง สุขภาพประชาชน การประเมินอย่างเป็นระบบในแง่ความเป็นไปได้และการนำนโยบายไปปฏิบัติ และใช้กลไกภายในองค์กรและต่างองค์กรเพื่อกระตุ้นสังคมให้ยอมรับและสนับสนุนนโยบายเพื่อสุขภาพ หรือสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง เพื่อการส่งเสริมสุขภาพทั้งในด้านการบริหารองค์กร โครงสร้าง หรือสิ่งแวดล้อม ส่วนสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพให้ชุมชน มีเกณฑ์มาตรฐานคือ การแสดงสมรรถนะด้านวัฒนธรรม (cultural competency) การสร้างเสริมพลังให้ชุมชน และการสร้างความเชื่อมั่นในผลการพัฒนาที่ยั่งยืน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้กรอบแนวคิดของออตตาวาในประเทศไทย ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในเขตภาคเหนือ โดยใช้กรอบแนวคิดของออตตาวา การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับระบบบริการสุขภาพ ผลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นแนวทางในการส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะและส่งเสริมบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาสมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในเขตภาคเหนือ

คำถามการวิจัย

สมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ เขตภาคเหนือเป็นอย่างไร

การปฏิบัติบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ เขตภาคเหนือเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ การศึกษานี้เป็นการศึกษาสมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในเขตภาคเหนือ โดยใช้กรอบแนวคิดของ ศิริพร ชัมภลิต และคณะ (2550) ประกอบด้วยสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ด้านได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ในการสร้างเสริมสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การบริหารจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาภาคีเครือข่ายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการวิจัยและการจัดการความรู้ และใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออตตาวา (2528) ประกอบด้วยบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพที่มี 5 ด้าน คือ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับระบบบริการสุขภาพ ผลการศึกษานี้จะเป็นแนวทางในการส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะและส่งเสริมบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษารั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการสุขภาพในทุกระดับ เขตภาคเหนือ รวม 17 จังหวัดประกอบด้วย พิษณุโลก สุโขทัย ตาก กำแพงเพชร นครสวรรค์ พิจิตร เพชรบูรณ์ อุทัยธานี เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน แม่ฮ่องสอนลำปาง แพร่ น่าน พะเยา และอุดรดิถีในเขตภาคเหนือจำนวน 17,214 คน กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ การทำงานอย่างน้อย 1 ปี และปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการสุขภาพ คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรยามานะ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 6,792 คน และคณะทำงานฯ ได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 จึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 1,358 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมดเท่ากับ 8,150 คน



เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยพัฒนาโดยคณะกรรมการโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 5 คน เครื่องมือวิจัยประกอบไปด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปมีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 คือแบบสอบถามระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มีข้อคำถามจำนวน 32 ข้อและส่วนที่ 3 คือ แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) มีข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ รวมจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 62 ข้อ ผู้วิจัยได้ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือวิจัยส่วนที่ 2 และ 3 ของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในระดับปฐมภูมิได้ค่าเท่ากับ 0.98 และ 0.95 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยส่วนที่ 2 และ 3 ของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในระดับทุติยภูมิได้ค่าเท่ากับ 0.97 และ 0.88 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือวิจัยส่วนที่ 2 และ 3 ของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในระดับตติยภูมิได้ค่าเท่ากับ 0.97 และ 0.96

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากสภาการพยาบาลและคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ศึกษาทุกแห่ง

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลทุกแห่งแล้ว คณะผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยได้จัดส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ถึงผู้หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาลและผู้ประสานงานของแต่ละจังหวัดทั้งหมด 8,150 ฉบับ และขอความอนุเคราะห์จากหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาลและผู้ประสานงานของแต่ละ

จังหวัดในการรวบรวมแบบสอบถามส่งกลับคืนผู้วิจัยภายใน 3 สัปดาห์ทางไปรษณีย์ พบว่า ได้รับแบบสอบถามคืนมาทั้งหมด 5,368 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 79.03 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ และมี 5,323 ฉบับ (ร้อยละ 78.37) ที่มีความสมบูรณ์สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยสถิติที่ใช้คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปริมาณเพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในเขตภาคเหนือ กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากที่สุด มีอายุอยู่ในช่วง 36-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.5 และส่วนน้อยที่สุดในช่วง 56-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 1.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.7 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 86.2 เป็นผู้ปฏิบัติ/พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (APN)/ พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการ ให้บริการพยาบาลอยู่ในระดับทุติยภูมิ ในแผนกการพยาบาลผู้ป่วยใน และอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนและส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมหลักสูตรระยะสั้น (4 เดือน)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านปฏิบัติการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับชำนาญ (ร้อยละ 55.98 และ 55.74 ตามลำดับ) รองลงมาคือ ระดับพื้นฐาน ส่วนสมรรถนะด้านบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนาภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพและด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 49.02, 54.98 และ 66.17 ตามลำดับ) รองลงมาคือ ระดับชำนาญ (ตารางที่ 1) ส่วนบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 5 ด้านตามกรอบกฎบัตรออตตาวาพบว่า พยาบาล



วิชาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพในด้าน การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับระบบบริการสุขภาพ (ร้อยละ

33.21 44.49, 36.52 และ 45.14 ตามลำดับ) และได้ปฏิบัติตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพเป็นรายปี (ร้อยละ 35.01 ในตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับสมรรถนะของกลุ่มตัวอย่างด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ในเขตภาคเหนือ (n = 5,323)

สมรรถนะ	ระดับสมรรถนะ					
	พื้นฐาน		ชำนาญ		เชี่ยวชาญ	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ						
มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิด/หลักการ/ทฤษฎีด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	2,496	(46.9)	2,739	(51.5)	88	(1.7)
มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์งาน/กิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	2,417	(45.4)	2,789	(52.4)	117	(2.2)
มีทัศนคติที่ดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และวิชาชีพ	1,649	(31.0)	3,415	(64.2)	259	(4.9)
ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพ	1,789	(33.6)	3,295	(61.9)	239	(4.5)
พัฒนาตนเองโดยการแสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่อง	1,873	(35.2)	3,231	(60.7)	219	(4.1)
ติดตามนโยบายระดับชาติและนานาชาติ ที่เกี่ยวข้องกับ การสร้างเสริมสุขภาพ	2,809	(52.8)	2,408	(45.2)	106	(2.0)
รวม	2,172	(40.80)	2,980	(55.98)	171	(3.22)
ด้านปฏิบัติการกรมสร้างเสริมสุขภาพ						
ประเมินพฤติกรรมและภาวะสุขภาพ	1,834	(34.5)	3,266	(61.4)	223	(4.2)
ประเมินสภาพแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ	1,882	(35.4)	3,234	(60.8)	207	(3.9)
ตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยครอบคลุมทุกด้าน	2,105	(39.5)	3,032	(57.0)	186	(3.5)
ให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ	2,062	(38.7)	3,055	(57.4)	206	(3.9)
แบบองค์รวม						
วางแผนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับบุคคล / ครอบครัว / กลุ่มคน / ชุมชน	2,427	(45.6)	2,710	(50.9)	186	(3.5)
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการในระดับบุคคล / ครอบครัว / กลุ่มคน/ชุมชน	2,455	(46.1)	2,688	(50.5)	180	(3.4)
สอนและให้ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคคลทั่วไป	1,732	(32.5)	3,232	(60.7)	359	(6.7)
จัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงด้านสุขภาพได้	2,648	(49.7)	2,470	(46.4)	205	(3.9)
ใช้สื่อต่าง ๆ ในการให้ข้อมูล ความรู้แก่ประชาชนในด้าน การสร้างเสริมสุขภาพได้เหมาะสม	2,074	(39.0)	3,012	(56.6)	237	(4.5)
รวม	2,135	(40.11)	2,967	(55.74)	221	(4.15)
ด้านบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ						
วางแผนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	2,766	(52.0)	2,443	(45.9)	114	(2.1)
กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของงานเพื่อการประเมินผลงาน	3,035	(57.0)	2,176	(40.9)	112	(2.1)
ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ						
ตัดสินใจและแก้ปัญหาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	2,340	(44.0)	2,817	(52.9)	166	(3.1)



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับสมรรถนะของกลุ่มตัวอย่างด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ในเขตภาคเหนือ (n = 5,323) (ต่อ)

สมรรถนะ	ระดับสมรรถนะ					
	พื้นฐาน		ชำนาญ		เชี่ยวชาญ	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	2,810	(52.8)	2,358	(44.3)	155	(2.9)
เป็นผู้ประสานงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	2,407	(45.2)	2,731	(51.3)	185	(3.5)
ทำงานร่วมกับผู้อื่นในการดำเนินการให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ	1,961	(36.8)	3,120	(58.6)	242	(4.5)
เป็นผู้ดำเนินการจัดกิจกรรมและโครงการต่าง ๆ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ	2,946	(55.3)	2,177	(40.9)	200	(3.8)
รวม	2,609.29	(49.02)	2,546	(47.83)	167.71	(3.15)
ด้านการพัฒนาภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ						
สร้างเครือข่ายด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้	3,254	(61.1)	1,952	(36.7)	117	(2.2)
สร้างแรงจูงใจให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรม/โครงการการสร้างเสริมสุขภาพ	2,872	(54.0)	2,344	(44.0)	107	(2.0)
เสริมพลังอำนาจให้กับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนในการสร้างสุขภาพ	2,754	(51.7)	2,430	(45.7)	139	(2.6)
เป็นที่ปรึกษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ร่วมงานและบุคคลทั่วไป	2,520	(47.3)	2,609	(49.0)	194	(3.6)
เจรจาต่อรองกับบุคคลหรือองค์กรด้านการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ	3,120	(58.6)	2,093	(39.3)	110	(2.1)
แสวงหาและใช้ทรัพยากรจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	3,040	(57.1)	2,169	(40.7)	114	(2.1)
รวม	2,926.66	(54.98)	2,266.17	(42.57)	130.17	(2.45)
ด้านการวิจัยและการจัดการความรู้						
นำผลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	3,390	(63.7)	1,811	(34.0)	122	(2.3)
ทำวิจัยเพื่อพัฒนางานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	3,995	(75.1)	1,232	(23.1)	96	(1.8)
สร้างแนวทางการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (Practice guideline)	3,607	(67.8)	1,622	(30.5)	94	(1.8)
เผยแพร่ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคลากรทีมสุขภาพ	3,097	(58.2)	2,088	(39.2)	138	(2.6)
รวม	3,522.25	(66.17)	1,688.25	(31.72)	112.5	(2.11)



ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตร
ออกตาวาจำแนกตามลักษณะของการปฏิบัติในเขตภาคเหนือ (n=5,323)

บทบาทการ สร้างเสริมสุขภาพ ตามกฎบัตรออกตาวา	ลักษณะของการปฏิบัติ (ในกลุ่มที่ปฏิบัติบทบาท)									
	รายวัน		รายสัปดาห์		รายเดือน		รายปี		ไม่ได้ทำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Building Healthy Public Policy)										
ร่วม/ ระบุปัจจัย สุขภาพ ครอบคลุม ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางการเมือง ปัจจัยทางพฤติกรรม ปัจจัยทางวัฒนธรรม ปัจจัยทางสังคม ปัจจัย ทางสิ่งแวดล้อม และ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ มีการเฝ้าระวัง การควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผล	455	(8.5)	457	(8.6)	963	(18.1)	1,553	(29.2)	1,895	(35.6)
ร่วม/พัฒนาระบบ ข้อมูลทางสุขภาพที่ รองรับกระบวนการ ประเมินผลกระทบ ของนโยบาย	169	(3.2)	294	(5.5)	1,198	(22.5)	1,856	(34.9)	1,806	(33.9)
ร่วม/ ชี้นำหรือผลักดัน นโยบายสุขภาพใน หน่วยบริการตามความ รับผิดชอบของตน	322	(6.0)	319	(6.0)	1,361	(25.6)	1,803	(33.9)	1,518	(28.5)
ร่วม/ประสานงานกับ ผู้เกี่ยวข้องกับการดูแล สุขภาพทั้งระดับ บุคคล/ ครอบครัว / องค์กรชุมชน/ หน่วย งาน ภาครัฐและ เอกชนเพื่อสร้างบริการ สุขภาพที่เป็นมิตรและ เกิดผลลัพธ์ต่อภาวะ สุขภาพ	611	(11.5)	581	(10.9)	1,255	(23.6)	1,508	(28.3)	1,368	(25.7)
ร่วม/ สร้างทางเลือกที่ ง่ายและสะดวกเพื่อนำ ไปสู่การกำหนด นโยบายสาธารณะ	204	(3.8)	253	(4.8)	942	(17.7)	1,671	(31.4)	2,253	(42.3)
รวม	352.20	(6.62)	380.80	(7.15)	1,143.80	(21.49)	1,678.20	(31.53)	1,768	(33.21)



ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรรอตตาวา จำแนกตามลักษณะของการปฏิบัติในเขตภาคเหนือ (n=5,323) (ต่อ)

บทบาทการ สร้างเสริมสุขภาพ ตามกฎบัตรรอตตาวา	ลักษณะของการปฏิบัติ (ในกลุ่มที่ปฏิบัติบทบาท)									
	รายวัน		รายสัปดาห์		รายเดือน		รายปี		ไม่ได้ทำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ(Create Supportive Environment)										
ร่วม/ สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ทั้งสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติหรือสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้น ให้กับบุคคล ครอบครัว กลุ่มหรือชุมชน ตามปัญหาและความต้องการ ที่สอดคล้องตามบริบทวิถีชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม การทำงาน	722	(13.6)	561	(10.5)	1,189	(22.3)	1,493	(28.0)	1,358	(25.5)
ร่วม/ จัดกิจกรรม/โครงการที่เน้นการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตให้กับประชาชนและการทำงานให้มีความปลอดภัย พึงใจ และมีความสุข	294	(5.5)	317	(6.0)	1,039	(19.5)	2,053	(38.6)	1,620	(30.4)
ร่วม/ จัดกิจกรรมโครงการประเมินผลกระทบของสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ	151	(2.8)	226	(4.2)	846	(15.9)	2,044	(38.4)	2,056	(38.6)
รวม	389	(7.31)	368	(6.91)	1,024.67	(19.25)	1,863.33	(35.01)	1,678	(31.52)



ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรรอตตาวา จำแนกตามลักษณะของการปฏิบัติในเขตภาคเหนือ (n=5,323) (ต่อ)

บทบาทการ สร้างเสริมสุขภาพ ตามกฎบัตรรอตตาวา	ลักษณะของการปฏิบัติ (ในกลุ่มที่ปฏิบัติบทบาท)									
	รายวัน		รายสัปดาห์		รายเดือน		รายปี		ไม่ได้ทำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แกชุมชน (Strengthen Community Action)										
ร่วม/ สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดปัญหาสุขภาพ วางแผน และการตัดสินใจ หาแนวทางจัดการกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้แนวทางที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และภูมิปัญญาที่มีอยู่ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดี	353	(6.6)	265	(5.0)	762	(14.3)	1,638	(30.8)	2,305	(43.3)
ร่วม/ เสริมสร้างพลังอำนาจและทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของเพื่อให้ชุมชนจัดการตนเองในการมีสุขภาพดี	216	(4.1)	208	(3.9)	801	(15.0)	1,523	(28.6)	2,575	(48.4)
ร่วม/ ให้ข้อมูลข่าวสารจัดการความรู้ สนับสนุนให้ชุมชนใช้ทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรอื่นที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อให้ชุมชนจัดการตนเองในการมีสุขภาพดี	307	(5.8)	300	(5.6)	971	(18.2)	1,520	(28.6)	2,225	(41.8)
รวม	292	(5.49 31)	257.67	(4.84)	844.67	(15.87)	1,560.33	(29.31)	2,368.33	(44.49)



ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรรอดตาวา
จำแนกตามลักษณะของการปฏิบัติในเขตภาคเหนือ (n=5,323) (ต่อ)

บทบาทการ สร้างเสริมสุขภาพ ตามกฎบัตรรอดตาวา	ลักษณะของการปฏิบัติ (ในกลุ่มที่ปฏิบัติบทบาท)									
	รายวัน		รายสัปดาห์		รายเดือน		รายปี		ไม่ได้ทำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน (Strengthen Community Action)										
เผยแพร่ข้อมูลด้าน สุขภาพโดยใช้ เทคโนโลยีที่บุคคล/ ครอบครัว/ชุมชน สามารถเข้าถึงได้	413	(7.8)	456	(8.6)	1,093	(20.5)	1,659	(31.2)	1,702	(32.0)
ร่วม/ พัฒนาทักษะ ชีวิตให้กับบุคคล/ ครอบครัว/ชุมชนให้มี ความพร้อมในแต่ละ ช่วงวัย ให้สามารถ ปรับตัว	696	(13.1)	574	(10.8)	1,138	(21.4)	1,286	(24.2)	1,629	(30.6)
ร่วม/ พัฒนาทักษะ ชีวิตให้กับบุคคล/ ครอบครัว/ชุมชนให้มี ความพร้อมในแต่ละ ช่วงวัย ให้สามารถ ปรับตัว	170	(3.2)	242	(4.5)	988	(18.6)	1,676	(31.5)	2,247	(42.2)
ร่วม/จัดโครงการหรือ กิจกรรมที่สร้างโอกาส ให้ประชาชนมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจต่อการ ควบคุมสุขภาพและ จัดการกับสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อสุขภาพ	174	(3.3)	211	(4.0)	857	(16.1)	1,884	(35.4)	2,197	(41.3)
รวม	363.25	(6.82)	370.75	(6.97)	1,019	(19.14)	1,626.25	(30.55)	1,943.75	36.52



ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรรอตตาวา จำแนกตามลักษณะของการปฏิบัติในเขตภาคเหนือ (n=5,323) (ต่อ)

บทบาทการ สร้างเสริมสุขภาพ ตามกฎบัตรรอตตาวา	ลักษณะของการปฏิบัติ (ในกลุ่มที่ปฏิบัติบทบาท)									
	รายวัน		รายสัปดาห์		รายเดือน		รายปี		ไม่ได้ทำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน (Strengthen Community Action)										
ร่วม/ จัดระบบบริการสุขภาพให้การสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายและเข้าถึงได้ง่าย	304	(5.7)	311	(5.8)	1,000	(18.8)	1,758	(33.0)	1,950	(36.6)
ร่วม/ ประสานความร่วมมือระหว่าง บุคคล / ครอบครั้ว /ชุมชน /หน่วยงาน /องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องเพื่อสนองตอบต่อเป้าหมายการจัดระบบบริการสุขภาพ	355	(6.7)	342	(6.4)	1,042	(19.6)	1,709	(32.1)	1,875	(35.2)
ร่วม/ สนับสนุนให้มีการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพเพื่อสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม	223	(4.2)	269	(5.1)	1,055	(19.8)	1,887	(35.4)	1,889	(35.5)
ร่วม/ สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายอื่นที่นอกเหนือภาคีเครือข่ายสุขภาพเพื่อร่วมจัดบริการสุขภาพให้ครอบคลุมความต้องการทั้งมิติทางสังคมและวัฒนธรรม	103	(1.9)	175	(3.3)	668	(12.5)	1,677	(31.5)	2,700	(50.7)
ร่วมทำหรือ สนับสนุนการทำฐานข้อมูลภาวะสุขภาพ ทูทางสังคม เครือข่ายในพื้นที่	101	(1.9)	168	(3.2)	710	(13.3)	1,739	(32.7)	2,605	(48.9)
ร่วมทำหรือสนับสนุนการทำฐานข้อมูลทุนทางสังคม /เครือข่าย และแหล่งประโยชน์ในพื้นที่	89	(1.7)	147	(2.8)	604	(11.3)	1,665	(31.3)	2,818	(52.9)
ร่วมทำ หรือสนับสนุนให้มีการใช้ผลการวิจัยหรือทำการวิจัยเพื่อพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีมุมมองร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ	87	(1.6)	142	(2.7)	545	(10.2)	1,871	(35.1)	2,678	(50.3)
ร่วมทำ หรือสนับสนุนให้มีการใช้ผลการวิจัยหรือทำการวิจัยเพื่อพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีมุมมองร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ	87	(1.6)	135	(2.5)	528	(9.9)	1,946	(36.6)	2,627	(49.4)
รวม	157.88	(2.97)	211.13	(3.97)	769	(14.45)	1,781.50	(33.47)	2,105.42	(45.14)



การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านปฏิบัติการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับชำนาญ (ร้อยละ 55.98 และ 55.74 ตามลำดับ) รองลงมาคือ ระดับพื้นฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร ชัมภลชิต และคณะ (2550) พบว่านักศึกษาให้คะแนนด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพสูงที่สุดในขณะที่อาจารย์ให้คะแนนด้านการปฏิบัติการกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสูงที่สุด นอกจากนี้ ผลการศึกษาค้างนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของยุวดี ฤาชา และคณะ (2549) ที่พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่าสมรรถนะของพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปริญญาตรีที่จำเป็นมากที่สุดอันดับแรกคือ การมีทัศนคติที่ดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพ รองลงมาคือ การปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาดตนเองโดยการหาความรู้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการให้การวินิจฉัยทางการแพทย์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนโยบายทั้งภาครัฐและเอกชนมุ่งเน้นด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้ประชาชนทั่วไปและบุคลากรด้านสุขภาพมีการตื่นตัวในการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น โดยจะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลทุกระดับได้มีนโยบายขององค์กรที่มุ่งมั่นและพัฒนางานด้านการสร้างเสริมสุขภาพทั้งในองค์กรเองและชุมชน นอกจากนี้หลักสูตรการศึกษาพยาบาล ศิริพร ชัมภลชิต และคณะ (2549) ได้วิเคราะห์หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต 10 หลักสูตร พบว่า 9 หลักสูตรมีรายวิชาด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มีหน่วยกิตอยู่ระหว่าง 2-6 หน่วยกิต ส่วนใหญ่จะมีการสอนเนื้อหาเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ผู้เรียน ดังนั้น พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีจำนวนมากและเป็นผู้ที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้รับบริการตลอดเวลา มีการรับรู้ว่าพยาบาลมีลักษณะส่วนบุคคลที่สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพ มีความมุ่งมั่นในการทำงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และเป็นผู้นำชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพได้

สมรรถนะด้านบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ

ด้านการพัฒนาภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพและด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 49.02, 54.98 และ 66.17 ตามลำดับ) รองลงมาคือ ระดับชำนาญ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก พยาบาลยังขาดทักษะในด้านการพัฒนาภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพและด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ การจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้สำเร็จ จำเป็นต้องมีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง การสร้างความรับรู้ร่วมกันถึงเหตุผลการเข้าร่วมเป็นภาคีเครือข่าย อาทิเช่น มีความเข้าใจในปัญหาร่วมกัน มีประสบการณ์ในปัญหาร่วมกัน จะส่งผลให้สมาชิกของเครือข่ายเกิดความรู้สึกผูกพันในการดำเนินกิจกรรมบางอย่างร่วมกัน หากสมาชิกไม่มีความเข้าใจเป็นเครือข่ายจะมีผลทำให้การประสานงานและการขอความร่วมมือ ในการดำเนินการเป็นไปอย่างยากลำบาก (อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ, 2554) นอกจากนี้ การดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดียังต้องอาศัยการวิจัย การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการจัดการความรู้ หากพยาบาลขาดสิ่งเหล่านี้ก็อาจเป็นอุปสรรคได้ ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากการขาดแคลนพยาบาล ภาระงานที่หนักและการสนับสนุนจากผู้บริหารและองค์กร ซึ่งพยาบาลได้รายงานถึงอุปสรรคในการใช้ผลการวิจัยในการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ ไม่มีเวลา ขาดทรัพยากร และที่สำคัญคือขาดความรู้ (Yoder, Kirkley, McFall, Kirksey, Stalbaum, & Sellers, 2014)

ส่วนการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 5 ด้านตามกรอบกฎบัตรรอดตาวาพบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพในด้านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับระบบบริการสุขภาพ (ร้อยละ 33.21, 44.49, 36.52, และ 45.14 ตามลำดับ) และได้ปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพเป็นรายปี (ร้อยละ 35.01) จะเห็นได้ว่าพยาบาลปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพในสถานบริการสุขภาพทุกระดับน้อยมาก ศิริพร ชัมภลชิต และคณะ (2549) ได้วิเคราะห์หลักสูตรพยาบาลศาสตร



บันทึก 10 หลักสูตร พบว่า มีเพียง 6 หลักสูตรเท่านั้นที่มีรายวิชาปฏิบัติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มีหน่วยกิตอยู่ระหว่าง 0.8-2 หน่วยกิตเท่านั้น ซึ่งนับว่าค่อนข้างน้อย

กับพยาบาล อีกทั้งส่งเสริมบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น รวมทั้งการจัดให้มีการอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่พยาบาลวิชาชีพในทุกระดับเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้จะเป็นแนวทางในการส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะด้านการพัฒนาภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพและด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ให้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- ประกาศกฎบัตรกรุงเทพฯ. (มมป). Retrieved April 4, 2015 from <http://pacs.lph.go.th:81/oldman/PDF/%E0%B8%81%E0%B8%8F%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%95%E0%B8%A3.pdf>
- ยุวดี ฤาชา และคณะ. (2549). *สมรรถนะของพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ รพ.รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ และกฤษฎา แสงดี. (2555). ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(1), 5-12.
- สภาการพยาบาล. (2553). *สมรรถนะผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์*. ศิริยอตการพิมพ์: กรุงเทพฯ
- สภาการพยาบาล. (2558). *รายงานประจำปี 2556*. Retrieved May 4, 2015 from http://www.tnc.or.th/files/05/2014/page2556_/8909-_pdf_13705.pdf
- สภาการพยาบาล. (2558). *มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์*. Retrieved September 1, 2015 from <http://www.tnc.or.th/law/page-6.html>
- ศิริพร ชัมภลิจิต และคณะ. (2549). *การวิเคราะห์หลักสูตรสาขาพยาบาลศาสตร์ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพร ชัมภลิจิต, ยุวดี ฤาชา, จุฬาลักษณ์ บาร์มี, อาวีวรรณ กลั่นกลิ่น, กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์, และวงเดือน สุวรรณศิริ. (2550). การประเมินสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาโท. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 25(3), 44-55.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). Retrieved April 5, 2015 from <http://bps.moph.go.th/sites/default/files/phyaabaalwichaachiiphraaycchanghwadpii54.pdf>
- อาภาพร เฝ้าวพัฒนา และ คณะ. (2554). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Yoder, L.H., Kirkley, D., McFall, D.C., Kirksey, K.M., Stalbaum, A.L., & Sellers, D. (2014). CE: Original Research: Staff nurses' use of research to facilitate evidence-based practice. *American Journal of Nursing*, 114(9), 26-37.