

สมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาล ในการให้บริการระดับปฐมภูมิ เขตภาคเหนือ

Health Promotion Competency and Practice Among Nurses in Primary Care Service, the North Region

ธานี	แก้วธรรมานุกุล	ปร.ด.*	Thanee	Kaewthummanukul	Ph.D.*
สมใจ	ศิริกมล	ปร.ด.**	Somjai	Sirakamon	Ph.D.**

บทคัดย่อ

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นหนึ่งในสมรรถนะและบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างสุขภาพของประชาชน ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีสมรรถนะดังกล่าว การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพและการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรรอตตาวาของพยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิในสถานบริการสุขภาพในเขตพื้นที่ภาคเหนือ จำนวน 938 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าเท่ากับ .95 - .98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับสมรรถนะด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 45.0-63.5) และด้านปฏิบัติการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 48.5-60.3) อยู่ในระดับปานกลาง และมีสมรรถนะด้านบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 32.7-56.5) ด้านการพัฒนาภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 44.2-54.5) และด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ (ร้อยละ 63.5-76.7) อยู่ในระดับพื้นฐาน ส่วนการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรรอตตาวา กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติในลักษณะรายปีด้วยสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 26.2-46.7) รองลงมาคือ ไม่ได้ปฏิบัติ (ร้อยละ 15.9-44.7) หรือปฏิบัติในลักษณะรายเดือน (ร้อยละ 10.6-31.7) ทั้งในด้านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน ด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และด้านการปรับระบบบริการสุขภาพ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ควรมีการสร้างสมรรถนะด้านบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนาภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ และด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการระดับปฐมภูมิ รวมทั้งการส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

คำสำคัญ: สมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ การปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ พยาบาล ภาคเหนือของประเทศไทย

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, thaneeek32@hotmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, somjai.s@chiangmai.ac.th



Abstract

Health promotion is one of the important competency and role of professional nurses to promote health among people. Therefore, professional nurses must have this competency. The purpose of this descriptive study was to examine a level of health promotion competency and practice based on Ottawa Charter among 938 professional nurses who provided primary care service in the Northern Region of Thailand. Data collection was undertaken using a questionnaire which had been confirmed the quality. The reliability of the instrument was tested and yielded a value of .95-.98. Data were analyzed using descriptive statistics which included frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The major results revealed that the sample had personal characteristics in health promotion competency (45.0-63.5%) and activity in health promotion competency (48.5-60.3%) at an expert level and had management in health promotion (32.7-56.5%), development of health promotion network (44.2-54.5%), and research and knowledge management (63.5-76.7%) competencies at a basic level. Regarding the health promotion practices based on Ottawa Charter, the sample performed health promotion practices yearly with the highest proportion (26.2-46.7%) followed by did not perform them at all (15.9-44.7%) or performed them monthly (10.6-31.7%) including building healthy public policy, creating supportive environments, strengthening community action, developing personal skills, and reorienting health services. The results of this research indicate that the health promotion competencies among professional nurses should be enhanced, particularly management in health promotion, development of health promotion network, and research and knowledge management competencies. Furthermore, the health promotion practices of professional nurses should be promoted as well.

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

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การช่วยเหลือประชาชนให้มีสุขภาพในระดับสูงสุดเป็นเป้าหมายสำคัญของการริเริ่มดำเนินการและบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (Rogers, 2003) เนื่องจากการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถของประชาชนในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง (WHO, 1998) จากสภาพการณ์ในปัจจุบันพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ยังมีปัญหาในการ

ดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคต่างๆ โดยจะเห็นได้จากสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทั่วโลก และองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ตระหนักว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable diseases: [NCDs]) เหล่านี้ถือเป็นปัญหาสำคัญที่กำลังทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ในทุกกลุ่มอายุและทุกภาคส่วนของโลก มีข้อมูลหลักฐาน



ที่แสดงให้เห็นว่า มีประชากรโลกถึง 38 ล้านคนเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อและในจำนวนนี้มีถึง 16 ล้านคนที่เกิดขึ้นในประชากรที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี และร้อยละ 82 เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง (WHO, 2015)

สำหรับประเทศไทย พบว่ามีประชากรถึง 14 ล้านคนที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั่วประเทศ โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2552 มีประชากรไทยที่เสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อมากกว่า 300,000 คน หรือร้อยละ 73 ของประชากรที่เสียชีวิตทั้งหมด คิดเป็นมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจถึง 200,000 ล้านบาทต่อปี (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2559) ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นเด็ก ผู้ใหญ่ หรือผู้สูงอายุต่างก็เผชิญกับปัจจัยที่อาจนำไปสู่การเจ็บป่วย หรือการเป็นโรคในกลุ่มไม่ติดต่อทั้งสิ้น ทั้งจากการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ การไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย การสัมผัสควันบุหรี่ และการบริโภคสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยมีปัจจัยเร่ง คือ อายุที่สูงวัยขึ้น การเจริญเติบโตของเมืองที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ไม่มีการวางแผน และการมีวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ (WHO, 2015) การเผชิญต่อปัญหาการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นต้องอาศัยการแก้ปัญหาเชิงรุกโดยเฉพาะกลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประเทศไทยในปี พ.ศ. 2543 ได้มีการจัดทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติให้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพของประชากรไทย โดยเน้นสุขภาพดี (wellness) มากกว่าสุขภาพเสีย (illness) อันเป็นที่มาของสโลแกน “สร้างนำซ่อม” เพื่อจัดการปัญหาจากการเจ็บป่วยของประชาชน (อำพล จินดาวัฒนะ, 2546) ทั้งนี้การดำเนินการตามนโยบายเชิงรุกหรือสร้างนำซ่อมนั้นต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นบุคลากรหลักที่จำเป็นต้องมีสมรรถนะและมีการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเกิดการดูแลและรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง ทำให้เกิดการสร้างสุขภาพของประชาชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริม

สุขภาพ หมายถึง ความรู้ ทักษะ ความสามารถ และพฤติกรรมที่ต้องใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ หรือเป็นความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งควรครอบคลุมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การบริหารจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาเครือข่ายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการวิจัยและการจัดการความรู้ (ศิริพร ชัมภลจิต และคณะ, 2550) โดยสภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งกำหนดไว้ภายใต้สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์โดยพยาบาลวิชาชีพต้องมีความรู้ความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค กล่าวคือ มีความรู้ในหลักการ กลยุทธ์ และกลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมพลังอำนาจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและความเจ็บป่วยสำหรับผู้ให้บริการทุกวัย ทั้งที่มีสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยงและเจ็บป่วย เพื่อให้สามารถดูแลและพึ่งตนเองได้ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน (สภาการพยาบาล, 2552) อีกทั้งองค์การอนามัยโลกได้ประกาศกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพไว้ในกฎบัตรรอตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในปี พ.ศ. 2529 ณ กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา ซึ่งประกอบไปด้วยกลยุทธ์หลัก 5 ด้าน ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

การเสริมสร้างการดำเนินการในชุมชนที่เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (WHO, 1986; WHO, 2015; ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) ซึ่งพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องปฏิบัติตามบทบาทตามกลยุทธ์ดังกล่าวทั้ง 5 ด้าน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะในการให้บริการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ

การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นการให้บริการที่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด โดยมุ่งเน้นการให้บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นหลัก



แม้ว่าจะมีการให้บริการรักษาพยาบาลควบคู่ไปด้วยก็ตาม ซึ่งการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิสามารถดำเนินการโดยสถานบริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ดังเช่น สถานบริการสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ร่างกำหนดโครงสร้างหน่วยงานในส่วนภูมิภาคสำหรับภารกิจงานส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นบริการระดับปฐมภูมิ โดยในส่วนของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปกำหนดภารกิจงานส่งเสริมสุขภาพอยู่ภายใต้กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ส่วนโรงพยาบาลชุมชนกำหนดภารกิจงานส่งเสริมสุขภาพอยู่ภายใต้กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกำหนดภารกิจงานส่งเสริมสุขภาพอยู่ภายใต้กลุ่มบริการสุขภาพ (กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าสถานบริการสุขภาพทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิล้วนมีการให้บริการพยาบาลในระดับปฐมภูมิทั้งสิ้น ซึ่งพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรหลักและสำคัญต่อการดำเนินงานดังกล่าว จะเห็นได้จากสภาการพยาบาลร่วมกับภาคีเครือข่ายองค์กรวิชาชีพพยาบาลทั่วประเทศ ได้แก่ เครือข่ายสถาบันการศึกษาพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล ผู้แทนสภาการพยาบาลประจำจังหวัด สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ และเครือข่าย 5 ภาค ชมรมพยาบาลเฉพาะทางฯ ในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคใต้ ได้ตระหนักในความสำคัญของการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยจัดให้มีการดำเนินโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 2) เพื่อพัฒนานักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพให้เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ และ 3) เพื่อขับเคลื่อนให้องค์กรวิชาชีพและภาคีเครือข่ายวิชาชีพพยาบาลให้มีบทบาทโดดเด่นด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยได้กำหนดให้มีการศึกษาระดับสมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพและการปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออกตราในการบริการ

สุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการระดับปฐมภูมียังไม่ครอบคลุมในทุกระดับของโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ และไม่เฉพาะเจาะจงในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพในเขตพื้นที่ภาคเหนือ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระดับสมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลในการให้บริการระดับปฐมภูมิในเขตภาคเหนือ โดยใช้กรอบแนวคิดคำประกาศออกตราเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ต่อไป และยังเป็นแนวทางในการส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะและบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพในการให้บริการระดับปฐมภูมิสำหรับโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงในเขตพื้นที่ภาคเหนือต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เขตภาคเหนือ
2. เพื่อศึกษาการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกตราที่ให้บริการระดับปฐมภูมิ เขตภาคเหนือ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยระดับสมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพและการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกตราที่ให้บริการระดับปฐมภูมิ เขตภาคเหนือ ได้ประยุกต์แนวคิดสมรรถนะที่จำเป็นในการบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับบทบาทตามกลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกตรา โดยกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างความเข้มแข็ง



ให้แก่ชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับระบบบริการสุขภาพ และการปฏิบัติบทบาทดังกล่าวต้องอาศัยสมรรถนะสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านปฏิบัติการในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนาภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ และด้านการวิจัยและการจัดการความรู้

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการสุขภาพในเขตพื้นที่ภาคเหนือ และมีประสบการณ์ในการทำงานไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 5,323 ราย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการสุขภาพเฉพาะระดับปฐมภูมิที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพในเขตภาคเหนือ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ที่ระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 358 ราย แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งมีอัตราการตอบกลับต่ำ ผู้วิจัยจึงศึกษากลุ่มตัวอย่างทุกคนที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 938 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรรอตตาวา 5 ด้าน ที่พัฒนาโดยคณะกรรมการโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา การฝึกอบรมระยะสั้น (4 เดือน) ประสบการณ์การปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่งงาน และหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน 2) ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านปฏิบัติการในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ

ด้านการพัฒนาภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ และด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ และ 3) การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรรอตตาวา เป็นแบบสอบถามการรับรู้การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรรอตตาวา 5 ด้าน ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับระบบบริการสุขภาพ เครื่องมือวิจัยดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในส่วนที่ 2 และ 3 โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .98 และ .95 ตามลำดับ

การรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังโครงการวิจัยได้ผ่านความเห็นชอบด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสภาการพยาบาลและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยส่งหนังสือขอความร่วมมือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สถานบริการสุขภาพ และขอความร่วมมือผู้อำนวยการแต่ละแห่งมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการแจกแบบสอบถามและรวบรวมแบบสอบถามส่งกลับคืน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 23-58 ปี ($\bar{x} = 38.6$, $SD = 8.1$) มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 42.8 และ 41-50 ปี ร้อยละ 31.4 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.4) และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 90.0) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.3 เคยได้รับการอบรมหลักสูตรระยะสั้น (4 เดือน) มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลวิชาชีพอยู่ในช่วง 2-40 ปี ($\bar{x} = 13.8$, $SD = 7.2$) โดยมีประสบการณ์ปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 11-20 ปี ร้อยละ 46.2



และ 1-10 ปี ร้อยละ 33.6 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้ปฏิบัติ (ร้อยละ 83.3) โดยทำงานในแผนการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน/งานเวชศาสตร์ครอบครัวและปฐมภูมิ/งานเวชกรรมสังคม ร้อยละ 31.2 ประเภทหน่วยบริการสาธารณสุขที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานเป็นโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 75.5

2. ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อพิจารณาในระดับสมรรถนะทั้ง 5 ด้านในรายชื่อ (ตารางที่ 1) พบว่า

2.1 ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45.0-63.5 มีสมรรถนะรายชื่อในด้านดังกล่าวอยู่ในระดับชำนาญ ยกเว้นสมรรถนะการมีความรู้เกี่ยวกับแนวคิด/หลักการ/ทฤษฎีด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และสมรรถนะในการติดตามนโยบายระดับชาติและนานาชาติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 49.3-53.0 มีสมรรถนะอยู่ในระดับพื้นฐาน

2.2 ด้านปฏิบัติการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.5-60.3 มีสมรรถนะรายชื่อในด้านดังกล่าวอยู่ในระดับชำนาญ ยกเว้นสมรรถนะในการจัด

โครงการสร้างเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.1 มีสมรรถนะอยู่ในระดับพื้นฐาน

2.3 ด้านบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 49.7-56.5 มีสมรรถนะรายชื่อในด้านดังกล่าวอยู่ในระดับพื้นฐาน ยกเว้นสมรรถนะในการทำงานร่วมกับผู้อื่นในการดำเนินการให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ สมรรถนะการเป็นผู้ประสานงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และสมรรถนะในการตัดสินใจและแก้ปัญหาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.6-62.5 มีสมรรถนะอยู่ในระดับชำนาญ

2.4 ด้านการพัฒนาภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.9-54.5 มีสมรรถนะรายชื่อในด้านดังกล่าวอยู่ในระดับพื้นฐาน ยกเว้นสมรรถนะในการเป็นที่ปรึกษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ร่วมงานและบุคคลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.5 มีสมรรถนะอยู่ในระดับชำนาญ

2.5 ด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.7-76.7 มีสมรรถนะรายชื่อในด้านดังกล่าวอยู่ในระดับพื้นฐาน

ตารางที่ 1 ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการสร้างเสริมสุขภาพรายชื่อ

สมรรถนะ	ระดับสมรรถนะ		
	พื้นฐาน จำนวน ร้อยละ	ชำนาญ จำนวน ร้อยละ	เชี่ยวชาญ จำนวน ร้อยละ
ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ			
1. มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิด/หลักการ/ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ	462 (49.3)	466 (49.7)	10 (1.1)
2. มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์กิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	427 (45.5)	491 (52.3)	20 (2.1)
3. มีทัศนคติที่ดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพและวิชาชีพ	303 (32.3)	596 (63.5)	39 (4.2)
4. ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพ	301 (32.1)	592 (63.1)	45 (4.8)
5. พัฒนาตนเองโดยการแสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่อง	330 (35.2)	580 (61.8)	28 (3.0)
6. ติดตามนโยบายระดับชาติและนานาชาติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ	497 (53.0)	422 (45.0)	19 (2.0)
ด้านปฏิบัติการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ			
7. ประเมินพฤติกรรมและภาวะสุขภาพ	355 (37.8)	551 (58.7)	32 (3.4)
8. ประเมินสภาพแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ	357 (38.1)	555 (59.2)	26 (2.8)
9. ตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วย	368 (39.2)	539 (57.5)	31 (3.3)
10. ให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อให้บริการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม	385 (41.0)	524 (55.9)	29 (3.1)



ตารางที่ 1 ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการสร้างเสริมสุขภาพรายข้อ (ต่อ)

สมรรถนะ	ระดับสมรรถนะ		
	พื้นฐาน จำนวน ร้อยละ	ชำนาญ จำนวน ร้อยละ	เชี่ยวชาญ จำนวน ร้อยละ
11. วางแผนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	417 (44.5)	489 (52.1)	32 (3.4)
12. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการ	412 (43.9)	488 (52.0)	38 (4.1)
13. สอนและให้ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	311 (33.2)	565 (60.2)	62 (6.6)
14. จัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพ ลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ	442 (47.1)	455 (48.5)	41 (4.4)
15. ใช้สื่อต่างๆในการให้ข้อมูล ความรู้ แก่ประชาชน	340 (36.2)	566 (60.3)	32 (3.4)
ด้านบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ			
16. วางแผนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	473 (50.4)	447 (47.7)	18 (1.9)
17. กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของงานเพื่อการประเมินผลงาน	530 (56.5)	394 (42.0)	14 (1.5)
ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ			
18. ตัดสินและแก้ปัญหาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	418 (44.6)	493 (52.6)	27 (2.9)
19. เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	466 (49.7)	449 (47.9)	23 (2.5)
20. เป็นผู้ประสานงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	394 (42.0)	513 (54.7)	31 (3.3)
21. ทำงานร่วมกับผู้อื่นในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ	307 (32.7)	586 (62.5)	45 (4.8)
22. เป็นผู้นำในการจัดกิจกรรมและโครงการสร้างเสริมสุขภาพ	478 (51.0)	416 (44.3)	44 (4.7)
ด้านการพัฒนาภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ			
23. สร้างเครือข่ายด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้	478 (51.0)	402 (42.9)	25 (2.7)
24. สร้างแรงจูงใจให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรม/ โครงการการสร้างเสริมสุขภาพ	478 (51.0)	458 (48.8)	21 (2.2)
25. เสริมพลังอำนาจให้กับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชนใน การสร้างเสริมสุขภาพ	478 (51.0)	445 (47.4)	28 (3.0)
26. เป็นที่ปรึกษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ร่วมงาน/ บุคคลทั่วไป	415 (44.2)	483 (51.5)	40 (4.3)
27. เจรจาต่อรองกับบุคคลหรือองค์กรด้านการดำเนินการ การสร้างเสริมสุขภาพ	507 (54.1)	411 (43.8)	20 (2.1)
28. แสวงหาและใช้ทรัพยากรจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	504 (53.7)	413 (44.0)	21 (2.2)
ด้านการวิจัยและการจัดการความรู้			
29. นำผลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการ ปฏิบัติงานด้าน การสร้างเสริมสุขภาพ	596 (63.5)	316 (33.7)	26 (2.8)
30. ทำวิจัยเพื่อพัฒนางานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	719 (76.7)	203 (21.6)	16 (1.7)
31. สร้างแนวทางการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	627 (66.8)	299 (31.9)	12 (1.3)
32. เผยแพร่ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคลากรทีม สุขภาพ	551 (58.7)	368 (39.2)	19 (2.0)



3. การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา เมื่อพิจารณาการปฏิบัติบทบาทดังกล่าวในรายชื่อ (ตารางที่ 2) พบว่า

3.1 ด้านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติบทบาทดังกล่าวในลักษณะรายปีในสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 31.9-40.6) รองลงมา คือ ไม่ได้ปฏิบัติ (ร้อยละ 15.9-32.3) หรือปฏิบัติในลักษณะรายเดือน (ร้อยละ 20.5-31.7)

3.2 ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบทบาทดังกล่าวในลักษณะรายปีในสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 32.0-46.7) รองลงมาคือ ไม่ได้ปฏิบัติ (ร้อยละ 18.6-30.8) หรือปฏิบัติในลักษณะรายเดือน (ร้อยละ 16.4-26.2)

3.3 ด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่มุมชน กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบทบาทดังกล่าวในลักษณะรายปีในสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 33.7-41.2) รองลงมาคือ ไม่ได้ปฏิบัติ (ร้อยละ 26.0-33.2) หรือปฏิบัติในลักษณะรายเดือน (ร้อยละ 19.0-27.5)

3.4 ด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบทบาทดังกล่าวในลักษณะรายปีในสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 26.2-44.3) รองลงมา คือ ไม่ได้ปฏิบัติ (ร้อยละ 20.0-29.3) หรือปฏิบัติในลักษณะรายเดือน (ร้อยละ 20.7-30.3)

3.5 ด้านการปรับระบบบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบทบาทดังกล่าวในลักษณะรายปีในสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 40.5-43.4) รองลงมา คือ ไม่ได้ปฏิบัติ (ร้อยละ 23.9-44.7) หรือปฏิบัติในลักษณะรายเดือน (ร้อยละ 10.6-26.0)

การอภิปรายผล

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 5 ด้านในรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45.0-63.5 มีระดับสมรรถนะด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ และร้อยละ 48.5-60.3 มีระดับสมรรถนะด้านปฏิบัติการกรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับชำนาญ ส่วนด้านบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนาภา

เครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ และด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 32.7-76.7 มีสมรรถนะอยู่ในระดับพื้นฐาน (ตารางที่ 1) ผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกับผลการศึกษาระดับสมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพและการปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวาในภาพรวมทุกภาคของประเทศ ภายใต้โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งไม่ได้ศึกษาเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการระดับปฐมภูมิเท่านั้นแต่ครอบคลุมพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการในทุกระดับทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ (จิตรศรีสุพรรณ วิลาวรรณ เสนารัตน์ และ ชนิษฐา นันทบุตร, 2557) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 46.4-64.6 มีสมรรถนะด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ และด้านปฏิบัติการกรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับชำนาญ ส่วนด้านบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่มีสมรรถนะอยู่ในระดับพื้นฐานและชำนาญการ แต่ด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 57.2-74.8 มีสมรรถนะอยู่ในระดับพื้นฐาน และการศึกษาของศิริพร ชัมภลิต และคณะ (2550) ที่ศึกษาในนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์พยาบาล พบว่านักศึกษาพยาบาลให้คะแนนด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพสูงที่สุด ส่วนอาจารย์พยาบาลให้คะแนนด้านการปฏิบัติการกรมการสร้างเสริมสุขภาพสูงที่สุดเช่นเดียวกับการศึกษาของยุวดี ฤาชา และคณะ (2549) ที่พบว่า สมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่จำเป็นมากที่สุดสำหรับพยาบาลในระดับปริญญาตรีเกี่ยวข้องกับคุณลักษณะส่วนบุคคล คือ การมีทัศนคติที่ดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพ รองลงมาคือ การปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาตนเองโดยการหาความรู้อย่างต่อเนื่อง และการให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม การที่พยาบาลเห็นว่าสมรรถนะดังกล่าวมีความจำเป็นอาจเนื่องจากนโยบายของภาครัฐที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาล ซึ่งในโรงพยาบาลต่างๆ ได้มีการกำหนดนโยบายขององค์กรที่มุ่งเน้นการพัฒนางานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ



แก่ประชาชน อีกทั้งสถาบันการศึกษาพยาบาลต่างๆ ได้มีการกำหนดเนื้อหาที่เกี่ยวข้องด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ผู้เรียนทั้งในหลักสูตรระดับปริญญาตรี และระดับปริญญาโท จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้รับรู้ถึงคุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพและการปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็น สิ่งสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ

สำหรับสมรรถนะด้านบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนาภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ และด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ ที่พบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.9-54.5 และ ร้อยละ 58.7-76.7 มีสมรรถนะอยู่ในระดับพื้นฐาน (ตารางที่ 1) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ปฏิบัติงานในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพค่อนข้างน้อย โดยพบกลุ่มตัวอย่างหนึ่งในสาม (ร้อยละ 33.6) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานมา อยู่ในช่วง 1-10 ปี ทำให้อาจขาดทักษะในด้านการพัฒนาภาคีเครือข่ายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งการสร้างและพัฒนาเครือข่ายเป็นเครื่องมือสำคัญและเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในระบบบริการทุกระดับประสบผลสำเร็จ ทั้งนี้พยาบาลวิชาชีพต้องเข้าใจแนวคิด ขั้นตอน และกระบวนการในการพัฒนาเครือข่ายที่เสริมบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง (ปิยะธิดา นาคะเกษียร, 2558) หากสมาชิกไม่มีความเข้าใจในความสำคัญของภาคีเครือข่ายจะส่งผลกระทบต่อประสานงานและการขอความร่วมมือ ทำให้การดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเป็นไปด้วยยากลำบาก (อาภาพร เฝ้าวัฒนา และคณะ, 2554) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.0) สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี อาจมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอที่จะสร้างความมั่นใจในการทำวิจัย ตลอดจนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่จะช่วยให้สามารถสร้างและรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ มาใช้ดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐชัย, 2558) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยเฉพาะด้านบริหารจัดการในการสร้างเสริม

สุขภาพ ด้านการพัฒนาภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพและด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ ยังจำเป็นต้องมีการพัฒนาสมรรถนะดังกล่าวเพื่อให้พร้อมต่อการดำเนินงานในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวาในรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบทบาทดังกล่าวในลักษณะรายปี รายเดือน หรือไม่ได้ปฏิบัติในสัดส่วนที่สูงกว่าในลักษณะรายวัน หรือรายสัปดาห์ (ตารางที่ 2) สอดคล้องกับการศึกษาการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรอตตาวาในภาพรวมของประเทศ (วิจิตร ศรีสุพรรณ วิลาวรรณ เสนารัตน์ และชนิษฐา นันทบุตร, 2557) ที่พบว่าการปฏิบัติบทบาทในลักษณะรายวันและรายสัปดาห์พบค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติบทบาทในลักษณะรายปีและไม่ได้ปฏิบัติเลย ดังนั้นหากต้องการให้ประชาชนเกิดสุขภาวะที่ดีจำเป็นต้องหากลยุทธ์เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับสถาบันการศึกษาพยาบาลในการพัฒนาหลักสูตรการอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการระดับปฐมภูมิในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานของตนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยถึงปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะและการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการระดับปฐมภูมิในการสร้างเสริมสุขภาพกิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้ทุนสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้



ตารางที่ 2 การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออตตาวารายข้อ

	บทบาท	การปฏิบัติ บทบาท			
		รายวัน จำนวน (ร้อยละ)	รายสัปดาห์ จำนวน (ร้อยละ)	รายเดือน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ได้ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ					
1. ร่วม/ระบุปัจจัยสุขภาพ ครอบคลุมปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางการเมือง ปัจจัยทางพฤติกรรม ปัจจัยทางวัฒนธรรม ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางเศรษฐกิจ มีการเฝ้าระวังการควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผล		79 (8.4)	70 (7.5)	240 (25.6)	250 (26.7)
2. วาง/พัฒนาระบบข้อมูลทางสุขภาพที่รองรับกระบวนการประเมินผลกระทบของนโยบาย		28 (3.0)	49 (5.2)	236 (25.2)	244 (26.0)
3. ร่วม/ชี้นำหรือผลักดันนโยบายสุขภาพในหน่วยบริการตามความรับผิดชอบของตน		59 (6.3)	51 (5.4)	274 (29.2)	183 (19.5)
4. ร่วม/ประสานงานผู้เกี่ยวข้องการดูแลสุขภาพทั้งระดับบุคคล/ครอบครัว/องค์กรชุมชน/หน่วยงานภาครัฐและเอกชนเพื่อสร้างบริการสุขภาพที่เป็นมิตรและเกิดผลลัพธ์ต่อภาวะสุขภาพ		87 (9.3)	119 (12.7)	297 (31.7)	149 (15.9)
5. ร่วม/สร้างทางเลือกที่ง่ายและสะดวกเพื่อนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายสาธารณะ		31 (3.3)	49 (5.2)	192 (20.5)	303 (32.3)
การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ					
1. ร่วม/สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพทั้งสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ หรือสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้นให้กับบุคคล ครอบครัว กลุ่มหรือชุมชน ตามปัญหาและความต้องการที่สอดคล้องตามบริบทวิถีชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม การทำงาน		130 (13.9)	88 (9.4)	246 (26.2)	174 (18.6)
2. ร่วม/จัดกิจกรรม/โครงการที่เน้นการปรับรูปแบบการดำเนินชีวิตให้กับประชาชนและการทำงานให้มีความปลอดภัย พึงใจ และมีความสุข		49 (5.2)	60 (6.4)	225 (24.0)	213 (22.7)
3. ร่วม/จัดกิจกรรมโครงการประเมินผลกระทบของสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ		20 (2.1)	37 (3.9)	154 (16.4)	289 (30.8)
การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน					
1. ร่วม/สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดปัญหาสุขภาพ วางแผนและการตัดสินใจหาแนวทางการจัดการกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้แนวทางที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และภูมิปัญญาที่มีอยู่ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดี		51 (5.4)	55 (5.9)	178 (19.0)	268 (28.6)



ตารางที่ 2 การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบปฏิบัติการตามรายชื่อ

2. ร่วม/เสริมสร้างพลังอำนาจและทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของในการ มีสุขภาพดี	34 (3.6)	48 (5.1)	184 (19.6)	361 (38.5)	311 (33.2)
3. ร่วม/ให้ข้อมูลข่าวสาร จัดการความรู้ สนับสนุนให้ชุมชนให้ทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรอื่น ที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อให้ชุมชนจัดการตนเองในกรณีสุขภาพดี	54 (5.8)	66 (7.0)	258 (27.5)	316 (33.7)	244 (26.0)
การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล					
1. เผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้เทคโนโลยีที่บุคคล/ครอบครัว/ชุมชน สามารถเข้าถึงได้ เช่น นวัตกรรมการสื่อ/ชุดกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	65 (6.9)	82 (8.7)	237 (25.3)	323 (34.4)	231 (24.6)
2. ร่วม/พัฒนาทักษะชีวิตให้กับบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน ให้มีความพร้อมในแต่ละช่วงวัย ให้สามารถ ปรับตัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือเกิดการบาดเจ็บ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรค การเผชิญกับโรค ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ	106 (11.3)	114 (12.2)	284 (30.3)	246 (26.2)	188 (20.0)
3. ร่วม/สนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพผู้นำ/แกนนำสร้างเสริมสุขภาพ	23 (2.5)	47 (5.0)	249 (26.5)	348 (37.1)	271 (28.9)
4. ร่วม/จัดโครงการ หรือกิจกรรมที่สร้างโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อ การควบคุมสุขภาพ และจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ	26 (2.8)	27 (2.9)	194 (20.7)	416 (44.3)	275 (29.3)
การปรับระบบบริการสุขภาพ					
1. ร่วม/จัดระบบบริการสุขภาพ ให้การสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายและเข้าถึงได้ง่าย	60 (6.4)	62 (6.6)	236 (25.2)	356 (38.0)	224 (23.9)
2. ร่วม/ประสานความร่วมมือระหว่างบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน/หน่วยงาน/องค์กรทั้งภาครัฐและ เอกชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนองตอบต่อเป้าหมายการจัดการสุขภาพ	51 (5.4)	69 (7.4)	244 (26.0)	345 (36.8)	229 (24.4)
3. ร่วม/สนับสนุนให้มีการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ เพื่อสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม	40 (4.3)	49 (5.2)	233 (24.8)	385 (41.0)	231 (24.6)
4. ร่วม/สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายอื่นนอกเหนือภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อร่วมจัดบริการสุขภาพ ให้ครอบคลุมความต้องการทั้งมิติทางสังคมและวัฒนธรรม	18 (1.9)	30 (3.2)	150 (16.0)	380 (40.5)	360 (38.4)
5. ร่วมทำ หรือสนับสนุนการทำฐานข้อมูลภาวะสุขภาพ ทูทางสังคม เครือข่ายในพื้นที่	15 (1.6)	24 (2.6)	160 (17.1)	407 (43.4)	332 (35.4)
6. ร่วมทำ/สนับสนุนการทำฐานข้อมูล ทูทางสังคม/เครือข่าย และแหล่งประโยชน์ในพื้นที่	19 (2.0)	18 (1.9)	137 (14.6)	397 (42.3)	367 (39.1)
7. ร่วมทำ หรือสนับสนุนการใช้ผลการวิจัย หรือทำการวิจัยเพื่อพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีมุมมอง รวมในการสร้างเสริมสุขภาพ	17 (1.8)	19 (2.0)	99 (10.6)	384 (40.9)	419 (44.7)
8. ร่วมทำ หรือสนับสนุนให้มีการใช้ผลการวิจัย หรือทำการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนองค์กร/หน่วยงาน/การจัดการ งบประมาณ/กำลังคน เพื่อเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ	17 (1.8)	21 (2.2)	99 (10.6)	391 (41.7)	410 (43.7)



เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). *ร่างโครงสร้างหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาคสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้นวันที่ 28 ธันวาคม 2558 จาก http://hr.moph.go.th/person/indexgovernment_58.html
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (บรรณาธิการ). (2541). *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- ปิยะธิดา นาคะเกษียร. (2558). ชุดการเรียนรู้ที่ 3 การพัฒนาเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ ใน ศิริพร ชัมภลจิต และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (บรรณาธิการ). 7 *ชุดการเรียนรู้การพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. หน้า 193-247. โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ.
- ยุวดี ภาชา และคณะ. (2549). *สมรรถนะของพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2558). ชุดการเรียนรู้ที่ 4 การจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ใน ศิริพร ชัมภลจิต และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (บรรณาธิการ). 7 *ชุดการเรียนรู้การพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. หน้า 249-321. โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัลย์ เสนารัตน์, และชนิษฐา นันทบุตร. (2557). *ผลการศึกษาระดับสมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพและการปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกตาวาในบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ*. โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ.
- ศิริพร ชัมภลจิต, ยุวดี ภาชา, จุฬาลักษณ์ บาร์มี, อารีวรรณ กลั่นกลิ่น, กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์, และวงเดือน สุวรรณศิริ. (2550). การประเมินสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาโท. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 25(3), 44-55.
- สภาการพยาบาล. (2552). *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ*. สืบค้นวันที่ 13 กันยายน 2559 จาก <http://www.tnc.or.th>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2559). กลุ่มโรค NCDs. สืบค้นวันที่ 1 เมษายน 2559 จาก <http://www.thaihealth.or.th/microsite/categories/5/ncds/>
- อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ. (2554). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อำพล จินดาวัฒนะ. (2546). ส่งเสริม-สร้างเสริม สุขภาพ. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 26(2), 1-4.
- Krejcie, R., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Rogers, B. (2003). *Occupational and environmental health nursing: Concepts and practice*. (2nd ed.). Philadelphia: Saunders.
- WHO. (1986). *Ottawa charter for health promotion: First international conference on health promotion: Ottawa, 21 November 1986*. Retrieved January 1, 2004 from http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
- WHO. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO. (2015). *Ottawa charter for health promotion: First international conference on health promotion: Ottawa, 21 November 1986*. Retrieved January 10, 2015 from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>