

Implementation Research: Using the CFIR Framework to Enhance Nursing Quality in Real-World Practice

Tadsaneewan Gantagad, D. N. S.*

School of Nursing, Mae Fah Luang University, Chiang Rai 57100, Thailand.

Siriraj Medical Bulletin 2026;19(1):67-76.

ABSTRACT

Nursing knowledge has evolved significantly over the last few decades, particularly due to research and evidence-based practice (EBP), which has improved the standard of care for various patient populations. The "knowledge-to-practice gap", the disparity between knowledge creation and its implementation, remains a significant obstacle. Changes within health systems as a result of this disparity are frequently unsustainable over time. Implementation research (IR) is a conceptual framework and procedure designed to analyze obstacles and problems and facilitate the proper use of EBP in real-world situations. This study provides a comprehensive review of the literature and existing research on the processes and factors affecting the implementation of empirical knowledge in nursing practice based on the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). A literature review focused on research publications that use the CFIR framework as a guide for improving nursing quality. The key findings imply that CFIR is an essential mechanism for bridging the "Knowledge-to-practice gap" in clinical practice. Furthermore, it encourages the creation and evaluation of initiatives to promote the successful and sustainable implementation of evidence-based practices. The paper concludes with policy suggestions for using CFIR in program design and assessment. Increasing the organizational ability to utilize data to enhance internal support systems and encouraging stakeholder participation at all levels are two examples of these efforts, which will ultimately help ensure the long-term and successful adoption of nursing innovations within the larger healthcare system.

Keywords: Implementation research; CFIR; Quality improvement; nursing

*Correspondence to: Tadsaneewan Gantagad

Email: Tadsaneewan.gan@mfu.ac.th

Received: 10 July 2025

Revised: 16 July 2025

Accepted: 17 October 2025

<https://dx.doi.org/10.33192/smb.v19i1.276492>

การวิจัยเชิงปฏิบัติ: การใช้กรอบ CFIR เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในบริบทการปฏิบัติจริง

ทัศนีย์วรรณ กันทาภาศ*

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย 57100 ประเทศไทย.

บทคัดย่อ

ความรู้ทางการพยาบาลได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการนำความรู้จากงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์มาเป็นองค์ประกอบหลักในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลในทุกกลุ่มประชากร อย่างไรก็ตาม ช่องว่างระหว่างความรู้ที่ได้จากการวิจัยกับการนำไปปฏิบัติจริง (Knowledge-to-practice gap) ระหว่างงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์กับสถานการณ์จริงในการปฏิบัติงานในอีกหลายพื้นที่ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพเกิดความไม่ยั่งยืน ปัจจุบันจึงมีความพยายามในการศึกษาในเรื่อง “งานวิจัยเพื่อการนำไปใช้” หรือ Implementation Research (IR) เพื่อการประเมินความพร้อม ติดตามประเมินปัญหาและอุปสรรค ของการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานวิจัย หรือ หลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในสถานการณ์จริง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการและปัจจัยที่มีผลต่อการนำความรู้เชิงประจักษ์ไปใช้ในทางการพยาบาล โดยอิงตามกรอบการวิจัยการนำไปปฏิบัติแบบบูรณาการ (Consolidated Framework for Implementation Research; CFIR) โดยใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้กรอบ CFIR เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล ผลการศึกษา พบว่า การใช้กรอบ CFIR เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลด “ช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติ” ในการปฏิบัติจริง รวมถึงพัฒนาและประเมินกลยุทธ์เพื่อให้การนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ท้ายสุดบทความได้ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการส่งเสริมความสำเร็จและความยั่งยืนของการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การวิจัยเพื่อการนำไปใช้; การประเมิน; การพัฒนาคุณภาพ; การพยาบาล

บทนำ

การพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลมีความก้าวหน้าอย่างมากและต่อเนื่องในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา จากการสะสมองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัย การคิดค้นทฤษฎีใหม่ การพัฒนาเทคโนโลยี และการสร้างนวัตกรรมด้านการดูแลสุขภาพ และงานวิจัยจำนวนมาก ได้ให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ทั้งในเชิงการพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ช่วยเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพในการให้บริการพยาบาล ส่งผลให้วิชาชีพพยาบาลมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านทฤษฎี การวิจัย เทคโนโลยี และนวัตกรรมทางการดูแลสุขภาพ งานวิจัยใหม่ๆ จำนวนมากได้สร้างองค์ความรู้ที่มีคุณภาพสูง เช่น แนวทางการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค เทคนิคการฟื้นฟูสุขภาพ หรือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนสนับสนุนให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น¹

หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practices; EBP) หรืองานวิจัย เป็นที่ยอมรับในวงกว้างว่าเป็นองค์ความรู้สำคัญสำหรับการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ในสถานการณ์จริงทางคลินิก มีบริบทหลายประการที่อาจเป็นปัญหาและอุปสรรคของการนำผลการวิจัยไปใช้² หนึ่งในประเด็นสำคัญคือ ช่องว่างระหว่างองค์ความรู้กับการปฏิบัติ (knowledge-to-practice gap) ซึ่งหมายถึงการที่องค์ความรู้จากงานวิจัยไม่ได้ถูกนำไปใช้จริงในบริบทของการดูแลผู้ป่วย หากหลักฐานเชิงประจักษ์ใด ๆ ไม่สามารถฝังรากลึกเป็นวัฒนธรรมขององค์กร อาจส่งผลให้แนวทางที่ได้จากการวิจัยไม่ถูกนำไปใช้จริงในทางปฏิบัติ หรือ Real-world care หากต้องการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้นและยั่งยืน ควรสร้างระบบสนับสนุนในการนำความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติงานจริง ซึ่ง “การวิจัยการนำไปใช้” จึงเป็นกุญแจสำคัญที่ส่งผลให้หลักฐานเชิงประจักษ์มีความสอดคล้องกับบริบท และเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยและระบบบริการสุขภาพ³ สำหรับการศึกษา

ในประเทศไทย ของ ปานทิพย์ ปุณณานนท์ และคณะ⁴ พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในงานของพยาบาลอยู่ในระดับมาก โดยอุปสรรคที่พบ เช่น องค์กรไม่มีอำนาจพอที่จะเปลี่ยนแปลงวิธีการดูแลผู้รับบริการโดยใช้ผลการวิจัย ขาดแหล่งสนับสนุน หรือ สิ่งเอื้ออำนวยความสะดวกในการนำผลการวิจัยมาใช้ปฏิบัติ พยาบาลผู้ร่วมงานและบุคลากรทีมสุขภาพอื่นไม่ให้ความร่วมมือในการนำผลการวิจัยมาใช้ปฏิบัติ เป็นต้น

การวิจัยการนำไปใช้ (Implementation Research; IR) ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในฐานะกรอบแนวคิดและกระบวนการวิจัยที่เน้น “การนำองค์ความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริง” อย่างมีประสิทธิภาพ IR จึงกลายเป็นเครื่องมือสำคัญ ที่ถูกนำมาเป็นแนวทางการวิจัยที่มุ่งเน้นไปที่กระบวนการ “นำองค์ความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริง” อย่างเป็นระบบ โดย IR ไม่เพียงวิเคราะห์ว่า “แนวปฏิบัติใดได้ผล” แต่อธิบายด้วยว่า “เหตุใด แนวทางนั้นจึงได้ผลหรือไม่ได้ผล” “กระบวนการนำไปใช้นั้นจะเกิดขึ้นได้อย่างไร” “จะนำหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นไปใช้งานภายใต้เงื่อนไขใด จึงจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี” หรือ “จะนำหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นไปใช้งานภายใต้เงื่อนไขใด จึงจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่ดี”⁵ นอกจากนี้ IR ยังช่วยพัฒนาและประเมินกลยุทธ์ต่างๆ เพื่อปรับปรุงการนำ EBP ไปใช้ให้เหมาะสมกับบริบทจริง⁶ เช่น การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ (workshops) เพื่อพัฒนาทักษะการใช้หลักฐานในการตัดสินใจทางคลินิก⁷ การแต่งตั้งผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agents) ที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนและสร้างแรงจูงใจให้แก่ทีมพยาบาล⁸ การสร้างระบบสนับสนุน (support systems) เช่น คู่มือปฏิบัติการที่ใช้งานง่าย เครื่องมือทางเทคโนโลยี หรือช่องทางให้คำปรึกษาทางวิชาการ⁹ การออกแบบกลยุทธ์ดังกล่าวจำเป็นต้องอิงบริบทของหน่วยบริการอย่างรอบด้าน เช่น ขนาดขององค์กร วัฒนธรรมการทำงาน โครงสร้างระบบบริการ และระดับการสนับสนุนจากผู้บริหาร

ดังนั้น บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการและปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติพยาบาลจริง รวมทั้งแนวทางการพัฒนาและประเมินกลยุทธ์การนำไปใช้ที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและความต้องการของบุคลากรทางการพยาบาลตามกรอบแนวคิด CFIR เพื่อส่งเสริมให้การนำองค์ความรู้จากงานวิจัยเข้าสู่การปฏิบัติจริงมีประสิทธิภาพสูงสุดและยั่งยืน ตลอดจนเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น

พยาบาลกับบทบาทสำคัญในการวิจัยเพื่อการนำไปใช้ (Implementation Research)

นิยามของ “การวิจัยเพื่อการนำไปใช้” หรือ Implementation Research (IR) ว่าเป็นการวิจัยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการและปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการนำนโยบาย โปรแกรม หรือแนวปฏิบัติด้านสุขภาพไปใช้จริงในบริบท

ที่เป็นจริง¹⁰ ในฐานะที่ พยาบาล เป็นผู้ปฏิบัติงานด้านหน้าในระบบบริการสุขภาพ บทบาทของพยาบาลในการขับเคลื่อน IR มุ่งวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมในโลกแห่งความเป็นจริง ทั้งในระดับบุคคล องค์กร ชุมชน และระบบสุขภาพ พยาบาลจึงต้องใช้ทักษะในการวิเคราะห์เชิงระบบ เพื่อระบุอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการทำแนวปฏิบัติไปใช้จริง และร่วมออกแบบแนวทางแก้ไขอย่างเหมาะสม เห็นได้ว่า พยาบาลไม่เพียงเป็นผู้ให้บริการ แต่ยังเป็นผู้สังเกตการณ์ ผู้วิเคราะห์ และเป็นตัวกลางสำคัญในการสะท้อนข้อมูลจากการปฏิบัติจริงกลับไปสู่กระบวนการวิจัย นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทในให้ข้อมูลเพื่อการปรับใช้แนวทางหรือมาตรการด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย และแต่ละชุมชน ซึ่งเป็นหัวใจของ IR ซึ่งต่างจากการวิจัยเชิงทดลองทั่วไปที่มุ่งเน้นการวัดประสิทธิผลของโครงการในสภาพแวดล้อมที่มีการควบคุม สำหรับ พยาบาล IR ไม่เพียงช่วยเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการและทักษะด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติ แต่ยังเสริมสร้าง ชีตความสามารถในการเรียนรู้ตลอดชีวิต (lifelong learning) และการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ในสถานการณ์ที่หลากหลายอย่างยั่งยืน อีกทั้งยังเป็นการยกระดับบทบาทของพยาบาล จากผู้ให้บริการทางสุขภาพ ไปสู่การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีรากฐานจากหลักฐานเชิงประจักษ์

มีหลายแบบจำลองและกรอบแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำไปใช้ (Implementation Research: IR) ซึ่งสามารถช่วยในการกำหนดแนวทางการออกแบบการวิจัย การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการตีความผลได้อย่างมีระบบ ด้านล่างนี้คือแบบจำลองที่เป็นที่นิยมและได้รับการยอมรับจากนานาชาติ ได้แก่ Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR), RE-AIM Framework, Theoretical Domains Framework (TDF), Normalization Process Theory (NPT) และ PRECEDE-PROCEED Model สำหรับบทความนี้ จะกล่าวถึงการประยุกต์ใช้ CFIR เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลและการศึกษาทางการพยาบาล

ความหมายและองค์ประกอบของกรอบแนวคิด CFIR

Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) พัฒนาโดย Damschroder และคณะ (2009) เป็นกรอบแนวคิดที่มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และระบุปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปในบริบทที่แตกต่างกัน โดย CFIR เน้นการวิเคราะห์ทั้งปัจจัยส่งเสริม (facilitators) และปัจจัยที่เป็นอุปสรรค (barriers) ที่ส่งผลต่อการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการบริการสุขภาพ กรอบแนวคิด CFIR ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก (domains) ซึ่งครอบคลุมปัจจัยเชิงระบบและปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ลักษณะของการปฏิบัติ (intervention characteristics) โดยพิจารณาลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาล หรือ นโยบายที่ต้องการนำไปใช้ ความ

ซับซ้อน ความยืดหยุ่น ความชัดเจนของหลักฐานที่รองรับ รวมถึงต้นทุนและผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ บริบทภายนอก (outer setting) หมายถึงปัจจัยภายนอกองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินการ เช่น นโยบายระดับชาติ ความต้องการของผู้รับบริการ ความสัมพันธ์กับหน่วยงานภายนอก หรือแรงกดดันทางสังคมและเศรษฐกิจ บริบทภายใน (inner setting) ครอบคลุมโครงสร้าง วัฒนธรรม และกระบวนการภายในองค์กร เช่น ภาวะผู้นำ ความพร้อมของทรัพยากร การสื่อสารภายในองค์กร และความสัมพันธ์ระหว่างทีมงาน ลักษณะเฉพาะของบุคคลที่เกี่ยวข้อง (characteristics of individuals) พิจารณาทัศนคติ ความรู้ ความสามารถ แรงจูงใจ และพฤติกรรมของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินมาตรการ กระบวนการในการดำเนินการ (process of implementation) เน้นการวางแผน การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง การดำเนินกิจกรรมตามแผน และการติดตามประเมินผลการดำเนินการ ปัจจุบัน CFIR ถูกนำไปใช้เป็นกรอบแนวคิดในการประเมินความพร้อมก่อนดำเนินงาน (pre-implementation) และติดตาม วิเคราะห์ผล และปรับปรุงแนวทางการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น หลังการดำเนินงาน (post-implementation)

การวิเคราะห์ปัจจัย 5 องค์ประกอบตามกรอบ CFIR

การนำนวัตกรรมใหม่เข้าสู่การปฏิบัติงานจริง จำเป็นต้องพิจารณาหลากหลายปัจจัยเพื่อให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงานที่ยั่งยืน กรอบแนวคิด CFIR เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยในการวิเคราะห์องค์ประกอบต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความพร้อมขององค์กรและประสิทธิภาพของการดำเนินงาน ผู้เขียนจึงนำเสนอการประยุกต์ใช้ CFIR ผ่านกรณีตัวอย่าง 6 เรื่อง เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในบริบทที่แตกต่างกัน

COACH: การติดตามความดันโลหิตที่บ้าน

การประเมินความพร้อมก่อนดำเนินงานเป็นการประเมินทั้งปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโปรแกรม ดังเช่น จากการศึกษาของ Canfield และคณะ¹¹ ในการประเมินความพร้อมขององค์กรโดยการประเมินอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นและเพิ่มโอกาสการนำเทคโนโลยีดังกล่าวไปใช้อย่างยั่งยืน ในการนำเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล Collaboration Oriented Approach to Controlling High blood pressure หรือ แอปพลิเคชัน COACH เชื่อมต่อกับเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์มาใช้เพื่อสนับสนุนการติดตามความดันโลหิตที่บ้านตามแนวทางเวชปฏิบัติ การศึกษานี้ใช้องค์ประกอบของ CFIR ทั้ง 5 องค์ประกอบเป็นแนวทางในการตั้งคำถามเพื่อสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและให้คะแนนแต่ละองค์ประกอบในช่วง -2 ถึง +2 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นทีมผู้ดูแล 72 คน จากสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ 9 แห่ง พบว่า ร้อยละ 79 ของผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูล

ที่แปลผลคะแนนเป็นบวก แสดงถึงความพร้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการนำแอปพลิเคชัน COACH ไปใช้ ในขณะที่ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 8 เป็นคะแนนลบ องค์กรประกอบที่มีคะแนนบวกสูงคือ วัฒนธรรมและพันธกิจขององค์กร ซึ่งสะท้อนถึงความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในขณะที่การระบาดของ COVID-19 ส่งผลต่อทรัพยากรและความสามารถในการดำเนินงานในทุกพื้นที่ และองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำแอปพลิเคชัน COACH ไปใช้ คือ การทำงานเป็นทีม เพราะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลในด้านความรวดเร็ว และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ให้บริการสุขภาพ และลดภาระงานในระบบสารสนเทศ และสุดท้าย ข้อมูลจากการศึกษา แสดงให้เห็นว่า แอปพลิเคชัน COACH ได้รับการยอมรับในฐานะที่มีข้อได้เปรียบเหนือกระบวนการให้บริการสุขภาพแบบเดิมและมีศักยภาพในการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เห็นได้ว่า การประเมินก่อนดำเนินการ หรือ Pre-implementation ทำให้ได้ข้อมูลที่จะช่วยปรับปรุงแนวทางการดำเนินโครงการ และอาจเพิ่มโอกาสในการนำแอปพลิเคชัน COACH ไปใช้จริงได้สำเร็จ

Telehealth and mHealth: เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การศึกษาของ Fowe และคณะ¹² ใช้ CFIR เป็นกรอบแนวคิดในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ Telehealth และ Mobile health (mHealth) ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กล่าวถึงปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความพร้อมขององค์กร (Organization Readiness for Change; ROC) ต่อการนำ Telehealth และ mHealth เข้าเป็นเครื่องมือในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่ามีงานวิจัยจำนวน 13 เรื่อง ที่เผยแพร่ระหว่างปี 2004 ถึง 2019 พบว่า ปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ตามองค์ประกอบของ CFIR ทั้ง 5 องค์ประกอบ มีดังนี้ ลักษณะของโปรแกรม หรือคุณสมบัติเฉพาะของ Telehealth และ mHealth (Intervention Characteristics) พบว่า รูปลักษณะภายนอก ความซับซ้อนในการทำงาน และต้นทุนในการผลิตอุปกรณ์ ปัจจัยที่ช่วยลดความซับซ้อนได้แก่ การเลือกใช้เทคโนโลยีที่ใช้งานง่ายและการสื่อสารที่เข้าใจตรงกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ กระบวนการที่อาจเพิ่มต้นทุนได้แก่ การต้องจ้างพนักงานเพิ่ม การจัดหาอุปกรณ์ใหม่ การเปลี่ยนตารางงานของพนักงานให้สอดคล้องกับแนวทางการทำงานใหม่ หากนำ Telehealth และ mHealth มาใช้ในงานให้บริการสุขภาพ ต้นทุนติดตั้งและบำรุงรักษาสูง ในขณะเดียวกันปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ต้นทุน-ประโยชน์

นโยบายภายนอกและแรงจูงใจ ความต้องการของผู้รับบริการ และการเชื่อมโยงกับองค์กรภายนอก เป็นองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมภายนอก (outer setting) ที่ค้นพบจากการศึกษาของ

Fowe และคณะ¹² ได้แก่ บันทึกข้อตกลงความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานในระดับภูมิภาคที่ส่งเสริมให้มีการใช้งาน Telehealth และ mHealth อย่างต่อเนื่อง และ Telehealth และ mHealth ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างรวดเร็วภายใน 24 ชั่วโมง ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล หรือ สถานบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้ใช้งานยังมีความกังวลเกี่ยวกับการรั่วไหลของข้อมูล ความไม่มั่นใจในเทคโนโลยี ความซับซ้อนของเทคโนโลยีที่อาจส่งผลกระทบต่อความยากง่ายในการใช้งาน สำหรับการเชื่อมโยงกับองค์กรภายนอก ได้แก่ การเชื่อมโยงกับองค์กรภายนอกที่ให้บริการเกี่ยวกับโครงสร้างพื้นฐานด้านการสื่อสารและเทคโนโลยีที่เพียงพอทั้งในพื้นที่เมืองและชนบท ลักษณะภายในองค์กร (inner setting) ที่ ได้แก่ ลักษณะโครงสร้าง เครือข่ายและการสื่อสาร วัฒนธรรม บรรยากาศการดำเนินการ และความพร้อมในการดำเนินการ พบว่า ปัจจัยสนับสนุนด้านลักษณะโครงสร้าง ได้แก่ เทคโนโลยีหรือแนวทางในปัจจุบันไม่สอดคล้องกับแนวทางและเป็นอุปสรรคในการทำงาน เช่น คุณสมบัติบางประการของเทคโนโลยีไม่สอดคล้องกับแนวทางการทำงานจริง เป็นต้น ปัจจัยสนับสนุนด้านเครือข่ายและการสื่อสาร ได้แก่ การเชื่อว่าการนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในงานจะช่วยลดปริมาณเอกสารที่มีจำนวนมากลง มีแผนบริหารจัดการข้อมูล ปัจจัยสนับสนุนด้านวัฒนธรรมองค์กร ได้แก่ คุณลักษณะเฉพาะของเทคโนโลยีสอดคล้องกับภารกิจและนโยบายขององค์กร ปัจจัยสนับสนุนด้านการดำเนินการ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของบุคลากรสุขภาพ การฝึกอบรมที่เพียงพอ การเพิ่มทักษะแก่บุคลากร ปัจจัยสนับสนุนความพร้อมในการดำเนินการ ได้แก่ การสร้างความเข้าใจพื้นฐานของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีทรัพยากรที่เพียงพอ มีสิ่งสนับสนุนอื่น ๆ ที่เหมาะสมและเพียงพอ เช่น โครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยี การผสมผสานการทำงานเข้ากับระบบเดิมได้ เป็นต้น กระบวนการ (Process) ได้แก่ การวางแผน การมีส่วนร่วม การดำเนินการ การสะท้อนและประเมินผล ปัจจัยสนับสนุนการวางแผน ได้แก่ การระบุประชากรเป้าหมายที่ชัดเจน กำหนดบทบาทของผู้ให้บริการสุขภาพ และการมีแนวทางปฏิบัติของแต่วิชาชีพ ปัจจัยสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วม ได้แก่ การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น การส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เป็นต้น ปัจจัยสนับสนุนด้านการดำเนินงาน ได้แก่ การผสมผสานเทคโนโลยีเข้ากับกระบวนการทำงานเดิม มีระบบการจัดการข้อมูล ปัจจัยสนับสนุนด้านการสะท้อนและประเมินผล ได้แก่ การประเมินผลเพื่อปรับปรุง เช่น การสำรวจความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานเป็นระยะ เป็นต้น

Huddles: การพัฒนาการสื่อสารและภาวะผู้นำในบ้านพักผู้สูงอายุ Wills¹³ ใช้กรอบแนวคิด CFIR ในการพัฒนาการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การตอบสนองความต้องการการได้รับการสนับสนุน การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในบ้านพักผู้สูงอายุ (long term care homes) และการพัฒนาภาวะผู้นำ ในสถานการณ์ที่ขาดแคลนผู้ให้

บริการสุขภาพและเผชิญกับมาตรการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ COVID-19 ที่ส่งผลต่อการทำงานเป็นทีมของผู้ให้บริการสุขภาพในบ้านพักผู้สูงอายุ ในรัฐ Ontario ประเทศแคนาดา ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ จำนวน 19 ราย จากบ้านพักผู้สูงอายุ 2 แห่ง ที่มีหน้าที่ที่หลากหลาย เช่น ผู้บริหาร ผู้จัดการ พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการสุขภาพโดยตรง รวมถึงผู้ให้บริการสุขภาพที่ไม่ได้ดูแลผู้สูงอายุโดยตรง เช่น เจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ในการประสานกิจกรรมต่างๆ ในบ้านพักผู้สูงอายุ (recreation facilitator) การรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง จากนั้นวิเคราะห์ตามกรอบ CFIR เพื่อหาปัจจัยที่ส่งเสริมให้การประชุมกลุ่มย่อยโดยใช้ระยะเวลาสั้น ๆ ที่จัดขึ้นเป็นประจำ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ติดตามสถานการณ์และรายงานความคืบหน้า และสร้างความร่วมมือภายในทีม หรือ “Huddles” เกิดประสิทธิภาพสูงสุด แม้ในบทความวิจัยจะไม่ระบุอย่างชัดเจนว่าปัจจัยแต่ละเรื่องสอดคล้องกับองค์ประกอบใดตามกรอบ CFIR แต่จากการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการนำกิจกรรมการประชุมกลุ่มข้ามสายวิชาชีพ ไปใช้ในบ้านพักผู้สูงอายุ ทั้ง 2 แห่ง เพื่อทำให้การประชุมกลุ่มย่อย หรือ “Huddles” ประสบความสำเร็จ ได้แก่ ลักษณะของการปฏิบัติการในที่นี้ คือ “Huddles” ควรมีลักษณะการประชุมกลุ่มย่อยที่ผู้นำควรเข้ามามีส่วนร่วมในการประชุมดังกล่าวโดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีสถานการณ์ที่ต้องการการแสดงบทบาทเพื่อการพิจารณาและตัดสินใจตามบทบาทของผู้นำ บริบทภายนอกที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการประชุมกลุ่มย่อย เช่น จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการที่บ้านพักผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่บ้านพักผู้สูงอายุเผชิญกับสถานการณ์ขาดแคลนพนักงานอย่างต่อเนื่อง จึงอาจจำเป็นต้องมีกลยุทธ์ในการสื่อสารภายในทีมเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ บริบทภายใน เช่น การสื่อสารภายในองค์กรที่ผู้นำขององค์กรควรเข้ามามีส่วนร่วมในการรับฟัง เพราะบ่อยครั้งที่การรับรู้ต่อบรรยากาศในการทำงาน (Work environment) ของผู้นำและการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลักษณะของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น การมีบุคลากรจำนวนหนึ่ง โดยเฉพาะบุคลากรที่เป็น Nurse practitioner (NP) ส่วนหนึ่งไม่ได้เป็นพนักงานเต็มเวลาของหน่วยงาน หากสามารถบูรณาการ NP ให้เป็นพนักงานประจำขององค์กร โดยเฉพาะหาก NP นั้นมีบทบาทเป็นผู้เอื้อให้กระบวนการทำงานในบ้านพักดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจาก NP ที่มีตำแหน่งประจำแบบเต็มเวลา ก็จะสามารถเพิ่มศักยภาพในการสร้างความสัมพันธ์ ความยืดหยุ่น และการเป็นพี่เลี้ยง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมการประชุมกลุ่มในอนาคต รวมถึงการสนับสนุนเจ้าหน้าที่ให้มีส่วนร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และกระบวนการในการดำเนินการ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง เช่น ควรมีมาตรการ เช่น การนัดหมายล่วงหน้าเพื่อให้สมาชิกของทีมเข้ามามีการประชุมจำนวนมากที่สุด ความถี่ในการประชุม อาจเป็น 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ตามบริบทการทำงานของบ้านพักผู้สูงอายุที่อาจไม่มีสถานการณ์เปลี่ยนแปลงแบบวันต่อวัน

Life Plan: การส่งเสริมการวางแผนชีวิตสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

การศึกษาของ Keller¹⁴ ได้ใช้กรอบแนวคิด CFIR วิเคราะห์อุปสรรคและปัจจัยส่งเสริมในการดำเนินการเพื่อส่งเสริมการวางแผนชีวิต (life plan) สำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Kidney Disease; ESRD) แบบรายบุคคล โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตามแนวทางของ National Kidney Foundation พ.ศ. 2562 การรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง ทั้งผู้ให้บริการสุขภาพ จำนวน 21 ราย ผู้ป่วย จำนวน 11 ราย และผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 2 ราย ผลการศึกษาพบว่า อุปสรรคและปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญในการดำเนินการส่งเสริมการวางแผนชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย สอดคล้องกับองค์ประกอบของ CFIR 3 องค์ประกอบ ได้แก่ นวัตกรรม (innovation) ซึ่งเป็นโปรแกรม (Intervention characteristic) บริบทภายนอกองค์กร (outer setting) และบริบทภายในองค์กร (inner setting) โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลเห็นว่า นวัตกรรม หรือ โปรแกรม มีคุณค่าในเรื่องการตัดสินใจร่วมกับทีมการรักษา อย่างไรก็ตาม ทั้งบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับความซับซ้อนของการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการทางเลือกการบำบัดทดแทนไต และความสามารถของผู้ป่วยในการรับข้อมูลที่จำเป็นจำนวนมากเพื่อสามารถมีส่วนร่วมในการวางแผนชีวิตได้ นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์แสดงความกังวลเกี่ยวกับการขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เพียงพอ ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการให้คำปรึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงต้นทุนในการดำเนินการที่อาจเพิ่มขึ้น สำหรับ บริบทภายนอกองค์กร พบว่า ทั้งบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการมีความกังวลในเรื่องการยอมรับขององค์กรระดับนโยบายในการยอมรับต่อความต้องการของผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย เช่น องค์กรมีการเสนอทางเลือกให้แก่ผู้ป่วยหรือไม่ องค์กรได้พิจารณาและแก้ไขอุปสรรคที่ผู้ป่วยเผชิญหรือไม่ และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับหรือไม่ และ บริบทภายในองค์กร ได้แก่ บุคลากรภายในองค์กรและผู้รับบริการมีการรับรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมการวางแผนชีวิต การสร้างแรงจูงใจ เป็นได้ทั้งปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่อการดำเนินงาน

Stroke seamless: การขยายผลรูปแบบสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

ถนอม นามวงศ์ และคณะ¹⁵ ศึกษาองค์ประกอบในการขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพอย่างไร้รอยต่อโดยการมีส่วนร่วมเชิงบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด CFIR ในการวิเคราะห์องค์ประกอบในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยการสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย 87 คน พบว่า ด้านลักษณะของการปฏิบัติ พบว่า โครงการขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพอย่างไร้รอยต่อโดยการมีส่วนร่วมเชิงบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีเป้าหมายที่ชัดเจน เช่น ลดป่วย ลดการเสียชีวิต ลดภาวะพึ่งพิง เป็นต้น และมีผลการ

ดำเนินงานที่สะท้อนการเปลี่ยนแปลง เช่น ผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มขึ้น โครงการมีความยืดหยุ่นในการปรับใช้ตามบริบทของพื้นที่ มีคู่มือการดำเนินงานที่ชัดเจน และสามารถนำไปใช้ได้จริง ด้านสิ่งแวดล้อมภายนอกองค์กร โครงการยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีการนำผู้สูงอายุที่สุขภาพดีเข้ามามีส่วนรวมในการดูแลผู้อื่นในชุมชน โครงการมีการบูรณาการกับทุกภาคส่วน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกับเขตสุขภาพที่ 10 และส่วนกลาง ด้านสิ่งแวดล้อมภายในองค์กร โครงการนี้ดำเนินงานโดยใช้กลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นหลักในการดำเนินระดับจังหวัด และใช้กลไกการทำงานของ รพ.สต. และ อปท. เป็นหน่วยงานหลักในพื้นที่ มีการสื่อสารผ่านการถ่ายทอดจากผู้บริหารระดับจังหวัดไปสู่พื้นที่ อย่างไรก็ตามพบว่า ยังมีช่องว่างในการสื่อสารกับบุคลากรในพื้นที่ ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนา มีการสร้างวัฒนธรรมองค์กรให้ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วม มีการเน้นมุมมองแบบ “ทุกอย่างเป็นของจังหวัด” มีการประเมินความพร้อมขององค์กรในการดำเนินงาน เช่น บุคลากรสุขภาพมีศักยภาพเพียงพอในหลายพื้นที่ แต่บางหน่วยงานยังขาดแคลนบุคลากรที่มีศักยภาพ เป็นต้น ด้านลักษณะของบุคคลที่เกี่ยวข้อง พบว่า บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความรู้ ความเชื่อ และความมั่นใจในการขับเคลื่อนนโยบาย มีความเห็นว่าการบูรณาการทำให้การดูแลผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องอย่างชัดเจน มีการเสริมสร้างพลังผ่านการเยี่ยมเยียนพื้นที่ ด้านกระบวนการดำเนินงาน มีการวางแผนการดำเนินงาน โดยใช้แผนพัฒนาจังหวัดและแผนงานของจังหวัดในการขับเคลื่อน มีการซ่อมแผนและเตรียมความพร้อม มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องจากภาคต่างๆ นำนโยบายลงสู่การปฏิบัติผ่านกลไกของคณะทำงาน มีการเชื่อมงานระหว่างโรงพยาบาลกับสาธารณสุขอำเภอ และมีการสะท้อนผลและประเมินผลการดำเนินงาน จากมีจำนวนครั้งของการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น ชุมชนเกิดระบบช่วยเหลือกันเอง และมีการเสนอให้ต่อยอดและขยายผลไปยังพื้นที่อื่น

CANDLE Model: การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงแบบบูรณาการ

การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงแบบบูรณาการ หรือ CANDLE Model ของ อุทัย นิปัจการสุนทร และกัญญารัตน์ กันยะกาญจน์¹⁶ วิเคราะห์องค์ประกอบตามกรอบแนวคิด CFIR ได้ดังนี้ ด้านลักษณะของโครงการ พบว่า CANDLE Model เป็นโมเดลนวัตกรรมที่ออกแบบเฉพาะพื้นที่ เน้นการบูรณาการชุมชน เทคโนโลยี ข้อมูล การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีการพัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐาน เช่น คลินิกผู้สูงอายุ แนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นต้น มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและการจัดการทรัพยากร เช่น ระบบติดตามหลังออกจากโรงพยาบาล เป็นต้น ด้านปัจจัยภายนอกองค์กร มีการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการดำเนินการ เช่น เป้าหมายในการดูแลผู้

สูงอายุ ภาควิชาอายุ และการสนับสนุนจากนโยบายระดับสูง ด้านปัจจัยภายในองค์กร ได้แก่ การประเมินความพร้อมของหน่วยงานในพื้นที่ การจัดสร้างกลไกการเคลื่อนที่ใน 4 ระดับ ได้แก่ ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ และ ด้านลักษณะของบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยมีการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ และมีการพัฒนาองค์ความรู้ให้บุคลากรทุกระดับเพื่อให้เข้าใจแนวทางการดำเนินการ ซึ่งองค์ประกอบทั้งหมดที่กล่าวถึง ผู้วิจัยได้สังเคราะห์เป็นแนวทางในการดำเนินงานโครงการ ภายใต้ชื่อว่า “CANDLE Model”

วิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ

จากงานวิจัยตัวอย่าง ทั้ง 6 เรื่อง พบว่า ทุกงานวิจัยมีจุดร่วมกัน คือ การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทั้งในระดับนโยบาย ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ให้ความสำคัญกับบริบทขององค์กร หรือหน่วยงาน เช่น มีการประเมินความพร้อมขององค์กร วัฒนธรรมองค์กร การสื่อสารภายในองค์กร และการฝึกอบรมแก่บุคลากรในองค์กร มีการวางแผนการดำเนินงานและประเมินผลอย่างเป็นระบบ ทั้งก่อนเริ่มและระหว่างดำเนินการ อย่างไรก็ตามงานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงความแตกต่างที่พบในงานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง

ประเด็น	COACH ¹¹	Telehealth/ mHealth ¹²	Huddles ¹³	Life Plan ¹⁴	Stroke seamless ¹⁵	CANDLE Model ¹⁶
บริบท	ระบบสารสนเทศ/ ระบบบริการ สุขภาพปฐมภูมิ	เทคโนโลยีและ บริการ	Long-term care	Chronic care	ระบบบริการระดับ จังหวัด	ระบบสุขภาพชุมชน แบบบูรณาการ
องค์ประกอบเด่น	ความพร้อมและ การทำงานเป็นทีม	ลักษณะเทคโนโลยี บริบทใน-นอก องค์กร	ภาวะผู้นำและการ สื่อสาร	ความซับซ้อนของ นวัตกรรม	การมีส่วนร่วมใน พื้นที่	การจัดการแบบ บูรณาการและ ระดับพื้นที่
ความท้าทาย	COVID-19	ความซับซ้อน ต้นทุน	บุคลากร ไม่ประจำ	การรับรู้ของผู้รับ บริการต่อข้อมูล จำนวนมาก	ช่องว่างในการ สื่อสาร	การเชื่อมโยงใน หลายระดับ

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อความสำเร็จที่พบในงานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง

ประเด็น	COACH ¹¹	Telehealth/ mHealth ¹²	Huddles ¹³	Life Plan ¹⁴	Stroke seamless ¹⁵	CANDLE Model ¹⁶
ความพร้อมและ วัฒนธรรมองค์กร	วัฒนธรรมที่ สนับสนุนการ พัฒนาคุณภาพ	วัฒนธรรมที่ สอดคล้องกับ ภารกิจ	การมีผู้นำสนับสนุน และบรรยากาศการ ทำงานที่รับฟัง	มีการรับรู้วัฒนธรรม แต่กังวลต่อการ เปลี่ยนแปลง	วัฒนธรรม ส่งเสริม การมีส่วนร่วม	บริบทภายใน ออกแบบกลไก 4 ระดับที่สนับสนุน กัน
การทำงานเป็นทีม และการสื่อสาร ภายใน	ทีมช่วยลดภาระ- เพิ่มประสิทธิภาพ	-	กลุ่มประจักษ์ย่อย เพิ่มการแลกเปลี่ยน ข้อมูล	-	ถ่ายทอดข้อมูลจาก ผู้บริหารสู่พื้นที่ ยัง มีช่องว่าง	มีการสื่อสารใน หลายระดับ แต่ต้อง ปรับปรุงบางพื้นที่
การฝึกอบรมและ การเตรียมความพร้อม	-	การอบรมช่วย ลดความกังวลใน เทคโนโลยี	สถานการณ์ข้างงาน ของผู้ให้บริการ สุขภาพในหน่วย งาน	-	พัฒนาศักยภาพ บุคลากรเพื่อขับเคลื่อนโครงการ	พัฒนาศักยภาพ บุคลากรเพื่อขับเคลื่อนโครงการ

ตารางที่ 3 แสดงความแตกต่างกันตามบริบทที่พบในงานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง

ประเด็น	COACH ¹¹	Telehealth/ mHealth ¹²	Huddles ¹³	Life Plan ¹⁴	Stroke seamless ¹⁵	CANDLE Model ¹⁶
ลักษณะความซับซ้อนของวัฒนธรรม	-	เทคโนโลยีไม่สอดคล้องแนวทางปฏิบัติเดิม	-	ความเชื่อเกี่ยวกับการวางแผนชีวิตและความสามารถผู้ป่วยในการตัดสินใจ	-	ต้องประยุกต์ใช้เฉพาะพื้นที่ที่มีความแตกต่างตามบริบท
ผลกระทบจากเหตุการณ์ภายนอก	COVID-19 ส่งผลต่อการพยากรณ์การทำงาน	COVID-19 เร่งให้เทคโนโลยีได้รับความนิยม แต่เพิ่มความกังวลด้านข้อมูล	COVID-19 ส่งผลต่อการพยากรณ์การทำงาน	-	-	-
ระดับของการมีส่วนร่วมและโครงสร้างองค์กร	ประเมินความพร้อมก่อนดำเนินการ	การมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น และกระบวนการแผนชัดเจน	การนัดประชุมล่วงหน้า เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วม	ใช้กลไกระดับอำเภอ/จังหวัด/เขตสุขภาพ	-	-

จากงานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง พบว่ามีปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อความสำเร็จในสามประเด็นหลัก ได้แก่ ความพร้อมและวัฒนธรรมองค์กร การทำงานเป็นทีมและการสื่อสารภายใน และการฝึกอบรมพร้อมเตรียมความพร้อมของบุคลากร (ตารางที่ 2)

จากงานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง พบว่ามีปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อความสำเร็จใน 3 ประเด็นหลักตามที่แสดงใน ตารางที่ 3 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างกันตามบริบทเฉพาะในแต่ละงานวิจัย ทั้งด้านวัฒนธรรม ผลกระทบจากเหตุการณ์ภายนอก และระดับการมีส่วนร่วมรวมถึงโครงสร้างองค์กร

การประยุกต์ใช้ความรู้จากงานวิจัยตัวอย่างในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

การประยุกต์ใช้ความรู้จากงานวิจัยตัวอย่าง 6 เรื่อง ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเป็นกุญแจสำคัญในการยกระดับการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย

1. เตรียมความพร้อมทั้งองค์กรและบุคลากร เป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยองค์กรควรวางแผนในการจัดสรรทรัพยากร สนับสนุนการเรียนรู้ และสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เปิดรับนวัตกรรม พยาบาลควรได้รับการเพิ่ม หรือ ต่อยอดความรู้ เสริมทักษะ เพื่อพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงและนำความรู้ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพภายในทีมมีผลต่อความสำเร็จ การสื่อสารที่ดีในทีมลดความขัดแย้งภายในองค์กร สร้างความร่วมมือ ส่งเสริมให้การทำงานราบรื่น การให้บริการทางการพยาบาลมีคุณภาพสูงขึ้น การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพอาจอยู่ในรูปแบบของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อพัฒนางาน เป็นต้น

3. การทำงานร่วมกับหลายภาคส่วนจำเป็นต้องเข้าใจบริบทต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นบริบททางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความเหมาะสมและเกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด

4. การใช้เทคโนโลยีต้องพิจารณาเรื่องความซับซ้อนและต้นทุน แม้ว่าเทคโนโลยีจะอำนวยความสะดวกในการพยาบาลได้มาก แต่ความซับซ้อนของเทคโนโลยีและต้นทุนทั้งทางตรงและทางอ้อมที่สูง อาจนำไปสู่ความไม่คุ้มค่าต้นทุนและเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากรโดยไม่จำเป็น

5. การพยาบาลสามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงได้ หากได้รับการฝึกฝนและสนับสนุนให้เกิดทักษะผู้นำ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วย ดังนั้น หากพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนนวัตกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนและสร้างผลกระทบเชิงบวกต่อระบบสุขภาพ

6. การมีส่วนร่วมของพยาบาลในทุกระดับมีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนโครงการ การเปิดโอกาสให้พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในงานที่เกี่ยวข้อง จะช่วยเพิ่มความรับผิดชอบและความผูกพัน ส่งผลให้โครงการพัฒนาคุณภาพดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพตอบสนองต่อความต้องการทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะ

1. ประเมินความพร้อมก่อนดำเนินการโครงการ หรือ การนำนวัตกรรมใหม่ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้แนวทางการประเมินตามองค์ประกอบของ CFIR เพื่อให้สามารถประเมินทั้งอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนอย่างเป็นระบบหากเริ่มดำเนินการ

2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุก ระดับในกระบวนการพัฒนาและดำเนินโครงการ โดยใช้องค์ประกอบ ของ CFIR เป็นแนวทางเพื่อสร้างความเข้าใจ ความเป็นเจ้าของร่วม และส่งเสริมความสำเร็จเมื่อนำนวัตกรรมไปใช้จริง

3. ประยุกต์ใช้กรอบ CFIR เป็นแนวทางหลักในการพัฒนา ศักยภาพขององค์กรในด้านการประเมิน การวิเคราะห์ข้อมูล การใช้ ข้อมูลเพื่อสร้างระบบสนับสนุนภายในองค์กร

4. ควรพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการทำวิจัยและ ประยุกต์ใช้ Implementation research เพื่อส่งเสริมความสำเร็จ ในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

5. การศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาที่มุ่งเน้นไปที่ปัญหา เฉพาะด้าน หรือ กลุ่มประชากรเฉพาะกลุ่ม เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ที่ชัดเจนยิ่งขึ้นเกี่ยวกับกับประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด CFR ในบริบท ที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ การศึกษาดังกล่าว อาจอยู่ในรูปแบบของการ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) หรือ การทบทวนเชิงพรรณนาอย่างมีระบบ (narrative review)

สรุป

การพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลด้วยการสร้าง หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมีความ ก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตาม ความท้าทายสำคัญในเรื่อง การถ่ายทอดความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริง มักประสบปัญหา “ช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติ” การใช้กรอบแนวคิด เช่น CFIR จึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลดช่องว่างนี้ โดยมุ่งทำความเข้าใจว่าเหตุใด แนวปฏิบัติจึงได้ผล หรือ ไม่ได้ผลในบริบทจริง รวมถึงพัฒนา และประเมินกลยุทธ์เพื่อให้การนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้มี ประสิทธิภาพและยั่งยืน จากตัวอย่างการประยุกต์ใช้ CFIR ในการ วิจัยหลายกรณี ทั้งการพัฒนาเทคโนโลยีด้านสุขภาพ การดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง และการจัดการสุขภาพในบ้านพักผู้สูงอายุ พบว่า การ วิเคราะห์องค์ประกอบต่าง ๆ ตาม CFIR ช่วยให้สามารถออกแบบ กลยุทธ์ที่เหมาะสมกับบริบทองค์กรและผู้ปฏิบัติงาน ช่วยเพิ่มโอกาส ความสำเร็จในการนำนวัตกรรมไปใช้จริง เพราะองค์ความรู้ที่ไม่ถูก นำไปใช้ ย่อมไร้ผล การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด CFIR คือก้าว สำคัญในการเปลี่ยนแปลง ‘หลักฐาน’ ให้กลายเป็น ‘การปฏิบัติที่มี ผลลัพธ์’ อย่างแท้จริง อย่างไรก็ตามบทความนี้เป็นเพียงจุดเริ่มต้น ของการนำ Implementation research มาส่งเสริมความสำเร็จใน การพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ แต่ ยังมีข้อจำกัดในเรื่องการวิเคราะห์เชิงลึกในประเด็นเฉพาะด้าน หรือ กลุ่มเป้าหมายที่เฉพาะ เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างรอบด้านเกี่ยวกับ การนำ CFIR ไปใช้บริบทที่ต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้นิพนธ์ขอกราบขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ที่ ให้การสนับสนุนด้านเวลาและแหล่งสืบค้นข้อมูล อันเป็นส่วนสำคัญ ที่ทำให้การนิพนธ์บทความครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Angkhanit M, Somsup R, Wongpimon B. A Model for The Development of The Quality of The Nursing Service System by The Participation Process of The Nursing Research and Development Department Roi Et Hospital. Journal of Nursing and Health Care. 2021; 38(1): 107-16.
2. Vishnoi V, Chauhan P, Abdi IO, Chauhan S, Rani D, Tiwari N. The Impact of Evidence-Based Practice on Clinical and Patient-centered Nursing Outcomes: A Review of the Literature. Asian Journal of Research in Infectious Diseases. 2024;15(12):138–42.
3. Gassas R. Sources of the knowledge-practice gap in nursing: Lessons from an integrative review. Vol. 106, Nurse Education Today. Churchill Livingstone; 2021: 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105095>
4. Poorananon P, Yoksuriyan P, Kunpinit K, Boonpratum K. Relationship between Belief Perception and Evidenced-Based Nursing of Graduates of Boromarajonani College of Nursing Saraburi [Internet]. Online) Thai Journal of Public Health and Health Education. TJPHE; Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjphe/index>
5. Roberts NA, Young AM, Duff J. Using Implementation Science in Nursing Research. Vol. 39, Seminars in Oncology Nursing. Elsevier Inc.; 2023.
6. Tyler A, Glasgow RE. Implementing improvements: Opportunities to integrate quality improvement and implementation science. Hosp Pediatr. 2021;11(5):536–45.
7. Bierbaum M, Best S, Williams S, Fehlberg Z, Hillier S, Ellis LA, et al. The integration of quality improvement and implementation science methods and frameworks in healthcare: a systematic review. BMC Health Services Research. 2025; 25: 1-12.
8. Dolansky MA, Davey CH, Moore SM. Research and Practice in Quality Improvement and Implementation Science. J Nurs Care Qual. 2024;39(3):199–205.

9. Singh K, Huffman MD, Johnson LCM, Tandon N, Prabhakaran D, Mendenhall E. Collaborative Quality Improvement Strategy in Secondary Prevention of Cardiovascular Disease in India: Findings from a Multi-Stakeholder, Qualitative Study using Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). *Glob Heart*. 2022;17(1):1-14.
10. Peters DH., Tran NT., Adam Taghreed. Implementation research in health : a practical guide. World Health Organization; 2013. 67 p.
11. Shannon Canfield P, Rolbiecki A, Dorr D, Shaffer V, Martinez W, Montgomery E, et al. Title A Multisite CFIR Study of Readiness to Implement Collaboration Oriented Approach to Controlling High Blood Pressure (COACH) Priority 1 (Research Category) Dissemination and implementation research [Internet]. 2024. Available from: www.AnnFamMed.org. Copyright
12. Fowe IE. Evaluating Organizational Readiness for Change in the Implementation of Telehealth and mobile Health Interventions for Chronic Disease Management. *AMIA Jt Summits Transl Sci Proc*. 2021; 17: 210–219
13. Wills A, Krassikova A, Keatings M, Escrig-Pinol A, Bethell J, McGilton KS. Assessing the implementation of nurse practitioner-led huddles in long-term care using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). *BMC Nurs*. 2023 1;22(1).
14. Keller MS, Mavilian C, Altom KL, Erickson KF, Drudi LM, Woo K. Barriers to Implementing the Kidney Disease Outcomes Quality Initiative End-Stage Kidney Disease Life Plan Guideline. *J Gen Intern Med*. 2023;38(14):3198–208.
15. Namwong T, Arrirak N, Khumkaew J. Implementation Research: The Dissemination of Seamless Health Care System Based on Integration and participation for Elderly at Risk of Stroke, Yasothon Province. *Academic Journal of Community Public Health*. 2025; 11(1):95–108.
16. Nipudjakarnsoonthorn U, Kanyakan K. Evaluation of the implementation of further development to expand the community health system model to a seamless health service system for the elderly, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Public Health and Innovation*. 2024;4(3):1–15.