การรับรู้บทบาท และอุปสรรคด้านการสร้างเสริมสุขภาพของนักกายภาพบำบัดไทยในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

Perceptions, roles and barriers in health promotion of Thai physical therapists in secondary care hospitals

วรัสยาพร พงศธรไชยภัทร์ (จรูญชนม์), ปนดา เตชทรัพย์อมร*

Waratsayaporn Phongsatornchaiyapat(Jaroonchon), Panada Taechasubamorn*

ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Department of Physical Therapy, Allied Health Sciences, Naresuan University

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของนักกายภาพบำบัด ที่ผ่านมายังมีการศึกษาน้อยมากเกี่ยวกับการรับรู้และบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพของนักกายภาพบำบัดที่ทำงานในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิในประเทศไทย

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการรับรู้และบทบาทด้านกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ 5 ข้อ และด้านหลักการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ 3 ข้อตามกฎบัตรออตตาวา รวมถึงอุปสรรคในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของนักกายภาพบำบัดไทยในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

วิธีการวิจัย: การศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่มีประสบการณ์ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่า 3 ปี จำนวน 13 คน และการสนทนากลุ่มใน 3 เขตบริการสุขภาพ จำนวน 21 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: นักกายภาพบำบัดมีการรับรู้และบทบาทในกลยุทธ์การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพน้อยที่สุด กลยุทธ์ที่มีการรับรู้และบทบาทมากที่สุดคือการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ส่วนใหญ่มีการรับรู้และบทบาทในหลักการทำงานด้านการสร้างสมรรถนะให้ประชาชนและการทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการประสานงาน แต่ยังมีการรับรู้และบทบาทน้อยในด้านการสนับสนุนชี้แนะ อุปสรรคคือทัศนคติของนักกายภาพบำบัดต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญและทีมสหวิชาชีพขาดการรับรู้บทบาทของนักกายภาพบำบัดในงานสร้างเสริมสุขภาพ นโยบายและตัวชี้วัดที่ไม่เอื้อต่อการทำงาน และอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ

สรุปผล: นักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ยังขาดการรับรู้เกี่ยวกับกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและหลักการทำงานด้านการสนับสนุนชี้แนะ ส่งผลให้มีบทบาทด้านนี้น้อยกว่าบทบาทด้านอื่น การสนับสนุนปัจจัยเกื้อหนุนต่างๆ เป็นสิ่งสำคัญสำหรับนักกายภาพบำบัดในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

คำสำคัญ: บทบาท การรับรู้ การสร้างเสริมสุขภาพ นักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

ABSTRACT

Background: Health promotion is an important role of physical therapists. Very few studies have rarely been on the perceptions and roles of health promotion among physical therapists who have worked in secondary hospitals in Thailand.

Objective: To investigate perceptions and roles in five strategies and 3 basic principles for health promotion according to the Ottawa Charter and barriers in health promotion practice among Thai physical therapists in secondary hospitals.

Methods: This qualitative study with a phenomenological approach used in-depth interviews with 13 physical therapists who had experiences in health promotion for more than 3 years and 3 focus group discussions with 21 physical therapists from 3 health service sectors

*Corresponding author: Panada Taechasubamorn. Department of Physical Therapy, Allied Health Sciences, Naresuan University, Thailand. Email: ptpanada@gmail.com

Received: 25 May 2021; Revised: 20 Sep 2021; Accepted: 04 Jun 2022

for data collection. Data were analyzed by content analysis.

Results: Physical therapists had the least perceptions and roles in the strategy of building healthy public policy. They were well-perceived and had the most active roles in developing personal skills. Most of them had more perceptions and roles in the basic principles of competency development and mediating, but less in advocacy for health. The barriers were physical therapists' attitudes regarding health promotion, administrators overlooking the significance of and multidisciplinary team lacking perceptions of physical therapists' roles in health promotion, unconducive policies and indicators, and insufficient manpower.

Conclusion: Most physical therapists lack of perception in health promotion strategies, especially in building healthy public policy and the principle of advocacy. Subsequently, their contribution in this area is not as prominent as in other roles. Provision for supportive endeavors is critical for physical therapists in the health promotion domain.

Keywords: Role, Perception, Health Promotion, Physical Therapist, Secondary Care Hospitals

บทนำ

การสร้างเสริมสุขภาพ(health promotion) เป็นกระบวนการที่ทำให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ เพื่อให้เกิดสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี[1] สมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (American Physical Therapy Association, APTA) ระบุว่างานสร้างเสริมสุขภาพเป็นบทบาทหนึ่งของนักกายภาพบำบัด[2] นอกจากนี้ สมาพันธ์กายภาพบำบัดโลก (World Confederation for Physical Therapy, WCPT) ระบุว่านักกายภาพบำบัดมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและจัดการกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (noncommunicable disease)[3] ประเทศไทยมีตัวชี้วัดเกี่ยวกับงานสร้างเสริมสุขภาพในทุกกลุ่มวัย[4] แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปฐมภูมิ ทุติยภูมิและสุขภาพองค์รวมได้กำหนดให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของบริการกายภาพบำบัดในหน่วยบริการทุกระดับ[5] จากฐานข้อมูลด้านกำลังคนของสภากายภาพบำบัด พ.ศ. 2564 (personal communication) หน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่มีนักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานยังมีจำนวนน้อย คิดเป็นร้อยละ 0.37 ของจำนวนทั้งหมด (41/ 11,030 แห่ง) ในขณะที่ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิมีนักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานครอบคลุมทั่วประเทศ ดังนั้นนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิจึงมีบทบาทสำคัญในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ

นักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในภาครัฐควรนำทั้งกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ 5 ข้อ ตามกฎบัตรออตตาวามาใช้ในงานสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย 1.การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (building healthy public policy) 2.การสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาพดี (creating supportive environment) 3.การเสริมสร้างกิจกรรมให้ชุมชนเข้มแข็ง (strengthening community action) 4.การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (developing personal skills) 5.การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (reorienting health service systems)[6] และหลักการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ 3 ข้อ ได้แก่ 1.การสนับสนุน ชี้แนะให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนจนเกิดกระแสทางสังคม (advocate) 2.การสร้างสมรรถนะให้ประชาชนมีศักยภาพในการสร้างสุขภาพที่ดีด้วยตนเอง (enable) 3.การทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการประสานงาน (mediate)[7] การสำรวจโรงพยาบาลชุมชนที่มีนักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานจำนวน 78 แห่งทั่วประเทศ

ในพ.ศ. 2544 พบว่านักกายภาพบำบัดใช้เวลาในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพน้อยมาก เมื่อเทียบกับงานบำบัดรักษา (ร้อยละ 12 และ ร้อยละ 59.7 ตามลำดับ)[8] ส่วนหนึ่งอาจมาจากระบบงานที่ไม่เอื้ออำนวย ส่งผลให้นักกายภาพบำบัดไม่มีเวลาเน้นงานด้านส่งเสริมป้องกันในชุมชน[9] การศึกษาในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิพ.ศ. 2559 ได้ผลที่สอดคล้องกันพบว่าบทบาทของนักกายภาพบำบัดยังคงมุ่งเน้นบริการด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ[10]

การรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดโดยอาศัยประสบการณ์เดิมในการรวบรวมและจัดระบบข้อมูลของสิ่งเร้าที่เข้ามาแล้วแปลความหมายซึ่งนำไปสู่พฤติกรรม[11] ดังนั้น การที่นักกายภาพบำบัดจะเกิดพฤติกรรมการทำงานสร้างเสริมสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีการรับรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจุบันการศึกษาการรับรู้และบทบาทของนักกายภาพบำบัดด้านการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิยังมีน้อย การสำรวจการปฏิบัติงานและอุปสรรคของนักกายภาพบำบัดในหน่วยบริการทั้ง 2 ระดับข้างต้น ยังไม่สามารถสรุปได้ว่า การที่นักกายภาพบำบัดมีบทบาทน้อยในบริการสร้างเสริมสุขภาพมาจากปัจจัยเรื่องเวลาเพียงอย่างเดียว และยังไม่มีการศึกษาว่าการรับรู้สัมพันธ์กับบทบาทของนักกายภาพบำบัดอย่างไร ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการรับรู้และบทบาทในกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ 5 ข้อ หลักการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ 3 ข้อตามกฎบัตรออตตาวาและอุปสรรคของนักกายภาพบำบัดไทยที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาแนวอุตรวิสัย (trans-cendental phenomenology) ตามแนวคิดของ Edmund Husserl[12] โดยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ซึ่งการศึกษานี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขโครงการวิจัย 0208/60 COA No.329/2017 ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ.2560 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561

<u>กลุ่มตัวอย่าง</u>

ผู้ให้ข้อมูลเป็นนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิจาก 12 เขตบริการสุขภาพ อายุระหว่าง 26 ถึง 60 ปีการสัมภาษณ์เชิงลึกใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เริ่มต้นที่เขตละ 1 คน จากนั้นได้ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มจากวิธีการสุ่มแบบสายใยเชื่อมโยง (snowball sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้าได้แก่เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ด้านทำงานสร้างเสริมสุขภาพมากกว่า 3 ปี หรือเคยทำโครงการด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างน้อย 2 โครงการขึ้นไป หรือมีผลงานที่เกี่ยวกับงานสร้างเสริมสุขภาพเป็นที่ยอมรับตั้งแต่ในระดับจังหวัดขึ้นไป ผู้ที่ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกไม่ถูกนำเข้าร่วมในการสนทนากลุ่ม ส่วนการสนทนากลุ่มมี 3 กลุ่มจาก 3 เขตบริการสุขภาพที่ได้จากการสุ่มจากการจับฉลากจาก 12 เขตบริการสุขภาพ ยกเว้นกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นภาคเหนือ 1 เขต ภาคอีสาน1 เขตและภาคใต้ 1 เขต โดยผู้วิจัยได้ประสานให้ประธานเขตประชาสัมพันธ์ให้นักกายภาพบำบัดที่สนใจเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม กลุ่มละ 6-10 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่า 3 ปี

<u>เครื่องมือวิจัย</u>

ประกอบด้วยผู้วิจัยกับแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม การศึกษานี้ใช้ผู้วิจัยเพียงคนเดียวเป็นผู้สัมภาษณ์ ซึ่งผ่านการศึกษาวิชาระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพในระดับปริญญาโท โดยผ่านการอบรมหลักสูตรงานวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนางานสาธารณสุข ส่วนแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างประกอบด้วยคำถามปลายเปิดที่ครอบคลุม 2 ประเด็น ได้แก่ 1.การรับรู้ของนักกายภาพบำบัดด้านกลยุทธ์การ

สร้างเสริมสุขภาพ 5 ข้อและหลักการสร้างเสริมสุขภาพ 3 ข้อ ตามกฎบัตรออตตาวา 2.บทบาทและอุปสรรคของนักกายภาพบำบัดในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีการเรียงลำดับคำถามจากคำถามนำ คำถามตามและคำถามเจาะลึกดังแสดงในตารางที่ 1 ซึ่งก่อนนำแบบสัมภาษณ์ไปใช้จริง ผู้สัมภาษณ์ได้นำไปทดลองสัมภาษณ์เชิงลึกกับนักกายภาพบำบัดที่ทำงานในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิจำนวน 3 คนและสนทนากลุ่มจำนวน 1 กลุ่มจากเขตบริการสุขภาพที่ 5 ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 8 คน จากนั้นจึงนำข้อมูลจากการบันทึกภาคสนามมาพิจารณาร่วมกันกับผู้วิจัยอีก 2 คน เพื่อพิจารณาถึงความครอบคลุมความเหมาะสมของคำถามเพื่อปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้เหมาะสมยิ่งขึ้นแล้วจึงนำไปใช้จริง

การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลเริ่มจากประสานประธานเครือข่ายนักกายภาพบำบัดแต่ละเขตบริการสุขภาพเพื่อขอข้อมูลนักกายภาพบำบัดที่มีผลงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระดับจังหวัดหรือระดับเขต จากนั้นติดต่อเพื่อขอนัดสัมภาษณ์เชิงลึก เริ่มต้นที่เขตละ 1 คน ส่วนการสนทนากลุ่มใช้การจับฉลากเพื่อให้ได้ 1 เขตที่เป็นตัวแทนในแต่ละภาค กลุ่มละ 6-10 คน ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 90 นาทีต่อคนหรือต่อกลุ่ม โดยสัมภาษณ์ตามแนวคำถามในตารางที่ 1 ระหว่างการสัมภาษณ์มีการเก็บข้อมูลด้วยการบันทึกเสียงและจดบันทึกข้อมูล หลังจากการสัมภาษณ์หากมีบางประเด็นที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยมีการติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม หากพบว่าข้อมูลมีความอิ่มตัว (data saturation) จึงยุติการรวบรวมข้อมูล โดยพิจารณาจากการวิเคราะห์ข้อมูลหลังจากการเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง หากข้อมูลที่วิเคราะห์เริ่มมีความซ้ำซ้อนของข้อมูล ไม่พบข้อค้นพบหรือประเด็นใหม่จึงถือว่าข้อมูลนั้นอิ่มตัว

ตารางที่ 1 แนวคำถามสำหรับใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

หัวข้อ	คำถามหลัก	คำถามตอบ	คำถามเจาะลึก
1. การรับรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	- ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ คืออะไร	- กลยุทธ์ในการทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ ตามกฎออตตาวา มีอะไรบ้าง	- กลยุทธ์ในการทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพสอดคล้องกับการปฏิบัติงานหรือไม่ อย่างไร - คุณคิดว่า กลยุทธ์ในการทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพสามารถนำไปปฏิบัติงานได้อย่างเป็นรูปธรรมจริงหรือไม่ อย่างไร
		- คุณคิดว่าหลักการพื้นฐานของการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มีอะไรบ้าง	- คุณคิดว่าหลักการพื้นฐาน 3 ข้อ สอดคล้องกับการปฏิบัติงานหรือไม่ อย่างไร - คุณคิดว่าหลักการพื้นฐาน 3 ข้อ สามารถนำไปปฏิบัติงานได้อย่างเป็นรูปธรรมจริงหรือไม่ อย่างไร
2. บทบาทและอุปสรรคด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	- ที่แผนกมีการให้บริการด้านใดบ้าง - บทบาทด้านสร้างเสริมสุขภาพของคุณเป็นอย่างไรบ้าง	- มีนักกายภาพบำบัดกี่คน - มีการแบ่งงานกันอย่างไร - คุณมีการทำงานเกี่ยวกับด้านสร้างเสริมสุขภาพอย่างไรบ้าง -คุณคิดว่าอะไรเป็นอุปสรรคสำหรับนักกายภาพบำบัดที่จะทำงานสร้างเสริมสุขภาพ	- งานสร้างเสริมสุขภาพ หลักๆ ในแผนกใครเป็นคนทำ - สัดส่วนของงานสร้างเสริมสุขภาพเมื่อเทียบกับงานด้านอื่นๆ เป็นอย่างไร - มีการทำโครงการที่เกี่ยวกับงานสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่ อย่างไร - คุณคิดว่าบทบาทของนักกายภาพบำบัดด้านงานสร้างเสริมสุขภาพควรเป็นอย่างไร

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

มีการสรุปข้อมูลเบื้องต้นหลังจากสัมภาษณ์ทุกครั้ง เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบข้อมูลว่ามีความหมายตรงกัน จากนั้นทำการถอดเนื้อความจากเครื่องบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ (verbatim transcription) ผู้วิจัยทั้ง 3 คน อ่านข้อความ (text) เพื่อร่วมกันระบุและนิยามประเด็นหลัก (theme) เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันและสร้างรหัสของประเด็นหลัก (code theme) เพื่อสื่อถึงประเด็นหลักนั้น จากนั้นทีมผู้วิจัยร่วมกันอ่านข้อความแบบ close reading โดยอ่านจนครบทั้งฉบับเพื่อให้เห็นภาพรวมของข้อมูลก่อน จากนั้นจึงอ่านอีกครั้ง โดยติดป้ายรหัส (code labeling) เพื่อใช้ในการแยกประเด็นหลัก นำข้อความจากการติดป้ายรหัสมาเปรียบเทียบกันในระหว่างผู้วิจัยทั้ง 3 คนเพื่อลดอคติ จากนั้นจัดเรียงข้อความที่มีป้ายรหัสเดียวกันรวมเป็นกลุ่มเดียวกันโดยใช้โปรแกรม microsoft excel 2013 อ่านข้อความที่มีรหัสเดียวกันเพื่อวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) สกัดสาระสำคัญแล้วจำแนกเป็นประเด็นย่อย (sub-theme) จากนั้นอ่านแต่ละประเด็นย่อยเพื่อสรุปรายละเอียดและตีความหมาย เพื่อสร้างคำอธิบายของปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยในแต่ละขั้นตอนมีการสอบทานผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้วิจัยทั้ง 3 คน (review triangulation) และจากวิธีการเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มซึ่งเป็นการตรวจสอบสามเส้าในด้านแหล่งข้อมูล (data triangulation)

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดมีจำนวน 34 คน ประกอบด้วยกลุ่มสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 13 คน จาก 11 เขตบริการสุขภาพ เขตละ1 คน โดยเขต 7 มีผู้ให้ข้อมูลเพิ่มขึ้นอีกจำนวน 2 คน ที่ได้จากวิธีการสุ่มแบบสายใยเชื่อมโยง เนื่องจากเป็นเขตที่มีนักกายภาพบำบัดที่มีผลงานด้านสร้างเสริมสุขภาพที่ชัดเจนมากกว่า 1 คน และเขต 6 ไม่พบนักกายภาพบำบัดที่เข้าเกณฑ์คัดเข้าในการสนทนากลุ่มมีจำนวน 21 คน จาก 3 เขตบริการสุขภาพ ได้แก่เขต 1 จำนวน 6 คน เขต 10 จำนวน 7 คน เขต 12 จำนวน 8 คน

ตารางที่ 2 แสดงคุณลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ในกลุ่มสัมภาษณ์เชิงลึกมีอายุเฉลี่ย 38±5.10 ปี กลุ่มสนทนากลุ่มมีอายุเฉลี่ย 30.29±4.36 ปี ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ระดับการศึกษาสูงสุดของทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่เหมือนกันคือระดับปริญญาตรี สถานภาพการทำงานในกลุ่มสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นข้าราชการทั้งหมด ส่วนกลุ่มสนทนากลุ่มเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุดคือ 9 คน (ร้อยละ 42.86) ผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มสัมภาษณ์เชิงลึกส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุติยภูมิในระดับ F1 (90-120 เตียง) จำนวน 6 คน (ร้อยละ 46.15) ปฏิบัติงานมากที่สุดในแผนกที่มีอัตรากำลังของนักกายภาพบำบัด 4-5 คนต่อโรงพยาบาลจำนวน 7 คน (ร้อยละ 53.85) ผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มสนทนากลุ่มส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับ F3 (10-30 เตียง) จำนวน 15 คน (ร้อยละ 71.42) และปฏิบัติงานมากที่สุดในแผนกที่มีอัตรากำลังของนักกายภาพบำบัด 2-3 คนต่อโรงพยาบาลจำนวน 12 คน (ร้อยละ 57.14) นอกจากนี้กลุ่มสัมภาษณ์เชิงลึกมีประสบการณ์การทำงานสร้างเสริมสุขภาพเฉลี่ย 14.38±5.28 ปี กลุ่มสนทนากลุ่มมีประสบการณ์เฉลี่ย 6.62±3.29 ปี กลุ่มสัมภาษณ์เชิงลึกส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 15 ปี จำนวน 8 คน (ร้อยละ 61.54) ส่วนกลุ่มสนทนากลุ่มส่วนใหญ่มีประสบการณ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี จำนวน 17 คน (ร้อยละ 80.95)

ตารางที่ 2 คุณลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล จำนวน 34 คน

ข้อมูล	สัมภาษณ์เชิงลึก (n=13)	แบบสนทนากลุ่ม (n=21)
อายุเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) (ปี)	38 (5.10)	30.29 (4.36)
เพศ [จำนวนคน (ร้อยละ)]		
- ชาย	5 (38.46)	5 (23.80)
- หญิง	8 (61.54)	16 (76.19)
ระดับการศึกษา [จำนวนคน (ร้อยละ)]		
- ปริญญาตรี	11 (84.61)	19 (90.48)
- ปริญญาโท	2 (15.38)	2 (9.52)
สถานภาพการทำงาน [จำนวนคน (ร้อยละ)]		
- ข้าราชการ	13 (100)	6 (28.57)
- ลูกจ้างชั่วคราว	0	6 (28.57)
- พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	0	9 (42.86)
ระดับโรงพยาบาลทุติยภูมิ [จำนวนคน (ร้อยละ)]		
- F3 (10-30 เตียง)	3 (23.08)	15 (71.42)
- F2 (60-90 เตียง)	3 (23.08)	2 (9.52)
- F1 (90-120 เตียง)	6 (46.15)	1 (4.76)
- M2 (120 เตียงขึ้นไป)	1 (7.69)	3 (14.28)
จำนวนนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาล [จำนวนคน (ร้อยละ)]		
- 1 คน	0	2 (9.52)
- 2 – 3 คน	4 (30.77)	12 (57.14)
- 4 – 5 คน	7 (53.85)	6 (28.57)
- 6 – 7 คน	1 (7.69)	1 (4.76)
- 8 – 9 คน	0	0
- 10 คนขึ้นไป	1 (7.69)	0
จำนวนปีเฉลี่ยในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) (ปี)	14.38 (5.28)	6.62 (3.29)
ประสบการณ์การทำงาน [จำนวนคน (ร้อยละ)]		
- มากกว่า 15 ปี	8 (61.54)	4 (19.08)
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี	5 (38.46)	17 (80.95)

การรับรู้กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ 5 ข้อ

จากตารางที่ 3 พบว่า นักกายภาพบำบัดทุกคนรับรู้กลยุทธ์ด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (ร้อยละ 100) กลยุทธ์ที่เหลืออีก 4 ด้าน พบสัดส่วนของนักกายภาพบำบัดที่รับรู้เรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ กลยุทธ์ด้านการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (ร้อยละ 64.70) กลยุทธ์ด้านการเสริมสร้างกิจกรรมให้ชุมชนเข้มแข็ง (ร้อยละ 47.05) กลยุทธ์ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาพดี (ร้อยละ 35.29) และกลยุทธ์ด้านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (ร้อยละ 26.47) เมื่อวิเคราะห์แยกตามประสบการณ์การทำงาน พบว่า นักกายภาพบำบัดที่มี

ประสบการณ์การทำงานมากกว่า 15 ปี ทุกคนรับรู้กลยุทธ์ 4 ด้าน คือกลยุทธ์ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาพดี ด้านการเสริมสร้างกิจกรรมให้ชุมชนเข้มแข็ง ด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และด้านการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ ส่วนกลยุทธ์ด้านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมีการรับรู้ร้อยละ 75 ในส่วนของนักกายภาพบำบัดที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี พบว่าทุกคนรับรู้กลยุทธ์ด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (ร้อยละ 100) รองลงมา คือ กลยุทธ์ด้านการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (ร้อยละ 45.45) และกลยุทธ์ด้านการเสริมสร้างกิจกรรมให้ชุมชนเข้มแข็ง (ร้อยละ 18.18) ตามลำดับ ส่วนกลยุทธ์ด้านที่เหลืออีก 2 ด้าน คือกลยุทธ์ด้านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และกลยุทธ์ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาพดี ไม่พบนักกายภาพบำบัดที่มีประสบการณ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี รับรู้เกี่ยวกับกลยุทธ์ทั้ง 2 ด้านนี้ในการแบ่งเป็น2 กลุ่มระหว่างกลุ่มที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 15ปีและน้อยกว่า 15 ปี เนื่องจากสถานการณ์ในช่วงก่อน พ.ศ.2546 ของกลุ่มที่มีประสบการณ์มากกว่า 15 ปี นั้นยังไม่เกิดระบบการจัดสรรงบประมาณบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของสปสช. ซึ่งระบบนี้เริ่มใช้ใน พ.ศ.2546 เป็นต้นมาทำให้บริบทของการปฏิบัติงานในทั้ง 2 กลุ่มนี้มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 3 จำนวนและสัดส่วนของนักกายภาพบำบัดที่มีการรับรู้และบทบาทด้านกลยุทธ์และหลักการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ

ข้อมูลผู้ให้ข้อมูล [จำนวนคน (ร้อยละ)]	การรับรู้			บทบาท		
ประสบการณ์ทำงาน	รวม (n=34)	>15 ปี (n=12)	≤15 ปี (n=22)	รวม (n=34)	>15 ปี (n=12)	≤15 ปี (n=22)
กลยุทธ์ข้อที่ 1 การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	9 (26.47)	9 (75)	0 (0)	2 (5.88)	2 (16.66)	0 (0)
กลยุทธ์ข้อที่ 2 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาพดี	12 (35.29)	12 (100)	0 (0)	12 (35.29)	12 (100)	0 (0)
กลยุทธ์ข้อที่ 3 การเสริมสร้างกิจกรรมให้ชุมชนเข้มแข็ง	16 (47.05)	12 (100)	4 (18.18)	15 (44.11)	12 (100)	3 (13.63)
กลยุทธ์ข้อที่ 4 การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล	34 (100)	12 (100)	22 (100)	34 (100)	12 (100)	22 (100)
กลยุทธ์ข้อที่ 5 การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ	22 (64.70)	12 (100)	10 (45.45)	22 (64.70)	12 (100)	10 (45.45)
หลักการข้อที่ 1 สนับสนุน ชี้แนะให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนจนเกิดกระแสทางสังคม	12 (35.29)	12 (100)	0 (0)	2 (5.88)	2 (16.66)	0 (0)
หลักการข้อที่ 2 การสร้างสมรรถนะให้ประชาชนมีศักยภาพในการสร้างสุขภาพที่ดีด้วยตนเอง	34 (100)	12 (100)	22 (100)	34 (100)	12 (100)	22 (100)
หลักการข้อที่ 3 การทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการประสานงาน	23 (67.64)	12 (100)	11 (50.0)	8 (23.52)	7 (58.33)	1 (4.55)

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ 5 ข้อ สรุปได้ว่ากลยุทธ์ด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลเป็นกลยุทธ์ที่นักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิมีการรับรู้มากที่สุด รองลงมาคือกลยุทธ์ด้านการปรับระบบบริการสุขภาพ กลยุทธ์ด้านการสร้างเสริมกิจกรรมให้ชุมชนเข้มแข็ง กลยุทธ์ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาพที่ดี และกลยุทธ์ด้านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพตามลำดับ ในกลยุทธ์ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาพดี มีการรับรู้ว่าในระดับบุคคลหรือระดับหน่วยงานนักกายภาพบำบัดสามารถมีส่วนในการสนับสนุนให้เกิดได้ แต่หากเป็นในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะทำหน้าที่ในข้อนี้เป็นหลัก ส่วนกลยุทธ์ด้านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่มีการรับรู้น้อยที่สุด บางคนอาจรับรู้แต่ขาดโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมในการสร้างนโยบายดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

1. กลยุทธ์ด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล

..ของพี่ก็คือให้ความรู้เรื่องบุหรี่ ในกลุ่มครอบครัว CVA ที่มีการบริโภคยาสูบ เพราะเรื่องพฤติกรรมการบริโภคยาสูบมันแก้ยากระดับนึง แต่มันสำคัญ..ถ้าผู้ป่วยไม่สูบแต่ว่าคนดูแลหรือญาติสูบพี่ก็จับเข้าโครงการ แต่พี่ทำแค่ 25ครอบครัว เพราะทำเยอะมันทำยาก..(นักกายภาพบำบัด L ประสบการณ์ทำงาน 25 ปี)

2. กลยุทธ์ด้านการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ

..ญาติ แล้วยังมีที่ไม่ใช่คนป่วยอยากมาออกกำลังกายในแผนกกายภาพ ไปชวนกันมามันเยอะเยอะขึ้น..จะทำที่เตียงก็ไม่ได้ ก็ขอพื้นที่ส่วนอื่น ก็พาเค้าทำ..OPD รู้ อยากให้เราไปทำที่ OPD ก็เลยไป OPDก็พาเค้าออกกำลังกายก็สนุกมากใครก็อยากมา..อ่าวมันเยอะขึ้นเยอะขึ้น กลุ่มออกกำลังกายก็อยากมา อยากมาเรียนด้วย ก็เชิญเราไปที่ศาลเจ้าปู่ไปนำแอโรบิก..(นักกายภาพบำบัด F ประสบการณ์การทำงาน 19 ปี)

3. กลยุทธ์ด้านการเสริมสร้างกิจกรรมให้ชุมชนเข้มแข็ง

..กิจกรรมอ่ะเราไม่ได้เซ็ทเอง ให้ชุมชนเซ็ทเอง ..เพราะการที่เค้าคิดเอง ได้ทำเองจะดีกว่าการที่เราเซ็ทให้เค้า..นักกายภาพอ่ะเหมือนเป็นคนช่วยเป็นคนซัพพอร์ททรัพยากรบางอย่างที่ชุมชนไม่มี เช่น องค์ความรู้ อุปกรณ์บางอย่าง..(นักกายภาพบำบัด H ประสบการณ์การทำงาน 17 ปี)

4. กลยุทธ์ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาพดี

..การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อในชุมชนอืมยังไม่ถึงกับเป็นระดับชุมชน ยังเป็นเฉพาะบุคคลอยู่ อืมยังเป็นเหมือนกับลงไปปรับสิ่งแวดล้อมให้มากกว่า แต่ในชุมชนเลยไม่ได้เป็นอ่ะ..(นักกายภาพบำบัด E ประสบการณ์การทำงาน 11 ปี)

..ถ้าการสร้างสภาพแวดล้อมในชุมชน..ส่วนใหญ่อบต.เค้าก็จะดำเนินการไปแล้ว..จะมีตั้งไปก่อนที่เราจะเข้าไป approach..มีลานออกกำลังกายที่อบต.สนับสนุน..หรือเทศบาลเค้าจะเซ็ทไว้เลย..เพราะเค้ามีงบประมาณไงน้อง ก็เลยจะเป็นเหมือนกับว่าทุกแห่ง..จัดโซนออกกำลังกายไว้ให้เกือบหมดเลย..(นักกายภาพบำบัด G ประสบการณ์การทำงาน 20 ปี)

5. กลยุทธ์ด้านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

..งานนี้ถ้ามันจะประสบความสำเร็จ เราก็น่าจะมีส่วนตั้งแต่การกำหนดบทบาท นโยบายต่างๆ ของ ในงานนั้นของโรงพยาบาลเรานะครับ มีส่วนร่วมในทีมต่างๆที่ทำกิจกรรมเกี่ยวกับงาน Health promotion ต่างๆ นะครับ..(นักกายภาพบำบัด FAP10 ประสบการณ์ทำงาน 11 ปี)

การรับรู้หลักการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ 3 ข้อ

กลุ่มที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 15 ปีมีการรับรู้หลักการทำงานสร้างเสริมสุขภาพครบ 3 ข้อ (ร้อยละ100) ทั้งการสร้างสมรรถนะให้ประชาชน การทำ

หน้าที่เป็นสื่อกลางในการประสานงานและการสนับสนุน ชี้แนะ ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนจนเกิดกระแสทางสังคม สามารถทำจนเกิดเป็นเครือข่ายส่วนกลุ่มที่มีประสบการณ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปีส่วนใหญ่จะรับรู้เพียง 2 ข้อคือการสร้างสมรรถนะให้ประชาชน(ร้อยละ 100) และการทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการประสานงาน (ร้อยละ 50) ดังตารางที่ 3 นอกจากนี้นักกายภาพบำบัดบางคนรับรู้ว่าการสร้างสมรรถนะให้ประชาชนเป็นงานประจำในคลินิกที่นักกายภาพบำบัดควรทำหลังการรักษาผู้ป่วยเพื่อเพิ่มศักยภาพในการทำให้สุขภาพตนเองดีขึ้น และลดการกลับมาเป็นซ้ำ

..แค่สนับสนุนส่งเสริม เอื้อให้เขาสามารถพัฒนาเองได้..เราเข้าไปแก้อย่างเดียวแล้วมันไม่โอเคเนอะ ไม่ค่อยหายเท่าไหร่ แต่เวลาเราเข้าไปปลดล็อก สนับสนุน ส่งเสริม จัดเวทีให้เค้าได้แลกเปลี่ยน เหมือนมันอะไรอะไรมันก็ดีขึ้น มันดีดี๊ดี..จริงๆ เราแค่เปิดโอกาส บางทีเราอาจจะฟังคนไข้น้อยไปก็ได้..(นักกายภาพบำบัด A ประสบการณ์ทำงาน 15 ปี)

..พี่อะทำงานผ่านเครือข่าย งั้นพี่ทำงานไม่ได้เลยทุกวันนี้..ที่อำเภอพี่เน้นเครือข่ายอย่างเดียวเลยครับเพราะว่ามันได้ผลที่สุด..ไม่สามารถทำได้ด้วยตัวคนเดียวนะครับ กายภาพเราเป็นทีมเลยเป็นเครือข่ายเลย เน้นเลย..(นักกายภาพบำบัด I ประสบการณ์การทำงาน 18 ปี)

..ใช่ความยั่งยืนมาด้วย มันจะกลายเป็นองค์ความรู้ที่อยู่กับเขาไปโดยตลอด แล้วเขาก็จะสามารถถ่ายทอดคนหนึ่ง ไปยังอีกคนหนึ่ง ดีกว่าเรานั่งรอถ่ายทอดกับคนไข้..เราเนี่ยให้ทีละ10 20 ถ้าเราทำรักษาอย่างเดียว..เค้าไปเนี่ยได้ขยายทวีคูณเป็นสิบ 200 300 400 เพราะเค้ามีการปฏิสัมพันธ์กันเค้าอยู่ในชุมชน เค้าแลกเปลี่ยนกัน .. (นักกายภาพบำบัด A ประสบการณ์การทำงาน 15 ปี)

..เราเป็นนักกายภาพบำบัดเราจะมีองค์ความรู้อยู่แล้วด้านของการexerciseก็ใส่เข้าไปอย่างคนไข้ออร์โธ รักษาเสร็จ ก็ส่งเสริมให้ออกกำลังกายเข้าไป อาการจะได้ดีขึ้นป้องกันการrecurrent ของโรค.. (นักกายภาพบำบัด J ประสบการณ์การทำงาน 16 ปี)

การรับรู้ด้านอื่นๆ ที่เป็นส่วนสำคัญต่อความสำเร็จของการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของนักกายภาพบำบัดที่ค้นพบจากการศึกษาในครั้งนี้ มี 3 ข้อ คือ 1.การมีมุมมองของการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งทุกคนรับรู้ว่างานด้านนี้สามารถทำได้ในทุกกลุ่มวัย ทั้งกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย โดยการทำงานเป็นองค์รวมต้องดูปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมร่วมด้วย บางคนรับรู้ว่างานสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญมาก ควรเน้นเป็นงานหลัก 2.การสร้างบุคคลต้นแบบในชุมชน และนักกายภาพบำบัดควรเป็นบุคคลต้นแบบของการมีสุขภาพที่ดีด้วยเช่นกันและ 3.คุณลักษณะของนักกายภาพบำบัดที่จะทำงานด้านนี้ประกอบด้วย4 ข้อ คือ3.1 มนุษยสัมพันธ์ที่ดี เป็นมิตร มีทักษะในการสื่อสาร 3.2 อ่อนน้อม มีสัมมาคาราวะ 3.3 ยืดหยุ่นในการทำงาน 3.4 สามารถเป็นเนื้อเดียวกับชุมชนจนได้รับความไว้เนื้อเชื่อใจความศรัทธา จากคนในชุมชน

..มันสอดแทรกได้ทุกบทบาท ทุกกลุ่มวัย ทุกสถานการณ์ แล้วก็ทุกโรคด้วย..ต้องมีวิธีการส่งเสริมสุขภาพในแต่ละโรคในแต่ละวัยที่แตกต่างกัน..รักษาเสร็จก็ต้องส่งเสริมสุขภาพไม๊..กลุ่มคนไข้rehabพอเราgainขึ้นมาได้คุณก็ต้องส่งเสริมสุขภาพ..ต้องแทรกซึมอยู่ในทุกอณูของการทำงานในเชิงระบบสุขภาพ..รักษาอย่างเดียวแต่ไม่ได้คำนึงถึงปัจจัยรอบข้างหรือปัจจัยส่งเสริมด้านอื่นเลย ยังไงก็ไม่ถึงจุดมุ่งหมายในการดูแลคนไข้คนนี้ ..(นักกายภาพบำบัด J ประสบการณ์ทำงาน 16 ปี)

..ให้มองคนไข้แบบองค์รวม..ด้าน health promotion ว่าการมีสุขภาพที่ดีไม่ได้เกิดจากเจ้าหน้าที่เป็นคนให้อย่างเดียว แต่เกิดจากทัศนคติของตัวผู้ป่วยญาติสิ่งแวดล้อมภายนอกรอบตัวของผู้ป่วย ดังนั้นญาติและสังคมต้องมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพ..(นักกายภาพบำบัด C ประสบการณ์ทำงาน 13 ปี)

..อย่างที่บอกว่าต้องทำอะไรก็ตามให้ health promotion มันเด่นขึ้นมาก่อนฟื้นฟู มันเป็นหน้าที่ของเราที่ต้องช่วยกันละแต่มันช่วยกันลำบากมากเพราะอะไร..ตอนนี้ฟื้นฟูติดหน้าผากเราเลย..แล้วเราจะทำยังไงให้น้องๆมีแนวทางอ่ะ..(นักกายภาพบำบัด I ประสบการณ์ทำงาน 18 ปี)

..นักกายภาพบำบัดต้องสร้าง role model ออกมาให้ได้..ต้องทำจนขนาดว่าแบบสำเร็จให้เห็นเป็นกลุ่มคน ให้ได้ว่าเนี่ยว่าเค๊าสุขภาพดีขึ้นจริงๆ ลดนั่น เพิ่มนี่ได้.. (นักกายภาพบำบัด H ประสบการณ์ทำงาน 17 ปี)

.. ต้องเป็นคนรักสุขภาพก่อนเป็นเหมือนrole model..ถ้าไม่ดูแลสุขภาพไม่ส่งเสริมตัวเอง จะไปบอกคนอื่นสอนคนอื่นไม่ได้หรอก..(นักกายภาพบำบัด L ประสบการณ์ทำงาน 25 ปี)

..จะทำเรื่อง promote ไปด้วยมิตรภาพ เป็นมิตรก่อน มีสัมมาคารวะ ยิ้มย้งยิ้มแย้ม มีประสบการณ์แต่ไม่ต้องโชว์ เพราะว่าเวลาเราไปทำเนี่ยมันจะฟิกเรา..ไปเหมือนเป็นลูกเป็นหลานเค้าก็จะมีกระบวนการให้..ภาพของเราคือลงไปแล้วสามารถได้รับความไว้เนื้อเชื่อใจจากเขาได้พอได้ปั๊บเนี่ยเราอยากทำpromoteเรื่องอะไรมันก็จะได้..(นักกายภาพบำบัด A ประสบการณ์ทำงาน 15 ปี)

..คนที่จะทำงาน health promotion ได้ดีเนี่ยต้องเป็นคน service mind อ่ะ คือเหมือนมีใจรักบริการ เพราะบางคนชอบแต่งานคลินิก ฉันต้องแป๊ะๆ แบบเนี้ย มันต้องเป็นคนยืดหยุ่นกับการทำงาน มีทักษะในการสื่อสารสูง ทักษะในการสื่อสารมันต้องมีก่อน..(นักกายภาพบำบัด B ประสบการณ์ทำงาน 10 ปี)

..ถ้าเรามองดีๆ ก็คือ health promotion อาจจะหนักในช่วงแรก การที่เราจะไปทำให้เค้าเห็นด้วยกับเรา สร้างเสริมมาดูแลสุขภาพตัวเองเนี้ย อาจจะต้องใช้กลวิธีต่างๆในการที่จะไปแทรกซึมทำให้เค้ามาทำตามเรา มันอาจจะยากในช่วงแรก แต่ว่าทำไปเรื่อยๆ แล้วเกิดความเชื่อความศรัทธาแล้วทำต่อเนื่อง อนาคตมองว่างานเราจะน้อยลง..คนป่วยจะน้อยลง..(นักกายภาพบำบัด C ประสบการณ์ทำงาน 13 ปี)

บทบาทด้านกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ 5 ข้อ

การมีบทบาทในการนำกลยุทธ์ 5 ข้อมาใช้ในงานสร้างเสริมสุขภาพนั้น นักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ไม่ได้มีบทบาทด้านนี้ครบทุกข้อ มีเพียง 2 คน ที่สามารถมีบทบาทครบทุกข้อ โดยกลยุทธ์ที่นักกายภาพบำบัดมีบทบาทมากที่สุดคือการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล มีการทำครอบคลุมใน 5 กลุ่มวัย กลุ่มเด็กปฐมวัย กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ รองลงมาคือ กลยุทธ์การเสริมสร้างกิจกรรมให้ชุมชนเข้มแข็ง กลยุทธ์การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ และกลยุทธ์การสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาพดี ส่วนกลยุทธ์ที่มีบทบาทน้อยที่สุดคือ กลยุทธ์ด้านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ซึ่งมีเพียงนักกายภาพบำบัด 2 คนจากทั้งหมด34 คนดังตารางที่ 3 ที่มีบทบาทในกลยุทธ์ด้านนี้ โดยยังเป็นเพียงบทบาทภายในโรงพยาบาล ยังไม่สามารถเข้าไปถึงในระดับมีส่วนร่วมกำหนดนโยบายสุขภาพกับท้องถิ่นในชุมชน

..เด็กอ้วนอันนี้ก็คือเด็กเราไปสกรีนมาจากโรงเรียน ด้วยความที่..โรงเรียนอนุบาล มันมีเด็กอ้วนเกินมาตรฐาน เราเอากลุ่มนี้แหล่ะมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้เด็กรู้เรื่องของว่าเอ้ยภาวะอ้วนเนี่ยมันเกิดจากอะไร..แล้วเราค่อยไปแอ็ดเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพ เรื่องการออกกำลังกายเข้าไป..เราก็ไปดูเลือกกินเป็นยัง..เลือกฉลากดูมันก็จะกินน้อยลง..ไปออกกำลังกายแบบนี้นะ ไปเล่น เราไม่ได้พูดว่าออกกำลังกายในเด็กเอ๊ยไปเล่นอันนี้บ้างสิ เด็กมันก็จะทำ..(นักกายภาพบำบัด D ประสบการณ์การทำงาน 15 ปี)

..ที่ลงไปเอง คือหญิงตั้งครรภ์ เสนอตัวเองอันนั้นหน่ะ ไม่มีนโยบาย...เป็น exercise พูดเรื่องเกี่ยวความรู้ทางสรีระวิทยาการออกกำลังกายในคนท้อง..(นักกายภาพบำบัด E ประสบการณ์ทำงาน 11 ปี)

..ส่วนเรื่องของเชิงป้องกัน ไปสอนความรู้ เรื่องของการดูแลการยกของและ Posture พี่โฟกัสเรื่องนี้มาก..เราจะสอนผู้สูงอายุและก็วัยทำงานยกของได้แบบไหน ที่ไม่ให้บาดเจ็บ..(นักกายภาพบำบัด F ประสบการณ์การทำงาน 19 ปี)

..คืนชราสู่สังคมนี่พี่ก็ยังทำเลย..คนแก่เราบอกว่าอยากให้คนที่ติดบ้านออกมาอยู่ติดสังคมอ่ะ..เค้าอยากไปวัดนะ เค้ามาไม่ได้..รถเข็นเราซื้อมาสี่ห้าพัน เรามา adapt รถจักรยานมาเป็น3ล้อปั่นเค้าปั่นออกไปได้.. เค้าปั่นไปวัด ตอนเย็นปั่นมารวมกัน..กลายเป็นชุมนุม กลายเป็นคนแก่นั้นคืนสู่สังคมอย่างเงี้ย..(นักกายภาพบำบัด I ประสบการณ์การทำงาน 18 ปี)

..เป็นคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล... คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพงานนี้เป็นหลักเลยที่เรากำหนดสิ่งต่างๆ เช่น KPI ของโรงพยาบาล ก็คือต้องมี BMI ไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน..จากที่คุณไม่เป็นโรค คุณเป็นโรคจะถูกตัดแต้มผลประเมินความดีความชอบ..อันนี้คือในภาพของโรงพยาบาลเนอะ ในภาพของอำเภออาจจะยังไม่ใช่เชิงกำหนดแต่เราสามารถแสดงความคิดเห็นให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับคณะกรรมการชุดนี้ได้..(นักกายภาพบำบัด J ประสบการณ์ทำงาน 16 ปี)

บทบาทตามหลักการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ 3 ข้อ

กลุ่มที่มีประสบการณ์มากกว่า 15 ปีขึ้นไป จะมีบทบาทตามหลักการสร้างเสริมสุขภาพครบ ทั้ง 3 ข้อ ซึ่งบทบาทที่พบมากที่สุดคือ การสร้างสมรรถนะให้ประชาชน รองลงมาคือบทบาทการทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการประสานงานและบทบาทที่พบน้อยที่สุดคือ ด้านการสนับสนุน ชี้แนะให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนจนเกิดกระแสทางสังคมซึ่งพบเพียงนักกายภาพบำบัด 2 คนที่สามารถทำได้

..เราดีไซน์ท่าออกกำลังกาย 5 ท่าพิชิตพุง 7 ท่าโยคะสลายไขมัน เอา 2 โปรแกรมเนี้ยเข้าไปใช้ในอสม. ใน11หมู่บ้าน แล้วก็คัดออกมาในกลุ่มที่เสี่ยง..เข้าโปรแกรมเลยค่ะ 8 สัปดาห์ ผลออกมาก็คือว่า สามารถที่จะลดพุงได้..(นักกายภาพบำบัด C ประสบการณ์การทำงาน 13 ปี)

..กิจกรรมนี้ผมจะมีให้เกี่ยวกับเรื่องของการฝึกสมอง.จัดที่รพ.สต.ครับ..อยากได้ความรู้เรื่องอะไรเราก็ไปสอน เราก็ไม่ได้จำกัดอยู่ที่เรา เค้าอยากได้ให้แพทย์แผนไทย..เราก็ติดต่อแพทย์แผนไทยไปพอกเข่าซะ อยากได้เรื่องฝึกอาชีพเรื่องอะไรแล้วแต่เขาดีไซน์..(นักกายภาพบำบัด A ประสบการณ์การทำงาน 15 ปี)

..พอเป็นกระแสปี๊บ คนอื่นอยากทำโอเคได้ แต่เรามีเงื่อนไข 1.คุณต้องมีลาน 2.ต้องมีสมาชิก 60 คน 3.คุณต้องมีเครื่องเสียง ถ้าคุณมี 3 ตัวนี้เราก็

จะไปสอนให้ฟรี..พอสำเร็จคนเริ่มมาเยอะ อำเภอมาเห็น ตำบลมาเห็น ไปช่วยนำหน่อย..พอปลายปีเราก็เลยเอามาประกวดแอโรบิคง่ายๆ..เป็นการมหกรรมประกวดแอโรบิคแดนซ์ระดับอำเภอนี้.. ต่อไปก็ขยายชิงถ้วยพระราชทาน กลายเป็นกระแสดังมากพี่อยู่จัดทุกปี..(นักกายภาพบำบัด F ประสบการณ์การทำงาน 19 ปี)

ปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการมีบทบาทในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

อุปสรรคในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ทัศนคติของนักกายภาพบำบัดต่องานสร้างเสริมสุขภาพผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญของบทบาทของนักกายภาพบำบัดในงานสร้างเสริมสุขภาพ โครงสร้างขององค์กรและนโยบายที่ไม่เอื้อต่อการทำงาน การไม่มีนโยบายหรือตัวชี้วัดด้านงานสร้างเสริมสุขภาพโดยตรงมาที่นักกายภาพบำบัด การขาดรับรู้ของทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับบทบาทของนักกายภาพบำบัดในงานสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้ขาดความร่วมมือในการทำงาน และอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ เนื่องจากมีภาระงานด้านการรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพที่มาก

..ปัจจัยภายในคือตัวทัศนคติของตัวนักกายภาพเอง ว่าเค้ามีทัศนคติยังไงที่จะไปส่งเสริมหรือจะไปทำงานในเชิงรุก ถ้าเค้ารู้สึกว่าเค้าอยากทำหรือมีความตั้งใจทำอ่ะ พี่ว่าเค้าคุยกับผู้บริหารไม่ยากหรอกแต่โดยเบื้องต้นอะเค้าอยากทำรึเปล่าก่อน ถ้าเค้าไม่อยาก เค้าไม่คุยหรอก..(นักกายภาพบำบัด L ประสบการณ์ทำงาน 25 ปี)

..ถ้าคุณอยากจะทำแต่นายไม่เห็นความสำคัญ นายไม่อยากให้ทำ แล้วคุณจะทำได้ไงอ่ะ ผู้บริหารก็มีส่วนส่วนเยอะด้วย เพราะว่าถ้านายเห็นความสำคัญนะ ไอ้พวกกำลังคนอะไรก็อยู่ที่เค้าถูกไม๊ จะบอกว่านายไม่มีผลใช่ไม๊ ไม่ใช่เลยอ่ะ..จะทำยังไงไป serve ให้นายพอใจ..(นักกายภาพบำบัด D ประสบการณ์การทำงาน 15 ปี)

..อีมอุปสรรคที่เห็นนะ(ถอนหายใจ) ก็คือผู้บริหารอ่ะครับ..เค้ายังไม่ค่อยรู้จักเราเราก็พยายามพรีเซ้นท์ตัวเองพรีเซ้นท์ไปเค้าก็เห็นแค่เอ่อกายภาพอ่ะก็รักษา ฟื้นฟูแค่นี้แหละอะไรอย่างเนี้ยครับ..ส่วนใหญ่ที่เห็นก็คือเค้าที่ทำให้เราไปไม่ถึงสักที..(นักกายภาพบำบัด F ประสบการณ์การทำงาน 8 ปี)

..อย่างที่บอกถึงแม้เราจะมีไอเดียมีพาวเวอร์มีไฟ แต่ถ้าเราได้มาอยู่ในองค์กรที่ถูกให้เราอยู่ใต้โครงสร้างบริหารที่เราไม่สามารถทำในสิ่งที่เราคิดได้..เค้าไม่ Ok กับงานที่เราคิดออกมาเราก็ไม่ได้มีโอกาสในการจะแสดงศักยภาพ..น้องบางคนอาจจะมีศักยภาพแต่ขาดโอกาสจากระบบของสายบังคับบัญชาระบบของโครงสร้างบริหารระบบขององค์กรที่เป็นอยู่ก็เป็นได้อีม..(นักกายภาพบำบัด J ประสบการณ์ทำงาน 16 ปี)

..อุปสรรคอีกอย่างคือเขาไม่เข้าใจในบทบาทของวิชาชีพเราบางหน่วยก็คืออาจจะไม่ได้คาดหวังแล้วก็ไม่ได้ใส่ใจตรงจุดนี้น่ะค่ะก็มองข้ามเราไปก็มี ..แล้วก็การประสานงานของทีมเวิร์ค ถ้าทีมทำงานส่งเสริมไปด้วยกันมันก็โอเค แต่บางทีถ้าเราไปขยับคนเดียวคนอื่นไม่ขยับมันก็ลำบากนะคะ มันก็ไม่เดินหน้าค่ะ..(นักกายภาพบำบัด FBI ประสบการณ์ทำงาน 17 ปี)

..ข้อ 1 คือนโยบายที่ไม่ชัดเนอะ คือเราไม่ถูกกำหนดตั้งแต่แรก มันไม่เหมือนงานคนพิการ..ข้อ 2 คนมันไม่พอ ก็ไม่มีเวลาไปทำส่งเสริมหรอกฟื้นฟูรักษาที่โรงพยาบาลก็ไม่ไหวแล้ว ข้อ 3 ทัศนะของนักกายภาพใหม่จะยังไม่เห็นความสำคัญของเรื่องของpromotionจนกว่าจะมีนักกายภาพแก่ๆ ก็เริ่มๆประมาณพี่อ่ะ ที่จะเห็นรู้แจ้งเห็นจริงด้วยตัวเองว่าเฮ้ยคนไข้มันป้องกันได้นะโรคพวกเนี้ยไปป้องกันดีไม๊..แต่ไม่รู้ว่าสักกี่คน

จะเห็นเพราะว่ามันถูกบดบังด้วยจำนวนคนไข้ที่เยอะๆมากๆ..(นักกายภาพบำบัด H ประสบการณ์ทำงาน 17 ปี)

..พอมันไม่มีนโยบายจากส่วนกลางมา มันทำให้เราทำงานยากขึ้น เราต้องมาพยามกระเสือกกระสนหาช่องของเราเอง ซึ่งอันเนี้ยเป็นข้อด้อยของวิชาชีพเราอย่างมากเลยถ้าเทียบกับแพทย์แผนไทย เนี่ยชัดเลยบอกเลยว่าในระดับรพช.ทำอะไร รพ.สต.ทำอะไร เกณฑ์สสจ. ต้องมีอะไร โครงสร้างมีที่อยู่ให้ชัดเจน..แล้วทำไมวิชาชีพกายภาพบำบัดเราไม่ชัดเจนแบบนั้น จริงๆเรื่องตัวชี้วัดส่วนกลาง เรื่องโครงสร้าง ส่วนกลางที่มาดูแลเราโดยตรงก็เป็นอีกปัจจัยนึงที่จะทำให้เราทำงานง่ายขึ้นหรือยากขึ้น อีมตัวชี้วัดกับผู้รับผิดชอบส่วนกลางในแต่ละระดับ..(นักกายภาพบำบัด J ประสบการณ์ทำงาน 16 ปี)

..งานรักษาและงานฟื้นฟูเยี่ยมคนไข้ stroke เพิ่มทุกวัน เลยทำให้เราจำเป็นที่จะต้องเอาเฉพาะหน้าก่อน คือรักษากับฟื้นฟูก่อน ก็คิดถึงงานส่งเสริมเสมอ แต่ไปลำบากเพราะว่าเหมือนกับเราถูกขีดเส้นมาว่าเราต้องฟื้นฟู..จะว่าดราม่า ในเมื่อคนมันไม่พอเราก็ต้องทำใน priority ที่เค้าเซ็ทมาให้เราเป็นอันดับแรกก่อนไง มันถึงจะซัพพอร์ตกับคนที่ให้เงินสร้างเราค่ะก็เลยต้องเป็นฟื้นฟูก่อน เพราะนั้นส่งเสริมเลยต้องรอคนไม่พอ..(นักกายภาพบำบัด H ประสบการณ์ทำงาน 17 ปี)

บทวิจารณ์

การวิจัยเชิงคุณภาพในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้และบทบาทด้านกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ 5ข้อหลักการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ 3 ข้อตามกฎบัตรออตตาวา และอุปสรรคของนักกายภาพบำบัดที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ พบว่า กลยุทธ์การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมีการรับรู้น้อยที่สุด อธิบายได้ว่านักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.29) ในการศึกษานี้ยังเป็นเพียงระดับผู้ปฏิบัติงาน ไม่ใช่ระดับผู้บริหาร จึงมองว่ากลยุทธ์นี้ตนเองไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง ดังคำกล่าวที่ว่า *..ซึ่งงานพวกนี้ ทางเชิงนโยบายต่างๆ ก็คือมันจะลงฝ่ายนั้น มันจะไม่ค่อยมาเกี่ยวกับเราเลยนะครับ คือเราไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการที่จะคิดกระบวนการทำงานต่างๆ..(นักกายภาพบำบัด Pประสบการณ์การทำงาน 6 ปี)* การศึกษานี้ยังพบว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์มากกว่า15 ปี มีการรับรู้กลยุทธ์ข้อที่ 1 การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ กลยุทธ์ข้อที่ 3 การเสริมสร้างกิจกรรมให้ชุมชนเข้มแข็ง หลักการข้อที่ 1 สนับสนุน ชี้แนะให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนจนเกิดกระแสทางสังคมและหลักการข้อที่ 3 การทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการประสานงานในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ15 ปี (ตารางที่ 3) อธิบายได้ว่านักกายภาพบำบัดกลุ่มที่มีประสบการณ์มากกว่า 15 ปี เป็นกลุ่มที่เริ่มบุกเบิกงานในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขนาด 30-120 เตียง ซึ่งบริบทในช่วงเวลานั้นขาดแคลนทรัพยากร ทั้งสถานที่และเครื่องมือ เนื่องจากบริบทของกระทรวงสาธารณสุขช่วง พ.ศ. 2540-2547 เป็นช่วงวิกฤตเศรษฐกิจมีการปรับลดงบประมาณด้านการลงทุนจากร้อยละ 38.7 พ.ศ. 2540 เป็นร้อยละ 6.7 ใน พ.ศ. 2547[14] ประกอบกับช่วง พ.ศ. 2540-2544 เป็นช่วงที่นโยบายสร้างเสริมสุขภาพเริ่มมีความชัดเจนขึ้น เปลี่ยนแนวคิดเดิมที่ว่า“ซ่อมนำสร้าง” มาเป็น“สร้างนำซ่อม ใน พ.ศ. 2543[15] และยังไม่มีระบบการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งระบบนี้เริ่มใช้ใน พ.ศ. 2546[16] ทำให้ผู้บริหารยังไม่เน้นงานฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงเปิดกว้างในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้นักกายภาพบำบัดกลุ่มนี้สนใจงานสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้นพบได้จากในรายงานการสัมมนานักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ.2544 ที่นักกายภาพบำบัดให้ข้อเสนอแนะว่า ควรเน้นบทบาทด้าน

การสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น[17] จากการศึกษาของ สุวิทย์ อริยชัยกุล พบว่างานบริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน 4 ใน 6 แห่ง จาก 20 แห่งทั่วประเทศในพ.ศ.2542 นักกายภาพบำบัดในขณะนั้นปฏิบัติงานส่งเสริมเฉลี่ย 22.93 ชั่วโมง/สัปดาห์[18] ส่วนกลุ่มที่มีประสบการณ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ15 ปีนั้น ทำงานในพ.ศ. 2546 เป็นต้นมา ซึ่งเป็นช่วงที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเริ่มมีนโยบายด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพมีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ[16] ที่โรงพยาบาลสามารถลงข้อมูลเรียกเก็บค่าบริการกายภาพบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยสิทธิ์ ท74 ได้ จึงอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้บริหารเน้นงานฟื้นฟูสมรรถภาพในงานกายภาพบำบัดอย่างไรก็ตาม ทั้งนักกายภาพบำบัดที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 15 ปี และน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี มีการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพมาตลอด มากบ้างน้อยบ้าง โดยการปรับกลยุทธ์การทำงานให้สอดคล้องกับบริบทการทำงานของตนเองโดยมีพี่เลี้ยงในการปฏิบัติงานที่หลากหลายได้แก่ พยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้บริหารท้องถิ่นถือเป็นกระบวนการสะสมทุนทางวัฒนธรรมและทุนทางสังคมซึ่งกลุ่มที่มีประสบการณ์มากกว่า 15 ปีนั้นมีชั้นเชิงในการต่อรองจากการแปลงทุนทางวัฒนธรรมและทุนทางสังคมสู่ทุนสัญลักษณ์ (symbolic capital) ตามทฤษฎีของ Bordieu[19] จึงทำให้นักกายภาพบำบัดกลุ่มนี้มีการรับรู้ในกลยุทธ์และหลักการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่านักกายภาพบำบัดที่มีประสบการณ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมลจันทรวิโรจน์และคณะ พบว่าการที่นักกายภาพบำบัดที่มีประสบการณ์มีความสามารถและชั้นเชิงในการต่อรองกับผู้บริหาร นับเป็นการสั่งสมทุนสัญลักษณ์ ผ่านการปฏิบัติงานกายภาพบำบัดชุมชน เครือข่ายการทำงานในชุมชน การทำงานสหวิชาชีพตลอดจนการประสานสัมพันธ์กับผู้มีอำนาจในพื้นที่ และนักกายภาพบำบัดที่มีประสบการณ์มากบางครั้งมีการถ่ายทอดและเป็นพี่เลี้ยงให้กับนักกายภาพบำบัดที่มีประสบการณ์น้อยกว่า[20]

การมีบทบาทในด้านการนำกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ 5 ข้อตามกฎบัตรออตตาวามาใช้ พบว่านักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่มีบทบาทไม่ครบทั้ง 5 ข้อ มีเพียง2 คนที่สามารถมีบทบาทได้ครบทุกข้อ ซึ่งบทบาทด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลสามารถปฏิบัติได้มากที่สุด แต่บทบาทด้านการสร้างนโยบายเพื่อสุขภาพปฏิบัติได้น้อยที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของอารีวรรณ กลั่นกลิ่นและคณะ[21] กับการศึกษาของฉวีวรรณ ชมภูเขา[22] ที่พบว่าพยาบาลกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลมากที่สุด บทบาทด้านการสร้างนโยบายเพื่อสุขภาพปฏิบัติได้น้อยสุด การศึกษาของสินีนาฏ วิไลจิตต์และคณะพบว่าระบบงานที่ไม่เอื้ออำนวย[9] ส่งผลให้นักกายภาพบำบัดในภาคกลางไม่มีเวลาเน้นงานด้านส่งเสริมป้องกันในระดับชุมชน อธิบายได้ว่าการที่นักกายภาพบำบัดจะสามารถนำกลยุทธ์ทั้ง 5 ข้อมาใช้ในงานได้อย่างเป็นรูปธรรมต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆร่วมด้วย เนื่องจากปัจจุบันมีข้อจำกัดในหลายๆ ด้าน ทั้งในเรื่องอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอที่จะทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ทีมสหวิชาชีพไม่ได้ดึงนักกายภาพบำบัดเข้าไปร่วมทีม และในช่วงที่ผ่านมาจนถึง ณ ช่วงเวลาที่ดำเนินการศึกษานี้ สภากายภาพยังไม่ได้กำหนดสมรรถนะ หรือแนวทางในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสำหรับนักกายภาพบำบัด ดังนั้น สภากายภาพบำบัดควรมีการจัดทำแนวทางในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ กำหนดสมรรถนะวิชาชีพด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ชัดเจน พัฒนาองค์ความรู้ทักษะ เพื่อเพิ่มสมรรถนะของนักกายภาพบำบัดในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ

การศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่า สัดส่วนนักกายภาพบำบัดมีการรับรู้เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสัดส่วนของการมีบทบาท กล่าวคือกลยุทธ์ใดที่มีสัดส่วนการรับรู้มาก จะมีสัดส่วนการมีบทบาทในกลยุทธ์ด้านนั้นมากตามไปด้วย (ตารางที่ 3) สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Rea และคณะที่อธิบายตามทฤษฎี social cognitive theory ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของนักกายภาพบำบัด จะสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติงานบริการส่งเสริมสุขภาพการรับรู้ตนเองว่ามีสมรรถนะที่สูงในบริการด้านใด จะแสดงพฤติกรรมหรือมีบทบาทในด้านนั้นได้มาก Rea และคณะ ยังได้พบอีกว่าการได้รับความรู้สุขศึกษา (health education) การส่งเสริมสุขภาพในมหาวิทยาลัย หรือการศึกษาต่อเนื่อง ส่งผลต่อพฤติกรรม[23] และการศึกษาของ Forbes ให้คำอธิบายว่าการศึกษาช่วยพัฒนาทักษะการถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ป่วย (patient education) ให้กับนักวิชาชีพสุขภาพในการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ ในขณะเดียวกันช่วยเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่จะปฏิบัติงานเหล่านั้นด้วย ดังนั้นองค์ประกอบของหลักสูตรกายภาพบำบัดในสถาบันการศึกษาควรเน้นการพัฒนาผู้เรียนให้สามารถสื่อสารกับผู้ป่วย ควบคู่ไปกับกระบวนการเรียนการสอนทางคลินิกและการปฏิบัติงานในชุมชน[24] อย่างไรก็ตาม การเรียนในระบบมหาวิทยาลัยไม่ได้เป็นทางเดียวที่จะขัดเกลา (enculturation) และหล่อหลอมให้นักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แต่ระบบการเรียนรู้นอกระบบหรือ informal education นั้น ช่วยสร้างคุณค่าให้นักกายภาพบำบัดเกิดการปฏิบัติการทางสังคมเพื่อสร้างและแปลงทุนทางสังคม (social capital) ทุนทางวัฒนธรรม (cultural capital) ตามทฤษฎีของ Bordieu[19] สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิมล จันทรวิโรจน์ และคณะ ที่พบว่านักกายภาพบำบัดที่เริ่มปฏิบัติงานในชุมชน รับรู้บทบาทและสมรรถนะแห่งตน สร้างแนวคิดและทักษะการทำงาน ผ่านการทำงานร่วมกับบุคลากรและประชาชนในพื้นที่ ทำให้เกิดการสร้าง สะสม และแปลงทุนทางวัฒนธรรมและทุนทางสังคม[20] การศึกษาของ Healy และคณะ พบว่าประสบการณ์การทำงาน (job experience) ของนักกายภาพบำบัดในการสร้างเสริมสุขภาพเป็นเครื่องมือที่ทรงพลังในการสร้างความเชื่อมั่น (confidence) ให้สามารถปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการศึกษาเล่าเรียนในสถาบันการศึกษาอย่างเป็นทางการ (formal education)[25]

การรับรู้และการมีบทบาทด้านหลักการทำงานเสริมสุขภาพ 3 ข้อ พบว่าผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่า 15 ปีขึ้นไป มีการรับรู้หลักการทำงานเสริมสุขภาพครบทั้ง 3 ข้อ ส่วนผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี มีการรับรู้หลักการเพียงแค่ 2 ข้อ โดยทั้ง 2 กลุ่ม มีการรับรู้และบทบาทมากที่สุดในหลักการข้อที่ 2 คือการสร้างสมรรถนะให้ประชาชนซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าบทบาทข้อนี้จะปฏิบัติควบคู่ไปกับบทบาทในกลยุทธ์ด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ซึ่งพบว่านักกายภาพบำบัดมีบทบาทในกลยุทธ์ด้านนี้มากที่สุดเช่นกัน การศึกษานี้ยังพบว่าการสร้างสมรรถนะให้ประชาชนเป็นบทบาทที่นักกายภาพบำบัดรับรู้ว่าหลังการรักษาในแต่ละครั้งจำเป็นต้องทำให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการทำให้สุขภาพตนเองดีขึ้น เพื่อลดการกลับมาเป็นซ้ำ จึงทำให้บทบาทข้อนี้ค่อนข้างเด่นชัด ดังคำกล่าวที่ว่า "เราเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญมากเลยในเรื่องของ Health Promotion.. หลังการรักษาในแต่ละครั้งจำเป็นต้องให้การออกกำลังกาย เป็นการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วย.."*(นักกายภาพบำบัด C ประสบการณ์การทำงาน 13 ปี)*

ส่วนบทบาทในหลักการข้อที่ 1 การสนับสนุน ชี้แนะ ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนจนเกิดกระแสสังคม พบว่านักกายภาพบำบัดที่มีประสบการณ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี ไม่มีการรับรู้และบทบาทในหลักการข้อนี้ แต่นักกายภาพบำบัดที่มีประสบการณ์มากกว่า 15 ปี มีการรับรู้หลักการข้อนี้ทุกคน แต่มีเพียง 2 คน เท่านั้น ที่มีบทบาทในข้อนี้ เพราะเป็นสิ่งที่ทำได้ยากโดยปัจจัยหลักไม่ได้เกิดจากบทบาทของนักกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียวแต่ต้องเกิดจากผู้บริหารโรงพยาบาล หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นเห็นความสำคัญ ผลการศึกษานี้

เสนอแนะว่า ในหลักสูตรการเรียนการสอนของมหาวิทยาลัย ควรสร้างความเข้าใจให้นักศึกษาเรื่องหลักการสร้างเสริมสุขภาพ 3 ข้อ ต่อการนำไปใช้ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น

การรับรู้ด้านอื่นๆ ที่เป็นส่วนสำคัญต่อความสำเร็จในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ประกอบด้วย 3 ข้อดังนี้ ข้อ 1 การมีมุมมองของการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม สอดคล้องกับการศึกษาของ Healey และคณะ ระบุว่าในการวางแผนและดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ นักกายภาพบำบัดจำเป็นต้องดูทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย[25] การศึกษาของยุวดี ฦาชา และคณะ พบว่าสมรรถนะที่จำเป็นมากที่สุดในการทำงานด้านนี้คือ การมีทัศนคติที่ดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพและเป็นองค์รวม[26] ข้อ 2 การสร้างบุคคลต้นแบบของการมีสุขภาพที่ดีในชุมชน และการเป็นต้นแบบของการมีสุขภาพที่ดีจากการประชุมกายภาพบำบัดโลก (World Confederation for Physical Therapy [WCPT]) ครั้งที่ 3 ซึ่ง Dean และคณะ ได้สรุปมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรัง เช่น การให้คำปรึกษาเรื่องการเลิกบุหรี่ โภชนาการที่ดี การควบคุมน้ำหนัก การมีกิจกรรมทางกาย และมีการระบุว่าผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจำเป็นต้องทำหน้าที่เป็นแบบอย่างด้านสุขภาพด้วย[27] และการศึกษาของ Beth และคณะ กล่าวว่าความสำเร็จของการสร้างเสริมสุขภาพส่วนหนึ่งมาจากความน่าเชื่อถือของบุคลากรทางสุขภาพ[28] นั่นคือประชาชนเกิดการเรียนรู้ทางสังคมผ่านการสังเกตพฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์กับนักกายภาพบำบัดต้นแบบที่มีความน่าเชื่อถือ ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (social cognitive theory) ของ Bandura[29] ข้อ 3 คุณลักษณะของนักกายภาพบำบัดที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ข้อคือ 3.1 มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี เป็นมิตร มีทักษะการสื่อสาร สอดคล้องกับสมรรถนะและมาตรฐานการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ของ WHO ซึ่งหนึ่งใน 15 ข้อนั้นคือ สมรรถนะการสื่อสาร ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ[30] ปริทัศน์ เจริญช่าง และคณะ พบว่าสมรรถนะวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนส่วนหนึ่งคือ มีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี การประสานงานและศิลปะการสื่อสารจูงใจ[31] 3.2 อ่อนน้อมมีสัมมาคาราวะ ซึ่งเป็นการแสดงออกถึง ความสุภาพ (Civility) ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของการให้ความเคารพสิทธิส่วนบุคคลของผู้อื่น[32] โดยการศึกษาของ สุพิศ รุ่งเรืองศรี กล่าวว่าในการบริการสุขภาพนั้นทุกคนจะยึดถือความเอื้ออาทรซึ่งเกิดจากการให้ความเคารพผู้อื่นด้วยความเห็นอกเห็นใจเป็นสำคัญ แต่หากมีพฤติกรรมที่ไม่สุภาพก็จะทำให้เกิดความเสียหายขึ้นได้โดยง่าย[33] นอกจากการอ่อนน้อมต่อตัวบุคคลแล้ว ยังควรมีต่อชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิไล อุดมพิทยาสรรพ และคณะ กล่าวไว้ว่าความนอบน้อมต่อวัฒนธรรม (cultural humility) ถือเป็นเครื่องมือสำคัญของพยาบาลและทีมผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ในการเข้าถึงวิถีวัฒนธรรมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน การให้บริการที่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ และเกิดความยั่งยืนของระบบการให้บริการ[34] 3.3 ยืดหยุ่นในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของปริทัศน์ เจริญช่าง และคณะ พบว่าสมรรถนะวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ส่วนหนึ่งคือ มีความอดทนสูง ใจรักงานบริการ จิตสาธารณะ การทำงานที่มีความยืดหยุ่น[31] 3.4 สามารถเป็นเนื้อเดียวกับชุมชนจนได้รับความไว้เนื้อเชื่อใจจากคนในชุมชนและจากเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Healey และคณะ กล่าวว่าการที่นักกายภาพบำบัดสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจกันจะช่วยให้สามารถเข้าถึงผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมได้[25] และงานวิจัยของ Fisher และคณะ พบว่าความสามารถในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธ์ที่ดีที่ไว้วางใจกัน (trusting relationship) ระหว่างประชาชนกับนักกายภาพบำบัดเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้งานประสบความสำเร็จ[35] ซึ่งอาจ

อธิบายได้ว่าปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การทำงานสร้างเสริมสุขภาพประสบความสำเร็จ ไม่ได้อยู่ที่คำแนะนำของนักกายภาพบำบัดอย่างเดียว แต่สภาพแวดล้อม ความเชื่อ และสัมพันธภาพกับคนในชุมชน มีผลอย่างมากต่องานสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้นคุณลักษณะเหล่านี้จึงเป็นสิ่งที่สำคัญในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ตลอดเวลาที่ผ่านมาจนถึง ณ ช่วงเวลาที่ดำเนินศึกษาในครั้งนี้ ยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานคุณลักษณะของบัณฑิตกายภาพบำบัด หรือนักกายภาพบำบัดที่จำเพาะกับงานสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย[20] มาตรฐานกำหนดคุณลักษณะเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาหลักสูตร การสร้างแนวทางการปฏิบัติงาน และการพัฒนาศักยภาพของหน่วยงาน

ด้านอุปสรรคในการทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพของนักกายภาพบำบัด ที่พบจากการศึกษานี้ คือ 1. ทัศนคติของนักกายภาพบำบัดต่องานสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของวรัสยาพร พงศธรไชยภัทร์ และคณะ ที่พบว่านักกายภาพบำบัดที่ทำงานในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิส่วนใหญ่ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 15 ปี รู้สึกว่างานสร้างเสริมสุขภาพเป็นเพียงบทบาทเสริม เพราะมีภาระงานทางคลินิกมากกว่า[36] 2. ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญของบทบาทของนักกายภาพบำบัดในงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มองว่าบทบาทหลักของนักกายภาพบำบัดมีเพียงงานฟื้นฟูและงานรักษาเท่านั้น ปัจจัยข้อนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้นักกายภาพบำบัดไม่สามารถขยายบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้ 3.ทีมสหสาขาวิชาชีพขาดการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทของนักกายภาพบำบัดในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้ขาดความร่วมมือในการทำงาน สอดคล้องกับข้อมูลส่วนหนึ่งในการศึกษาของ McMahon และ Connolly พบว่านักกายภาพบำบัดพร้อมที่จะทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ แต่ต้องการความชัดเจนของโครงสร้างและแนวทางการทำงานร่วมกันของทีมในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้นักกายภาพบำบัดสามารถทำงานร่วมกับทีมได้อย่างเต็มศักยภาพ[37] 4. นักกายภาพบำบัดขาดการรับรู้ต่อกลยุทธ์และหลักการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถสร้างบทบาทด้านสร้างเสริมสุขภาพได้ครอบคลุมทุกกลยุทธ์และหลักการ สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาดา คุณาวิกติกุล และคณะ พบว่าพยาบาลวิชาชีพในเขตภาคเหนือปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวาน้อยมากในทุกระดับสถานบริการสุขภาพ เนื่องจากรายวิชาด้านการสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ มีเพียง 0.8-2 หน่วยกิต ซึ่งถือว่าน้อย อาจทำให้การรับรู้นั้นน้อยตาม จึงอาจส่งผลต่อบทบาทในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ[38] 5. การไม่มีนโยบายหรือตัวชี้วัดด้านงานสร้างเสริมสุขภาพโดยตรงมาที่นักกายภาพบำบัด ทำให้ขาดตัวกระตุ้นการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ อาจส่งผลให้นักกายภาพบำบัดไม่สามารถขยายงานด้านนี้ได้มากเท่าที่ควร 6. ความไม่เพียงพอของอัตรากำลัง ด้วยภาระงานของนักกายภาพบำบัดที่ทำหลายด้านทั้งงานเอกสาร งานทางคลินิก งานคลินิกพิเศษต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นมิติทางด้านการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งผลให้นักกายภาพบำบัดไม่มีเวลาในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างเต็มที่ ซึ่งปัจจุบันอัตรากำลังของนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมินั้น อาจเพียงพอแค่รองรับงานด้านรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Aweto และคณะ พบว่านักกายภาพบำบัดไนจีเรียมีความรู้และทัศนคติ ด้านการส่งเสริมสุขภาพในระดับดี แต่อุปสรรคของการทำงานคือการที่ไม่มีเวลาในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย[39] สอดคล้องกับงานวิจัยจากหลาย ๆฉบับที่สรุปผลไปในแนวทางเดียวกัน คือปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของนักกายภาพบำบัดคือไม่มีเวลาเพียงพอในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากภาระงานที่ทำในคลินิกมาก[8, 9, 10, 37]

ข้อมูลจากการทำสนทนากลุ่มในครั้งนี้ ได้จากตัวแทนเขตบริการสุขภาพในเขตภาคเหนือ ภาค

อีสาน และภาคใต้ สาเหตุที่ไม่ได้ทำในเขตภาคกลาง เนื่องจากในช่วงการทำสนทนากลุ่มแบบนำร่องนั้น ได้มีการเก็บข้อมูลในเขตบริการสุขภาพที่ 5 ซึ่งนับเป็นกลุ่มในภาคกลาง และเมื่อนำเอาข้อมูลนำร่องมาประกอบการวิเคราะห์ร่วม พบว่าไม่มีข้อค้นพบใหม่ที่เพิ่มเติมจากข้อมูลสนทนากลุ่มทั้งสามกลุ่ม ทำให้ทราบว่าข้อมูลนั้นมีความอิ่มตัว

ผลการวิจัยคุณภาพครั้งนี้เสนอแนะว่า สภากายภาพบำบัดควรมีการกำหนดสมรรถนะของนักกายภาพบำบัดที่จะปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดแนวทางการทำงานที่ชัดเจน สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ที่จะปฏิบัติงานด้านนี้ และควรมีแนวทางในการสร้างความเข้าใจของผู้บริหารในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิด้านบทบาทของนักกายภาพบำบัดด้านการสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ ควรมีข้อเสนอเชิงนโยบายในระดับประเทศด้านตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพต่อผู้บริหาร เพื่อให้นักกายภาพบำบัดสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบตัวชี้วัดเหล่านี้ ในด้านสถาบันการศึกษาควรมีการปรับเพิ่มเนื้อหาเรื่องกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ 5 ข้อ หลักการพื้นฐานของการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ 3 ข้อเพื่อสร้างการรับรู้ จนเห็นความสำคัญและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในการทำงาน

<u>ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะของการวิจัย</u>

ข้อจำกัดที่พบคือ วิธีการเข้าถึงตัวแทนนักกายภาพบำบัดของแต่ละเขตบริการสุขภาพ ในการสัมภาษณ์เชิงลึกซึ่งได้ข้อมูลจากประธานเครือข่ายของแต่ละเขตเท่านั้น จึงอาจทำให้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลในทุกภาคส่วนได้ ดังเช่น การไม่สามารถหาตัวแทนนักกายภาพบำบัดในเขตบริการสุขภาพที่ 6 การศึกษาในอนาคตควรเพิ่มวิธีในการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลจากหลากหลายช่องทาง และการศึกษานี้ไม่ได้มีการวิเคราะห์เชิงสถิติเพื่อเปรียบเทียบข้อมูลการรับรู้และบทบาทระหว่างกลุ่มที่มีประสบการณ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี กับกลุ่มที่มีประสบการณ์มากกว่า 15 ปี ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต คือควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเขตบริการสุขภาพที่ 13 เนื่องจากบริบทในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีความแตกต่างจากในพื้นที่ในส่วนภูมิภาค และควรมีการนำข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษานี้ เป็นแนวทางในการทำวิจัยเชิงปริมาณต่อไป

สรุปผลการวิจัย

ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้กลยุทธ์ 5 ข้อตามกฎบัตรออตตาวา พบว่านักกายภาพบำบัดมีการรับรู้และบทบาทในกลยุทธ์ด้านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพน้อยที่สุด ส่วนกลยุทธ์ที่มีการรับรู้และมีบทบาทมากที่สุดคือกลยุทธ์การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ส่วนการนำหลักการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ 3 ข้อไปใช้ พบว่าการรับรู้และบทบาทที่พบมากที่สุดคือการสร้างสมรรถนะให้ประชาชน ส่วนการรับรู้และบทบาทที่พบน้อยที่สุดคือ การสนับสนุน ชี้แนะให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนจนเกิดกระแสสังคม ด้านอุปสรรคคือทัศนคติของนักกายภาพบำบัดต่องานสร้างเสริมสุขภาพ ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญและทีมสหวิชาชีพขาดการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทของนักกายภาพบำบัดในการทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ นโยบายและตัวชี้วัดที่ไม่เอื้อต่อการทำงาน และอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณประธานเครือข่ายนักกายภาพบำบัดเขตบริการสุขภาพทั้ง 12 เขต และผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ผกาวลี พุ่มสุทัศน์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน ที่ให้ข้อเสนอแนะต่างๆในงานวิจัยช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization Geneva. Definition of health.[online]2018 cited 2018 Feb13 Available from: https://www.who.int/about/mission/en/

2. American Physical Therapy Association. Vision 2020 APTA [online] 2015 [cited 2017 Mar 12]. Available from: http://www.apta.org/vision2020.
3. World Confederation for Physical Therapy. Policy statemment noncommunicable diseases. [online] 2017 [cited 2017 Jan 9]. Available from: https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/resources/policies/2017/PS_NCDs_FINAL.pdf
4. Strategy and Planning Ministry of Public Health. Detailed of key performance indicators of the Ministry of Public Health year 2020. [online] 2019 [Cite 2020 Feb 5]. Available from: https://www.kph.go.th/html/attachments/article/2549/detailed of Key performance indicators of the Ministry of Public Health Year% 20 fiscal years%202563.pdf. (In Thai)
5. Service Plan Committee of Primary Care, Secondary Care and Holistic Health. Service plan guidelines in primary care, secondary care, and holistic health. Nontaburi: Health Administration Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, 2013ISBN 978-616-11-1612-5. Sponsored by Health Administration Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. (In Thai)
6. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion on nursing practice. 4thed. New Jersey: Julie Alexander, 2002.
7. Green J, Tones K, Cross R, Woodall J. Health promotion planning & strategies. 3rd edition. London: British Library Cataloguing; 2015.
8. Ariyachaikul S, Pengping V, Habudha V. The role and duty of physical therapists in community hospitals. Bull Chiang Mai Assoc Med Sci 2001; 34(3): 169-79. (In Thai)
9. Wilaichit S, Tridech P, Pandii W. Factors affecting standard of practice for physiotherapist in hospitals under Ministry of Public Health in the central region. J Med Tech Phy Ther [online] 2011[cited 2017 Feb 12]; 23(2): 197-208. Available from:https://he01.tci-thaijo.org/index.php/ams/article/view/66243/54192 (In Thai)
10. Termwut N, Nualnetr N. Work practices of physical therapists in primary health care settings. J Med Tech Phy Ther [online] 2016 [cited 2017 Feb 10]; 28(2): 1-15. Available from: http://he02.tci-thaijo.org/index.php/tipt/article/view/118959/91129 (In Thai)
11. Sivapat S. General psychology. Bangkok: Odeon Store; 2006. (In Thai)
12. Plodpluang U. Data analysis in phenomenology studies. Nurs J Ministry Publ Health [online] 2013 [cited 2021 Nov 20]; 23(2): 1-10. Available from: http://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/11885 (In Thai)
13. Noppakesorn T. Qualitative methods: a field guide for applied research in human/ organization/ community and social development. Nakhon Ratchasima: Community Nurse Association of Thailand; 2011.(In Thai)
14. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Management System of Ministry of Public Health Adaptation of Ministry of Public Health in1997-2004. [online] 2004 [cited 2021 Mar 5]. Available from: http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/ThaihealthProfileT2004.pdf (In Thai)

15. Jindawattana A, Pipatrojanakamol S. Evolution of Thailand's health promotion in the 1997 decade. In: Jindawattana A, Archananupap S, Pipatrojanakamol S, editors. Health promotion: concepts, principles and lessons of Thailand health promotion in Thailand. 1st ed. Bangkok: Moh-Chao-Ban Publishing House; 2007. p. 78-84.

16. National Health Security Office. Handbook of universal coverage scheme for disabled person, Medical Rehabilitation Policy in Universal Health CoverageSystem. [online] 2017 [cited 2021 Mar 10] . Available from: https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF2/fund_medi15.pdf (In Thai)

17. Ariyachaikul S. Report of the seminar on the operational guildelines for community physical therapists; 2001 Mar 14-16; Chiang Mai; 2001.

18. Ariyachaikul S. Report of the job analysis of physical therapy services. Department of Physical Therapy, Faculty of Associated Medical Sciences, Chiang Mai University, Thailand, 2001.

19. Paniithi Brown. Active aging: roles of the aged groups and "capitals" utilized in elderly care movement. HumanitiesSocial Sciences [Internet]. 2557. [cited 2022, 15 Feb]; 31(3):[97 - 120 pp.]. Available from: https://www.tci-thaijo.org/index.php/HUSO/article/download/32291/27580 (In Thai)

20. Charntaraviroj P, Nualnet N, Danaitungtrakul J, Poomsu-tat P, Ariyachaikul S, Vongsirinavarat M. Physical therapy service in community medical unit (Research report). National Health Security Office; 2010.(In Thai)

21. Klunklin A, Wichaikhum O, Kunaviktikul W, Jaiwilai W. Nurses' role on developing health promotion innovation in Northern. Nurs J2015;42: 178-86. (In Thai)

22. Chomphookhao C. The role of health officers in health promoting Tambon hospital Karasin Province. J Health Syst Res and Dev 2011; 4(2): 98-107.

23. Rea BL, Marshak HH, Neish C, Davis N. The role of health promotion in physical therapy in California, New York, and Tennessee. Phys Ther 2004; 84(6): 510-23.

24. Forbes R. Patient education best practice; enhancing physiotherapy students' self-efficacy and skills [PhD Thesis]: University of Queensland; 2017. Available from: http://doi: 10.14264/UQL.2018.93

25. Healey WE, Broers KB, Nelson J, Huber G. Physical therapists' health promotion activities for older adults. J Geriatr Phys Ther. 2012; 35(1):35-48. http://doi.org/10.1519/JPT.0b013e318220d1f0.

26.Ruecha Y, Lakhampan S, Klunklin A, Rujakornkarn D, Wannapong S, Suwanpatikkorn K et al. Nursing competencies of health promotion.Bangkok: Office of Health Promotion Foundation, Faculty of Nursing, Mahidol University, 2006.(In Thai)

27.Dean E, Skinner M, Myezwa H, Mkumbuzi V, Mostert K, Parra DC, et al. Health competency standards in physical therapist practice. Phys Ther. 2019;99(9):1242-1254. Epub 2019/06/13. http://doi.org/10.1093/ptj/pzz087.

28. Beth B, Beth CM, Christine S, Xianggui Q, Ronald G. Personal health behaviors and role

modeling attitudes of physical therapists and physical therapist students: a cross-sectional study. Phys Ther 2012; 92(11):1419-35.

29.Yardley S, Teunissen PW, Dornan T. Experiential learning: transforming theory into practice. Med Teach 2012;34(2):161-4.

30. World Health Organization. Developing health promotion competencies and standards for countries in WHO South-East Asia Region. [online] 2008[cited 2019 Mar 7] . Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/204957?locale-attribute=es&\

31. Charoenchang P, Kerdmuang S, Kalampakorn S. Public health professional competency of public health officers working in Thai primary care units. Nurs J Ministry of Publ Health 2016;26: 40-51.(In Thai)

32. Connelly, R. Introducing a culture of civility in first-year college classes. JGen Educ 2009; 58(1): 47-64.

33. Roongruangsri S, Sngounsiritham U. Civility and social etiquette in nursing students leading to successful in workplace. Nursing J 2015;42: 149-155.(In Thai)

34. Udompittayason W, ChamamaN, LorgaT and KhianpoR. Cultural humility: learning for understanding the cultural health practices of clients.SCNJ2019; 6(3): 202-210.(In Thai)

35. Fisher A, Otterson M, Pitzen S. Facilitators and barriers to health promotion perceived by Minnesota physical therapists working in outpatient settings.St. Paul: St. Catherine University; 2014. 2014 [cited 15 Feb 2022] Available from: http://sophia.stkate.edu/dpt_papers/ 36

36.Phongsatornchaiyapat W, Noppakesorn T, Taechasubamorn P. Factors influencing health promotion practices of physical therapists in secondary care hospitals. Thai J Phys Ther. 2020; 42(2): 118-135.(In Thai)

37. McMahon N, Connolly C. Health promotion knowledge, attitudes and practices of chartered physiotherapists in Ireland: A national survey. Physiother Pract Res 2013; 34(1): 21-8.

38. Kunaviktikul W, Wichaikhum O, Nantsupawat A, et al. Health promotion competency and practice among nurses, the North region. Nurs J 2015; 42: 151-65.(In Thai)

39. Aweto HA, Oligbo CN, Fapojuwo O, Olawale OA. Knowledge, attitude and practice of physiotherapists towards promotion of physically active lifestyles in patient management. BMC Health Serv Res2013; 13(21):1-8