สมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม

Community Health Management Competency among Professional Nurses in Primary Care: A Study in Maha Sarakham Province

สัมฤทธิ์ ขวัญโพน[1], กำทร ดานา[2], ดิษฐพล ใจซื่อ[2], ศุภกฤต สุริโย[2]
Samrit Kwanphon[1], Kamthorn Dana[2], Ditthapol Jaisue[2], Supakrid Suriyo[2]
[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
[2] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[1] Faculty of Nursing, Northeastern University
[2] Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
Corresponding author, Kamthorn Dana; Email: kamthorn@smnc.ac.th
Received: April 4, 2026 **Revised:** July 14, 2026 **Accepted:** August 9,2026

บทคัดย่อ

สมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพระบบสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะในบริบทที่มีความท้าทายด้านโครงสร้างประชากรและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น การวิจัยเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนและวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 205 คน ได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนจากพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดมหาสารคาม เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (CVI=.90) และแบบประเมินสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชน (CVI=.90, Cronbach′s alpha =.98) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Pearson′s correlation coefficient และถดถอยพหุคูณแบบลำดับขั้น ผลการวิจัย พบว่าสมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 49.75 และระดับปานกลาง ร้อยละ47.32 ตัวแปรที่ร่วมกันทำนายสมรรถนะ ได้แก่ อายุ เพศชาย จำนวนพยาบาลในหน่วยบริการ การได้รับการสนับสนุนจากองค์กร ภาระงานเฉลี่ยต่อวัน ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วย การมีประสบการณ์เป็นหัวหน้าโครงการ และการเข้ารับอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 43.50 (R^2=.435, p<.001) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ควรพัฒนาระบบอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางอย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้พยาบาลได้บริหารโครงการจัดการสุขภาพชุมชน และเสริมสร้างการสนับสนุนเชิงองค์กรเพื่อยกระดับสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การจัดการสุขภาพชุมชน; ปฐมภูมิ; พยาบาลวิชาชีพ; สมรรถนะ

Community Health Management Competency among Professional Nurses

in Primary Care: A Study in Maha Sarakham Province

Samrit Kwanphon[1], Kamthorn Dana[2], Ditthapol Jaisue[2], Supakrid Suriyo[2]

[1] Faculty of Nursing, Northeastern University

[2] Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author, Kamthorn Dana; Email: kamthorn@smnc.ac.th

Received: April 4, 2026 **Revised:** July 14, 2026 **Accepted:** August 9,2026

Abstract

Community health management competency among professional nurses working in primary care units is a critical factor for community health system quality, particularly amid growing challenges related to demographic transitions and the rising burden of non-communicable diseases. This analytical descriptive study aimed to assess community health management competency levels and analyze predictive factors among professional nurses working in primary health care units in Maha Sarakham Province. A total of 205 participants were selected through proportional stratified random sampling. Research instruments included a general information questionnaire (CVI =.90) and a community health management competency assessment tool (CVI =.90, Cronbach's alpha = .98). Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and Hierarchical Multiple Regression Analysis. The results revealed that participants demonstrated a high level of overall competency (49.75%) and a moderate level (47.32%). In addition, it was found that age, male gender, the number of nurses per unit, organizational support, average daily workload, duration of service in the current unit, project leadership experience, and completion of specialized training programs collectively accounted for 43.5% of the variance in competency (R^2=.435, p<.001). These findings suggest that relevant agencies should continuously promote specialized nursing training programs, provide opportunities for nurses to lead community health management projects, and strengthen organizational support to sustainably enhance community health management competency among primary health care nurses.

Keywords: community health management; competency; primary care; professional nurses

ความเป็นมาและความสำคัญ

การบริการสุขภาพปฐมภูมิ (primary health care: PHC) เป็นจุดเริ่มต้นของการให้บริการสุขภาพที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย ตามนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562[1] ที่มุ่งเน้นการจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวม ผสมผสาน และต่อเนื่อง โดยให้ความสำคัญกับการดูแลประชาชนในชุมชนอย่างใกล้ชิด พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรหลักในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบทบาทต่อการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพชุมชนในทุกมิติ โดยสมรรถนะ (competency) ถือเป็นปัจจัยกำหนดประสิทธิภาพของการบริการ ซึ่งหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติภารกิจให้สำเร็จผ่านการบูรณาการความรู้ ทักษะ เจตคติ และค่านิยมส่วนบุคคล[2] จากกรอบสมรรถนะพยาบาลเวชปฏิบัติของสภาการพยาบาล[3] ร่วมกับทบทวนวรรณกรรม อาจสรุปได้ว่า สมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชน หมายถึง ความสามารถของพยาบาลในการบูรณาการความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพในการประเมิน วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการ และประเมินผลการดูแลสุขภาพชุมชนแบบองค์รวม โดยทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อให้ประชาชนพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านวิชาการในการจัดการสุขภาพชุมชน ได้แก่ ความรู้พื้นฐานด้านสาธารณสุข[3] การประกันคุณภาพ[4] การวิจัยและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์[3, 5-6] 2) ด้านการปฏิบัติการจัดการสุขภาพชุมชน ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์[4-5, 7] การสื่อสารและการประสานงาน[3-8] การจัดการระบบบริการ[7] การบริหารทรัพยากร[7] และการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายและทีมสหวิชาชีพ[4, 6-7] และ 3) ด้านคุณลักษณะที่ส่งเสริมการปฏิบัติการจัดการสุขภาพชุมชน ได้แก่ คุณลักษณะเชิงวิชาชีพ[3-4] เจตคติ จริยธรรมและกฎหมาย[3, 7] การพิทักษ์สิทธิ์[6] และความเป็นผู้นำ[3-4, 6]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าพยาบาลปฐมภูมิมีสมรรถนะอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง แต่ยังคงมีข้อจำกัดของสมรรถนะในหลายมิติ เช่น การประเมินผลโครงการ และการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่าย[9-11] อาจเนื่องมาจากการเตรียมความพร้อมในระบบการศึกษา การฝึกอบรมเฉพาะทางที่ไม่เพียงพอ ภาระงานที่มากเกินไป รวมถึงขาดการสนับสนุนเชิงนโยบาย[9] นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งประเมินเพียงสมรรถนะด้านความรู้และทักษะทางคลินิก[2] ในขณะที่สมรรถนะด้านการวิจัย การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และทักษะดิจิทัลยังขาดการประเมินที่เป็นระบบ นอกจากนี้สมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิยังมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ อายุ[9] ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยบริการ[12] ระดับการศึกษา[13] ตำแหน่งปัจจุบัน[13] การอบรมต่อเนื่อง/การผ่านการอบรมเฉพาะทาง[13-14] อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย[13] และภาระงาน[12] อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนดังกล่าวอาจแตกต่างกันไปตามกรอบแนวคิดการวิจัยและบริบทของพื้นที่ที่ศึกษา และการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิยังมีอยู่อย่างจำกัด

สำหรับจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีหน่วยบริการปฐมภูมิกระจายอยู่ในพื้นที่ 13 อำเภอ ซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานอยู่ประจำทุกหน่วยบริการที่ต้องรับผิดชอบดูแลประชากรกว่า 900,000 คน ที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาเชิงระบบเกี่ยวกับสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ อาจทำให้ขาดข้อมูลสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และระบบสนับสนุนที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทในพื้นที่ จากความสำคัญและช่องว่างของความรู้

ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสมรรถนะและปัจจัยทำนายสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม

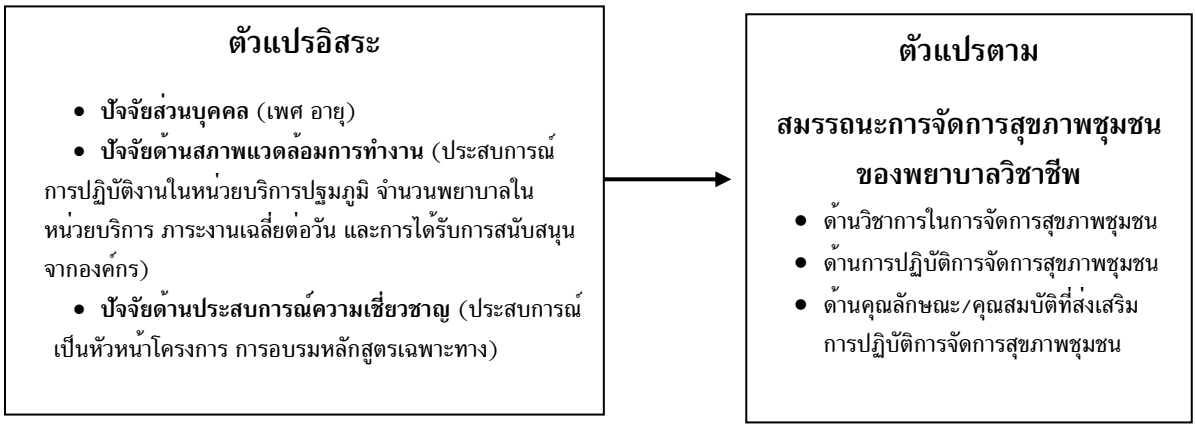
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม

2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีแนวคิดพื้นฐานว่าสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนเกิดจากการบูรณาการความรู้ เจตคติและทักษะของพยาบาล เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการพยาบาลและการจัดการสุขภาพชุมชนที่ต่อเนื่อง โดยมี **ตัวแปรอิสระ** ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน และปัจจัยด้านประสบการณ์ความเชี่ยวชาญ และ **ตัวแปรตาม** คือ สมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย ใช้การวิจัยเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์ (analytical descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัด มหาสารคาม ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง คลินิกหมอครอบครัว และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล จากข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามและองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม มีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งสิ้น จำนวน 350 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตร $n = N / (1 + Ne^2)$ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนไม่เกิน .05 โดย n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง, N คือ ขนาดของประชากร, e คือ

ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ .05 เมื่อแทนค่าในสูตร คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 187 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 15% เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล รวมเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสิ้น 215 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วย 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ยังไม่หมดอายุ 2) ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดมหาสารคามไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวข้องกับงานด้านการจัดการสุขภาพชุมชน และกองทุนสุขภาพตำบล และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก คือ อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อ ลาคลอด หรือลาป่วยเป็นระยะเวลาติดต่อกันเกิน 3 เดือน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน (proportional stratified random sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) แบ่งชั้นภูมิตามอำเภอและประเภทของหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต., ศสม., PCC, PCU) 2) คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิ โดยใช้สูตรจำนวนตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิ (จำนวนประชากรในชั้นภูมินั้น ÷ จำนวนประชากรทั้งหมด) × ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และ 3) การสุ่มตัวอย่างจากแต่ละชั้นภูมิใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากสุ่มรายชื่อพยาบาลวิชาชีพจากกรอบรายชื่อที่ได้รับจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์การปฏิบัติงาน การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง หลักสูตรที่เคยผ่านการอบรม ประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ประเภทของหน่วยบริการปฐมภูมิ ประสบการณ์เป็นหัวหน้าโครงการ ตำแหน่งทางการบริหาร ประเภทของตำแหน่งทางการบริหาร การมีพี่เลี้ยงด้านการจัดการสุขภาพชุมชน จำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดในหน่วยงาน ภาระงานเฉลี่ยต่อวัน และการได้รับการสนับสนุนจากองค์กร

2. แบบประเมินสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชน สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและร่วมกับกรอบสมรรถนะของสภาการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ด้าน รวม 40 ข้อ ประกอบด้วย (1) ด้านวิชาการในการจัดการสุขภาพชุมชน 10 ข้อ (2) ด้านการปฏิบัติการจัดการสุขภาพชุมชน 20 ข้อ และ (3) ด้านคุณลักษณะ/คุณสมบัติที่ส่งเสริมการปฏิบัติการจัดการสุขภาพชุมชน 10 ข้อ การให้คะแนน แบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (รับรู้สมรรถนะในระดับน้อยที่สุด) ถึง 5 (รับรู้สมรรถนะในระดับมากที่สุด) การแปลผลคะแนนภาพรวม คะแนนเต็ม 200 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผล แบ่งออกเป็น คะแนน 161–200 แปลผลว่า ระดับสูง คะแนน 121–160 แปลผลว่า ระดับปานกลาง คะแนน 81–120 แปลผลว่า ระดับพอใช้ และคะแนน ≤80 แปลผลว่า ระดับควรพัฒนา การแปลผลแยกตามสมรรถนะ สมรรถนะด้านความรู้และด้านคุณลักษณะแบ่งออกเป็น คะแนน 41–50 แปลผลว่า ระดับสูง คะแนน 31–40 แปลผลว่า ระดับปานกลาง คะแนน 21–30 แปลผลว่า ระดับพอใช้ และคะแนน ≤ 20 แปลผลว่า ระดับควรพัฒนา สำหรับสมรรถนะด้านการปฏิบัติ คะแนน 80–100 แปลผลว่า ระดับสูง คะแนน 60–79 แปลผลว่า ระดับปานกลาง คะแนน 40–59 แปลผลว่า ระดับพอใช้ และคะแนน ≤ 39 แปลผลว่า ระดับควรพัฒนา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลชุมชน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการสุขภาพชุมชน 2 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .90 ทั้งสองฉบับ

2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดใกล้เคียง จำนวน 30 คน ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .98

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 4/2569 วันที่ 12 พฤศจิกายน 2568 ผู้วิจัยได้ยึดหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด ได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ไม่เปิดเผยชื่อและข้อมูลส่วนตัว เคารพสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าต่ำสุด-สูงสุด สถิติเชิงอนุมาน ใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Pearson's correlation coefficient และการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วย Hierarchical multiple regression ผลการทดสอบพบว่า ข้อมูลของแต่ละตัวแปรมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง มีความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ ความคลาดเคลื่อนไม่มีความสัมพันธ์กันเอง และตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (VIF=1.100-2.825<10, Tolerance=.354-.909) และเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิตินี้

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการตอบกลับ จำนวน 205 คน คิดเป็นร้อยละ 95.-35 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.15 มีอายุเฉลี่ย 44.61 ปี (SD = 6.77) ด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 91.71 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานเฉลี่ย 18.21 ปี (SD = 6.45) ส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง ร้อยละ 85.85 โดยเฉพาะการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ร้อยละ 84.09 นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ย 13.92 ปี (SD = 4.07) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร้อยละ 86.34 และมีตำแหน่งทางการบริหาร ร้อยละ 41.46 ซึ่งส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ/หัวหน้าหน่วยบริการ ร้อยละ 74.12 ดังแสดงในดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=205)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	12	5.85
หญิง	193	94.15
อายุ (ปี) M = 44.61, SD = 6.77, Min = 31, Max = 55		
25-40 ปี	62	30.24
41-50 ปี	92	44.88
51-60 ปี	51	24.88
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	188	91.71
ปริญญาโทด้านการพยาบาล/การสาธารณสุข	17	8.29
ประสบการณ์การปฏิบัติงาน (ปี) M = 18.21, SD = 6.45, Min = 3, Max = 33		
การผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง		
ไม่ผ่านการอบรม	29	14.15
ผ่านการอบรม	176	85.85
หลักสูตรที่เคยผ่านการอบรม (n=176, ตอบได้มากกว่า 1 หลักสูตร)		
การพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)	148	84.09
การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว	21	11.93
การพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง	3	1.70
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน	4	2.28
ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (ปี) M = 13.92, SD = 4.07, Min = 1, Max = 33		
ประเภทของหน่วยบริการปฐมภูมิ		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)	177	86.34
ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.)	7	3.41
คลินิกหมอครอบครัว (PCC)	7	3.41
กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	14	6.84
ประสบการณ์เป็นหัวหน้าโครงการ		
ไม่มีประสบการณ์	147	71.71
มีประสบการณ์	58	28.29
ตำแหน่งทางการบริหาร		
มี	85	41.46
ไม่มี	120	58.54
ประเภทของตำแหน่งทางการบริหาร		
ผู้อำนวยการ/หัวหน้าหน่วยบริการ	63	74.12
หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย	22	25.88
การมีพี่เลี้ยงด้านการจัดการสุขภาพชุมชน		
มี	45	21.95
ไม่มี	160	78.05
จำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดในหน่วยงาน M = 1.51, SD = 0.63, Min = 1, Max = 3		
ภาระงานเฉลี่ยต่อวัน (case/วัน)* M = 20.79, SD = 8.75, Min = 8, Max = 50 case/วัน		
การได้รับการสนับสนุนจากองค์กร M = 3.28, SD = 0.91		

* มาตรฐาน NHPPD พยาบาลชุมชน ประมาณ 15-20 case/วัน (กองบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์)

2. สมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีสมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 49.75) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.32) โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 159.29 (SD = 20.03) เมื่อพิจารณาสมรรถนะรายด้าน พบว่า สมรรถนะด้านคุณลักษณะ/คุณสมบัติ มีคะแนนเฉลี่ย 43.47 (SD = 4.54) ส่วนสมรรถนะด้านการปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ย 80.40 (SD = 11.12) และสมรรถนะด้านความรู้ มีคะแนนเฉลี่ย 39.43 (SD = 5.57) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

สมรรถนะรายด้าน	คะแนนเฉลี่ย (SD)	ระดับสมรรถนะ (N/%)		
		สูง	ปานกลาง	พอใช้
1. สมรรถนะด้านวิชาการในการจัดการสุขภาพชุมชน (50 คะแนน)	39.43 (5.57)	64 (31.22)	135 (65.85)	6 (2.93)
2. สมรรถนะด้านการปฏิบัติการจัดการสุขภาพชุมชน (100 คะแนน)	80.40 (11.12)	132 (64.39)	67 (32.68)	6 (2.93)
3. สมรรถนะด้านคุณลักษณะ/คุณสมบัติที่ส่งเสริมการปฏิบัติการจัดการสุขภาพชุมชน (50 คะแนน)	43.47 (4.54)	177 (86.34)	28 (13.66)	0 (0.00)
4. ระดับสมรรถนะโดยรวม (200 คะแนน)	159.29 (20.03)	102 (49.75)	97 (47.32)	6 (2.93)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถนะรวม และทุกรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.258$, $p<.001$) เพศชายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะรวม และทุกรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .277$, $p<.001$) จำนวนพยาบาลในหน่วยบริการมีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถนะรวม และทุกรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.256$, $p<.001$) การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะรวม ด้านวิชาการ และด้านคุณลักษณะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .156$, $p<.05$) อย่างไรก็ตาม ภาระงานเฉลี่ยต่อวัน ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ การมีประสบการณ์เป็นหัวหน้าโครงการ และการผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับสมรรถนะรวม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน ปัจจัยด้านประสบการณ์ความเชี่ยวชาญ และสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชน

ตัวแปร	สมรรถนะรวม	ด้านวิชาการ	ด้านการปฏิบัติ	ด้านคุณลักษณะ
อายุ	-.258***	-.201**	-.232**	-.324***
เพศ (ชาย)	.277***	.384***	.193**	.227***
จำนวนพยาบาลในหน่วยบริการ	-.256***	-.268***	-.244***	-.202**
การได้รับการสนับสนุนจากองค์กร	.156*	.219**	.110	.152*
ภาระงานเฉลี่ยต่อวัน	.007	-.041	.021	.029
ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ	.075	.127	.114	-.104
ประสบการณ์เป็นหัวหน้าโครงการ (มีประสบการณ์)	.109	.130	.150*	-.050
ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง (ผ่านการอบรม)	.082	.140*	.119	-.103

หมายเหตุ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r); * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

4. ปัจจัยทำนายสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลการวิเคราะห์ Hierarchical multiple regression แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 3 โมเดล ดังนี้

โมเดลที่ 1 ทดสอบอำนาจพยากรณ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และอายุ พบว่า ตัวแปรทั้งสองสามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R = .345$, $R^2 = .119$, Adj. $R^2 = .110$, $F_{(2, 202)} = 13.648$, $p < .001$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะรวมได้ร้อยละ 11.90

โมเดลที่ 2 เพิ่มปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน ได้แก่ ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวนพยาบาลในหน่วยบริการ ภาระงานเฉลี่ยต่อวัน และการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรเข้าสู่โมเดล พบว่าตัวแปรกลุ่มนี้เพิ่มอำนาจการทำนายได้อีกร้อยละ 17.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2Change$=.171$, $F_{(4, 198)} = 11.958$, $p < .001$) โมเดลที่ 2 สามารถอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะรวมได้ร้อยละ 29.00 ($R=.539$, $R^2=.290$, Adj. $R^2=.269$)

โมเดลที่ 3 เพิ่มปัจจัยด้านประสบการณ์ความเชี่ยวชาญ ได้แก่ มีประสบการณ์เป็นหัวหน้าโครงการ และผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางเข้าสู่โมเดล พบว่าตัวแปรกลุ่มนี้เพิ่มอำนาจในการทำนายได้อีกร้อยละ 14.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2 Change$=.144$, $F_{(2, 196)} = 25.034$, $p < .001$) ซึ่งโมเดลที่ 3 สามารถอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนได้ร้อยละ 43.50 ($R=.659$, $R^2=.435$, Adj. $R^2=.412$)

ปัจจัยทั้ง 3 กลุ่มสามารถทำนายสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกโมเดล โดยปัจจัยด้านบริบทและสภาพแวดล้อมการทำงานมีอำนาจการทำนายเพิ่มสูงสุด ($\Delta R^2=.171$)

รองลงมาคือปัจจัยด้านประสบการณ์ความเชี่ยวชาญและการพัฒนาตนเอง (ΔR^2=.144) และปัจจัยส่วนบุคคล (ΔR^2=.119) ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตัวแปรทำนายสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม

	ตัวแปร	B	SE	β	t	p-value
1	ค่าคงที่ (Constant)	189.872	9.084		20.901	< .001
	อายุ	-.622	.200	-.210	-3.112	.002
	เพศ (ชาย)	19.878	5.745	.234	3.460	.001
	$R = .345, R^2 = .119$, Adj. $R^2 = .110$, R^2 Change = .119, $F_{(2, 202)} = 13.648$, $p < .001$					
2	ค่าคงที่ (Constant)	211.439	12.167		17.377	< .001
	อายุ	-1.406	.260	-.475	-5.405	< .001
	เพศ (ชาย)	20.987	5.528	.247	3.796	< .001
	จำนวนพยาบาลในหน่วยบริการ	-11.509	2.158	-.363	-5.333	< .001
	การได้รับการสนับสนุนจากองค์กร	2.834	1.478	.129	1.918	.057
	ภาระงานเฉลี่ยต่อวัน	.589	.154	.257	3.830	< .001
	ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วย	.661	.160	.352	4.131	< .001
	$R = .539, R^2 = .290$, Adj. $R^2 = .269$, R^2 Change = .171, $F_{(4, 198)} = 11.958$, $p < .001$					
3	ค่าคงที่ (Constant)	214.786	10.994		19.537	< .001
	อายุ	-2.164	.264	-.731	-8.185	< .001
	เพศ (ชาย)	32.237	5.305	.379	6.077	< .001
	จำนวนพยาบาลในหน่วยบริการ	-10.459	1.942	-.330	-5.385	< .001
	การได้รับการสนับสนุนจากองค์กร	2.284	1.328	.104	1.719	.087
	ภาระงานเฉลี่ยต่อวัน	.886	.147	.387	6.021	< .001
	ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วย	.575	.144	.306	3.990	< .001
	มีประสบการณ์เป็นหัวหน้าโครงการ	7.467	2.910	.168	2.566	.011
	ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง	22.957	4.552	.400	5.043	< .001
	$R = .659, R^2 = .435$, Adj. $R^2 = .412$, R^2 Change = .144, $F_{(2, 196)} = 25.034$, $p < .001$					

หมายเหตุ; B= Unstandardized Coefficient, SE=Standard error, β = Standardized Coefficient

อภิปรายผล

ระดับสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

จากผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับสูงและระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Nontapet และคณะ[7] ที่พบว่าพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิของไทยมีสมรรถนะหลักด้านการดูแลสุขภาพชุมชนอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง อธิบายได้ว่าพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางและมีประสบการณ์การปฏิบัติงานในชุมชนอย่างต่อเนื่องมีแนวโน้มพัฒนาสมรรถนะที่ครอบคลุมได้ดีกว่า ซึ่งการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานเฉลี่ย 18.21 ปี และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.85) เคยเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สอดคล้องกับ Halcomb และคณะ[11] ที่ระบุว่าสมรรถนะของพยาบาลในระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างการศึกษา การฝึกอบรมและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เอื้อต่อการเรียนรู้

เมื่อพิจารณารายละเอียดของสมรรถนะแต่ละด้าน พบประเด็นที่น่าสนใจหลายประการ **ประการแรก** สมรรถนะด้านคุณลักษณะที่ส่งเสริมการปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด สอดคล้องกับ Soto-Schulz และคณะ[15] ที่ระบุว่าความเป็นผู้นำ การทำงานเป็นทีม และการสื่อสารเป็นทักษะที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ อาจอธิบายได้จากบริบทการทำงานของกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ โดยร้อยละ 41.46 ปฏิบัติหน้าที่ทั้งมีตำแหน่งด้านการบริหารร่วมกับการบริการร่วมด้วย และร้อยละ 86.34 ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่พยาบาลต้องรับผิดชอบงานหลากหลายในฐานะผู้ให้บริการหลักและผู้ประสานงานในชุมชน การปฏิบัติงานในลักษณะนี้น่าจะช่วยพัฒนาคุณลักษณะวิชาชีพผ่านการปฏิบัติจริง สอดคล้องกับ Alanazi และคณะ[16] ที่พบว่าพยาบาลปฐมภูมิที่มีความรับผิดชอบสูงมีแนวโน้มพัฒนาทักษะการส่งเสริมสุขภาพและภาวะผู้นำในชุมชนได้ดี

ประการที่สอง สมรรถนะด้านวิชาการมีสัดส่วนของกลุ่มที่มีสมรรถนะอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 31.22 แม้ภาพรวมจะอยู่ในเกณฑ์ที่ดี แต่ส่วนใหญ่มีสมรรถนะด้านนี้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.85) สอดคล้องกับการศึกษาของ Miranda Neto และคณะ[17] พบว่าพยาบาลปฐมภูมิในบราซิลมีข้อจำกัดในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในทางปฏิบัติ อันเป็นผลจากอุปสรรคด้านการฝึกอบรม ขาดเวลาและโครงสร้างองค์กรที่ไม่เอื้ออำนวย นอกจากนี้ Lukewich และคณะ[4] ยังพบว่าในประเทศแคนาดาพบว่าสมรรถนะด้านการวิจัย การประเมินผลและการประกันคุณภาพ เป็นสมรรถนะที่อยู่ในหลักสูตรการพัฒนาและการฝึกอบรมด้านการพยาบาลปฐมภูมิน้อยที่สุด รวมถึง Azimirad และคณะ[5] ที่ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการศึกษาต่อเนื่องในปัจจุบันพบว่าไม่มีประเด็นเกี่ยวกับสมรรถนะด้านการตัดสินใจและเทคโนโลยีดิจิทัล (e-health) ที่ครอบคลุมและเพียงพอ ทั้งนี้การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (ร้อยละ 84.09) ซึ่งเน้นการรักษาโรคเบื้องต้น มากกว่าหลักสูตรที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการจัดการสุขภาพชุมชน เช่น การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว (ร้อยละ 11.93) อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้สมรรถนะด้านวิชาการยังอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาหลักสูตรอบรมที่มุ่งเน้นสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนที่ควบคู่กับด้านวิชาการโดยเฉพาะด้านการวิจัยและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ยังคงมีความจำเป็นสำหรับพยาบาลด้านปฐมภูมิ

ประการที่สาม สมรรถนะด้านการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.39) อาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพของการศึกษาครั้งนี้ มีระยะเวลาปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ย 13.92 ปี ที่บ่งบอกว่า

มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในพื้นที่จนทำให้เกิดความชำนาญและเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลในพื้นที่ สามารถประสานงานและร่วมงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้เป็นอย่างดีสอดคล้องกับ Lee และคณะ[8] ที่ระบุว่าการสื่อสารและการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพคือสมรรถนะร่วมที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการในระดับปฐมภูมิ รวมถึง Bagnasco และคณะ[18] ที่ยืนยันว่าการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อดำเนินกิจกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเป็นสมรรถนะหลักสำคัญของพยาบาลระดับสากล

ปัจจัยทำนายสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 อำนาจทำนายของโมเดลภาพรวม ผลการวิเคราะห์พบว่า โมเดลสุดท้ายประกอบด้วยตัวแปร 8 ตัว สามารถอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนได้ร้อยละ 43.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้ว่า สมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชน เกิดจากการบูรณาการปัจจัยหลายมิติพร้อมกัน ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน และปัจจัยด้านประสบการณ์ความเชี่ยวชาญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Mrayyan และคณะ[2] ที่อธิบายว่าสมรรถนะเป็นแนวคิดเชิงพหุมิติ ซึ่งเกิดจากการหลอมรวมความรู้ ทักษะ เจตคติ การคิดวิเคราะห์ และค่านิยมเข้าด้วยกัน

เมื่อพิจารณาตามลำดับการเพิ่มอำนาจการทำนายของแต่ละกลุ่มปัจจัย พบว่ากลุ่มปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน มีอำนาจพยากรณ์เพิ่มสูงสุด ซึ่งชี้ให้เห็นว่าบริบทขององค์กรและสภาพแวดล้อมในการทำงานอาจมีบทบาทสำคัญที่สุดในการกำหนดสมรรถนะของพยาบาล รองลงมาคือกลุ่มปัจจัยด้านประสบการณ์ความเชี่ยวชาญ และกลุ่มปัจจัยส่วนบุคคล อย่างไรก็ตามโมเดลนี้สามารถทำนายสมรรถนะได้ร้อยละ 43.50 อาจเนื่องจากการจัดการสุขภาพชุมชนมีความซับซ้อนและอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นที่ยังไม่ได้รวมในการศึกษา เช่น แรงจูงใจภายใน ความผูกพันต่อวิชาชีพ ภาวะผู้นำของผู้บริหารในหน่วยงาน วัฒนธรรมองค์กร หรือการเข้าถึงระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน สอดคล้องกับ Halcomb และคณะ[11] ที่พบว่าสมรรถนะพยาบาลปฐมภูมิเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างการศึกษา การฝึกอบรม และสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีความซับซ้อนและมีพลวัตสูง

ประเด็นที่ 2 อำนาจทำนายของแต่ละตัวแปร ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล (1) เพศชายเป็นตัวทำนายสมรรถนะที่มีนัยสำคัญทางสถิติในทุกโมเดล โดยในโมเดลที่ 3 มีค่า $\beta = .379$ ($p<.001$) อย่างไรก็ตาม การตีความผลการศึกษาในตัวแปรนี้อาจมีข้อจำกัดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีพยาบาลเพศชายเพียง ร้อยละ 5.85 ซึ่งอาจทำให้การประมาณค่าผลของตัวแปรเพศมีความแปรปรวนสูง และอาจสะท้อนปัจจัยแทรกซ้อนอื่น เช่น บทบาทหน้าที่หรือประสบการณ์เฉพาะในกลุ่มนี้มากกว่าผลของเพศโดยตรง สอดคล้องในบางประเด็นกับ Romem และ Rozani[19] ที่พบว่าพยาบาลชายในหน่วยบริการผู้สูงอายุมีแนวโน้มปฏิบัติขอบเขตการพยาบาลในมิติเทคนิคได้กว้างกว่าพยาบาลหญิง โดยอธิบายว่าความแตกต่างดังกล่าวเกิดจากการมอบหมายงานตามแบบแผนทางเพศ มากกว่าความสามารถที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม มีหลักฐานหรือการศึกษาเกี่ยวกับผลของเพศต่อสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนในบริบทปฐมภูมิยังมีจำกัด และข้อค้นพบด้านตัวแปรเพศที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ควรพิจารณาร่วมกับปัจจัยแทรกซ้อนอื่นด้วย และ (2) อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถนะ โดยในโมเดลที่ 3 มีค่า $\beta = -.731$ ($p<.001$) ซึ่งเป็นค่าสัมประสิทธิ์สูงที่สุดในสมการและ

สูงกว่าโมเดลที่ 1 (β=-.210) และโมเดลที่ 2 (β=-.475) ผลดังกล่าวอาจเกิดจากปรากฏการณ์จากความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับตัวแปรที่เพิ่มเข้าสู่โมเดล โดยเฉพาะระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม ตัวแปรอายุและระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิมีความสัมพันธ์ไม่สูงมาก ซึ่งไม่เกิน .80 และไม่มีภาวะ Multicollinearity นอกจากนี้ อาจอธิบายได้ว่าพยาบาลรุ่นใหม่สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรการเรียนการสอนที่เน้นสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนมากขึ้น และมีความสามารถในการเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศและฐานความรู้ใหม่ได้ดีกว่า

ปัจจัยด้านบริบทและสภาพแวดล้อมการทำงาน (1) ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิมีอิทธิพลทางบวกต่อสมรรถนะ (β=.306, p<.001) อย่างไรก็ตาม พบประเด็นที่น่าสังเกต กล่าวคือ ในการวิเคราะห์ข้อมูลไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิกับสมรรถนะรวมอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นในสมการถดถอยแล้ว ตัวแปรนี้กลับมีอิทธิพลทางบวกต่อสมรรถนะอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจอธิบายได้ด้วยปรากฏการณ์ Suppression โดยระยะเวลาปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอายุ (r=.573, p<.001) และอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับสมรรถนะ ดังนั้น เมื่อควบคุมอายุในสมการถดถอยแล้ว ผลเฉพาะของระยะเวลาปฏิบัติงานต่อสมรรถนะจึงปรากฏชัดเจนขึ้นและเป็นปัจจัยทำนายที่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากความคุ้นเคยของพยาบาลผู้ปฏิบัติกับชุมชน ระบบบริการ เครือข่ายสุขภาพและความสัมพันธ์ระยะยาวกับประชาชนในพื้นที่ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสริมสมรรถนะที่สำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับ Ge และคณะ[20] ที่พบว่าความคุ้นเคยกับชุมชนจากการปฏิบัติงานในพื้นที่เดิมอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยเสริมสมรรถนะ (2) จำนวนพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิมีอิทธิพลทางลบต่อสมรรถนะ (β=-.330, p<.001) กล่าวคือ หน่วยบริการที่มีพยาบาลน้อยกว่ากลับมีสมรรถนะสูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของ รพ.สต. ในจังหวัดมหาสารคามที่มีพยาบาลเฉลี่ยเพียง 1.51 คนต่อหน่วยบริการ เมื่อบุคลากรมีน้อยจำเป็นต้องรับผิดชอบงานที่หลากหลาย โดยเฉพาะการจัดการสุขภาพชุมชน จึงมีโอกาสพัฒนาสมรรถนะแบบรอบด้านมากกว่าหน่วยบริการที่มีบุคลากรจำนวนมาก ซึ่งมักแบ่งงานตามความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ทำให้การพัฒนาสมรรถนะในภาพรวมอาจถูกจำกัด (3) ภาระงานเฉลี่ยต่อวันมีอิทธิพลทางบวกต่อสมรรถนะ (β=.387, p<.001) แม้ว่าในเชิงทฤษฎีภาระงานที่มากเกินไปมักส่งผลลบต่อคุณภาพการทำงาน แต่ในบริบทนี้อาจอธิบายได้ว่าพยาบาลที่ให้บริการดูแลผู้รับบริการต่อวันจำนวนมาก มีโอกาสสะสมประสบการณ์และพัฒนาทักษะการจัดการสถานการณ์ที่หลากหลายมากขึ้น ส่งผลให้สมรรถนะโดยรวมสูงขึ้น อย่างไรก็ตามควรพิจารณาว่าภาระงานที่หนักเกินไปอาจนำไปสู่ความเหนื่อยล้า ซึ่งในระยะยาวอาจส่งผลลบต่อสมรรถนะและคุณภาพการบริการ และ (4) การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรเป็นตัวทำนายสมรรถนะในทิศทางบวกแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในโมเดลที่ 3 (β=.104, p=.087) อย่างไรก็ตามตัวแปรนี้สามารถทำนายสมรรถนะได้อย่างมีนัยสำคัญในโมเดลที่ 2 อาจเนื่องมาจากการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำซึ่งอาจส่งผลให้ไม่มีอำนาจในการทำนายสมรรถนะ และในโมเดลที่ 3 ได้เพิ่มปัจจัยด้านประสบการณ์ความเชี่ยวชาญ โดยการสนับสนุนจากองค์กรส่งอิทธิพลต่อสมรรถนะผ่านการส่งเสริมให้พยาบาลได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทางต่าง ๆ และมีโอกาสได้บริหารโครงการที่สำคัญมากกว่าการมีผลโดยตรงต่อสมรรถนะ นอกจากนี้ระบบนิเวศในองค์กรที่ส่งเสริมวัฒนธรรมการเรียนรู้และ

ให้การสนับสนุนทรัพยากรของคนในองค์กรเป็นสิ่งจำเป็นในการดึงศักยภาพสมรรถนะของพยาบาลออกมาใช้ได้อย่างเต็มที่[17]

ด้านประสบการณ์ความเชี่ยวชาญ (1) การอบรมหลักสูตรเฉพาะทางเป็นตัวทำนายสมรรถนะที่มีน้ำหนักสูงที่สุดในโมเดลที่ 3 (β=.400, p<.001) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์สูงในการปฏิบัติงาน รวมถึงได้รับโอกาสจากหน่วยงานให้ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางในด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ผลที่พบนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาด้านวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ Amir และคณะ[14] ที่ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและพบว่าการพัฒนาด้านวิชาชีพอย่างต่อเนื่องส่งผลโดยตรงต่อการยกระดับสมรรถนะทางคลินิกและการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะในการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการทำงานร่วมกับชุมชน และ (2) ประสบการณ์เป็นหัวหน้าโครงการด้านสุขภาพชุมชนเป็นตัวทำนายสมรรถนะที่มีนัยสำคัญ (β=.168, p=.011) สะท้อนถึงกลไกการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติงานจริง (Learning by Doing) ในบทบาทผู้นำโครงการ ซึ่งต้องบูรณาการสมรรถนะหลายด้านพร้อมกัน ทั้งการวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การบริหารทรัพยากร การประสานเครือข่ายและการประเมินผล สอดคล้องกับ Coombe และคณะ[10] ที่พบว่าสมรรถนะด้านการวางแผน การบริหารจัดการและการทำงานร่วมกับทีม จะได้รับการพัฒนาได้ดีที่สุดผ่านการฝึกประสบการณ์จริงในบริบทชุมชน ชี้ให้เห็นว่าการเปิดโอกาสให้พยาบาลได้รับผิดชอบบริหารโครงการสุขภาพชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม อาจถือเป็นกลไกในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลชุมชน

อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณาในการนำผลไปใช้ ได้แก่ (1) เป็นการศึกษาที่มีการเก็บข้อมูล ณ ช่วงเวลาเดียว จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรได้ (2) การประเมินสมรรถนะใช้วิธีการรายงานด้วยตนเองซึ่งอาจเกิด social desirability bias แม้เครื่องมือจะผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วก็ตาม (3) ขอบเขตการศึกษาจำกัดในพื้นที่จังหวัดเดียว ซึ่งอาจมีบริบทสังคมและโครงสร้างระบบสุขภาพของเฉพาะพื้นที่ จึงควรเป็นข้อพิจารณาในการนำผลวิจัยไปอ้างอิงในพื้นที่อื่น (4) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีสัดส่วนพยาบาลชายเพียง ร้อยละ 5.85 ซึ่งสะท้อนโครงสร้างวิชาชีพพยาบาลในบริบทไทยที่มีสัดส่วนพยาบาลเพศหญิงสูง อย่างไรก็ตาม ขนาดกลุ่มย่อยที่เล็กดังกล่าวอาจทำให้การประมาณค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรเพศมีความไม่เสถียร ควรตีความผลการศึกษาของตัวแปรเพศด้วยความระมัดระวัง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการพัฒนาบุคลากร มีดังนี้

1. ควรพัฒนาระบบสนับสนุนและการฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติและการจัดการสุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับระบบพี่เลี้ยง

2. ควรสนับสนุนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริง โดยให้พยาบาลได้รับผิดชอบบริหารโครงการสุขภาพชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป มีดังนี้

1. ควรศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อเจาะลึกประสบการณ์และอุปสรรคในการพัฒนาสมรรถนะ โดยเฉพาะประเด็นที่การวิจัยเชิงปริมาณยังไม่สามารถอธิบายได้ รวมถึงควรออกแบบการวิจัยระยะยาวเพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสมรรถนะ

2. ควรขยายการประเมินให้ครอบคลุมหลายวิธี เช่น การประเมินจากหัวหน้างาน เพื่อนร่วมงาน และผู้รับบริการ เพื่อลดความลำเอียงจากการรายงานสมรรถนะด้วยตนเอง

3. ควรขยายพื้นที่ศึกษาให้ครอบคลุมและเปรียบเทียบระหว่าง รพ.สต. ที่สังกัด สสจ. และ อบจ.

4. ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้วยการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

References

1. Ministry of Public Health. Primary Health Care System Act B.E. 2562. Bangkok: Cooperative Agriculture Printing House of Thailand; 2019. (in Thai).
2. Mrayyan MT, Abunab HY, Abu Khait A, Rababa MJ, Al-Rawashdeh S, Algunmeeyn A, et al. Competency in nursing practice: a concept analysis. BMJ Open. 2023;13(6):e067352.
3. Nursing Council of Thailand. Competencies of professional nurses working in the community. Bangkok: Siriyod Printing; 2025. (in Thai).
4. Lukewich J, Mathews M, Poitras ME, Tranmer J, Martin-Misener R, Bryant-Lukosius D, et al. Primary care nursing competencies in Canadian undergraduate nursing programs: A national cross-sectional survey. Nurse Educ Pract. 2023;71:103738. doi: 10.1016/j.nepr.2023.103738.
5. Azimirad M, Paloniitty R, Papathanasiou IV, Aleo G, Catania G, Pozzi F, et al. Examining family and community nurses′ core competencies in continuing education programs offered in primary health care settings: an integrative literature review. Nurse Educ Pract. 2023;67:103561. doi: 10.1016/j.nepr.2023.103561.
6. World Health Organization. Competencies for nurses working in primary health care. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
7. Nontapet O, Isaramalai SA, Petpichatchain W, Brooks CW. Conceptual structure of primary care competency for Thai primary care unit (PCU) nurses. Pac Rim Int J Nurs Res. 2008;12(3):195-206.
8. Lee JY, Min YH, Yim J, Park KH, Yune SJ. Core shared competencies between physicians and nurses in primary care: a Delphi study in Korea. Korean J Med Educ. 2025;37(4):503-509. doi: 10.3946/kjme.2025.359.
9. LeSeure P, Chawaphanth S, Jantaramano S, Thana K. Knowledge and competency of nurses in the Northern region of Thailand for the ASEAN economic community. Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences. 2017;37(1):117-130.
10. Coombe L, Severinsen C, Robinson P. Practical competencies for public health education: a global analysis. Int J Public Health. 2020;65(7):1159-67. doi: 10.1007/s00038-020-01459-3.
11. Halcomb E, Stephens M, Bryce J, Foley E, Ashley C. Nursing competency standards in primary health care: an integrative review. J Clin Nurs. 2016;25(9-10):1193-205. doi: 10.1111/jocn.13224.
12. Kurnawan E, Yuliaty F. Systematic literature review: Nurses′ work hours and workload impact on patient safety incidents. J Indones Soc Sci. 2024;5(10):2574-86. doi:10.59141/jiss.v5i10.1461

13. Honein-AbouHaidar G, Hoteit R, Chehayeb S, Dumit N, Avedissian T, Abdallah B, et al. Community health assessment of needs and continuous empowerment (CHANCE): a quantitative cross-sectional survey targeting primary health care nurses in Lebanon. BMC Nurs. 2024;23(1):927. doi: 10.1186/s12912-024-02627-z.
14. Amir H, Sri Hariyati T, Novieastari E, Pakasi TA. Continuing professional development (CPD) impact for clinical and nursing practice: A systematic literature review. Asia Pac J Health Manag. 2024;19(2):197-205. doi:10.3316/informit.T2024121300002301828309961.
15. Soto-Schulz K, Herrera-Echenique R, Brito-Díaz R, Pérez-Romero N. Competencies required for the performance of primary health care managers: a systematic review. Cad Saude Publica. 2025;41:e00092624. doi: 10.1590/0102-311XEN092624.
16. Alanazi TA, Alanazi HA, Alanazi AA, Alharbi NN, Alsumairi MA, Aldossari WH, et al. Importance and efficacy of health promotion by primary care nurses. International Journal of Community Medicine and Public Health. 2023;10(1):331-335. doi:10.18203/2394-6040.ijcmph20223269.
17. Miranda Neto MV, Stacciarini JMR, Pereira EG, Terra MF, Cunha LMR, Ribeiro LB, et al. Competencies in research and evidence-based practice among primary health care nurses: challenges for advanced practice. Acta Paul Enferm. 2025;38:e-SPE24i. doi:10.37689/acta-ape/2025SPE24i.
18. Bagnasco A, Catania G, Zanini M, Pozzi F, Aleo G, Watson R, et al. Core competencies for family and community nurses: A European e-Delphi study. Nurse Educ Pract. 2022;60:103296. doi: 10.1016/j.nepr.2022.103296.
19. Romem A, Rozani V. Gender-related differences in the scope of nursing practice: evidence from a cross-sectional study in geriatric healthcare settings. BMC Nurs. 2024;23(1):852. doi: 10.1186/s12912-024-02516-5.
20. Ge J, Zhang Y, Fan E, Yang X, Chu L, Zhou X, et al. Community nurses are important providers of continuity of care for patients with chronic diseases: a qualitative study. INQUIRY. 2023;60:00469580231160888. doi: 10.1177/00469580231160888.