

การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริม สุขภาพในเขตพื้นที่ภาคกลาง

Role Performance of Professional Nurses in Health Promotion in Central Region

วัลยา ธรรมนิชวัฒน์*, ศรีสุตา คล้ายคล่องจิตร*, ณัฐา วงศ์วุฒิสาราช*
Wanlaya Thampanichawat*, Srisuda Klayklongjit*, Natta Wongwuttisaroj*
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย (10700)
Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok Thailand. (10700)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายและเปรียบเทียบการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4,089 คน ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ภาคกลาง 12 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ชัยนาท นครปฐม นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สมุทรปราการ สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สิงห์บุรี สุพรรณบุรี และอ่างทอง ใช้การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาท ในการสร้างเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Welch's ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.8) ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการ หรือพยาบาลผู้ปฏิบัติการ ขั้นสูง (APN) ในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ มีการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออตตาวา ค่อนข้างจำกัด พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ มีคะแนนรวมเฉลี่ย และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพทุกด้าน สูงกว่าระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน และการปรับระบบบริการสุขภาพ สูงกว่าระดับตติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะให้พัฒนาสมรรถนะ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อช่วยให้สามารถบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออตตาวา ในการปฏิบัติงานได้ และควรมีการศึกษาวิจัยต่อไปถึงปัจจัยที่เกื้อหนุนให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออตตาวา

คำสำคัญ : การปฏิบัติบทบาท การสร้างเสริมสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพ กฎบัตรออตตาวา

Abstract

The purposes of this descriptive study were to describe and compare role performance of professional nurses in health promotion according to Ottawa Charter in primary, secondary, and tertiary care services. The sample was 4,089 professional nurses who have been working in 12 provinces in central region,

Corresponding Author: *E-mail: wanlaya.tha@mahidol.ac.th

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสภาการพยาบาล

This study was supported by Thai Health Promotion Foundation and Thailand Nursing and Midwifery Council

which included Bangkok Metropolis, Chai Nat, Nakhon Pathom, Nonthaburi, Pathum Thani, Phra Nakhon Si Ayutthaya, Samut Prakan, Samut Songkhram, Samut Sakhon, Sing Buri, Suphan Buri, and Ang Thong. Stratified random sampling was used. Data were collected by Demographic Data Questionnaire and Role Performance in Health Promotion Questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics and Welch's ANOVA.

The findings revealed that the majority of subjects (87.8%) who were professional nurses or advanced practice nurses working at primary, secondary, or tertiary care levels had limited role performance in health promotion according to Ottawa Charter. Professional nurses who provided primary care service had higher overall mean score and all subscale mean scores of role performance in health promotion than those working at secondary and tertiary care levels with statistical significance ($p < .01$). Professional nurses who provided secondary care service had higher subscale mean scores on "Strengthen community action" and "Reorient health services" than those working at tertiary care level with statistical significance ($p < .01$). It was suggested that professional nurses' competency in health promotion should be enhanced so that they will be able to incorporate health promotion according to Ottawa Charter in their practices. Moreover, further studies should be conducted to examine supportive factors for nurses' health promotion practices according to Ottawa Charter.

Keywords : role performance, health promotion, professional nurses, Ottawa Charter

บทนำ

การสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) เป็นกลวิธีที่จำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกวัย พยาบาลสามารถบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพในการให้บริการสุขภาพได้ทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ (primary care) ระดับทุติยภูมิ (secondary care) และระดับตติยภูมิ (tertiary care) ซึ่งครอบคลุมถึงการเตรียมผู้ป่วยและญาติให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันผลกระทบจากภาวะที่เกิดจากโรคร่วม การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในระยะยาว และการดูแลผู้ป่วยที่รักษาไม่หายแบบประคับประคอง สำหรับประเทศไทย ถึงแม้ว่าพยาบาลจะมีบทบาทหน้าที่ตามมาตรา 4 ในพระราชบัญญัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์ในการดูแลและช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ แต่ในสภาพความเป็นจริงในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ภาระงานส่วนใหญ่ยังเน้นการดูแลรักษาผู้เจ็บป่วย และการฟื้นฟูสภาพมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ ขาดการบูรณาการส่งเสริมสุขภาพในการให้บริการสุขภาพแต่ละระดับ

ในปี ค.ศ. 1986 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศกฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนสู่

การสาธารณสุขแนวใหม่¹ ด้วยแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพที่กว้างกว่าเดิม โดยเน้นที่ 1) การปรับเปลี่ยนปัจจัยทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และปัจจัยทางชีวภาพที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ 2) การเข้าถึงความเสมอภาคทางสุขภาพ ด้วยการสร้างโอกาส และแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่จะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงศักยภาพด้านสุขภาพอย่างเต็มที่ และเท่าเทียมกัน และ 3) การดำเนินการร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เห็นความสำคัญของสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคส่วนที่ดูแลสุขภาพ ภาคสังคม และเศรษฐกิจ ภาคเอกชน องค์กรอาสาสมัคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคอุตสาหกรรม และสื่อมวลชน แม้ว่าจะมีการประกาศกรอบกฎบัตรออตตาวานี้มานานแล้ว แต่ยังไม่ได้มีการถ่ายทอดแนวคิดดังกล่าวสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง หลักฐานงานวิจัยในต่างประเทศบ่งชี้ว่าวิธีการที่พยาบาลใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพส่วนมากยังคงเป็นเพียงการสอนสุขศึกษา และการให้ข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบสั่งการ (prescriptive) และเฉพาะบุคคล (individualistic) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยมักจะจำกัดอยู่แค่เรื่องส่วนตัว เล็กน้อยของการดูแล² นอกจากนี้งานวิจัยส่วนหนึ่งยังแสดงให้เห็นว่า พยาบาลยังไม่ได้นำแนวคิดการสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ไปผสมผสานในกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งยังไม่ค่อยรู้จักเอกสารที่เป็นนโยบายสุขภาพและ

สังคม (social and health policy) และไม่ได้ประยุกต์ใช้สิ่งเหล่านี้ ในการปฏิบัติงานด้วย³ อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตึกระดับตติยภูมิจำนวน 83 คน และโรงพยาบาลตึกในระดับบริการสุขภาพอื่นจำนวน 48 คน ในประเทศออสเตรเลีย⁴ พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในระดับตติยภูมิมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกตาวา ทั้งการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการปรับระบบบริการสุขภาพ ซึ่งหลากหลายมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในระดับบริการสุขภาพอื่น ซึ่งมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพียงด้านเดียวคือ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย มีงานวิจัยเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอยู่จำนวนมาก ส่วนหนึ่งเป็นการวิจัยรูปแบบการพัฒนาภาวะผู้นำด้านการสร้างเสริมสุขภาพ⁵ รูปแบบการเรียนการสอนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล⁶ และการประเมินสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล⁷ สำหรับการศึกษาการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทยนั้น ยังมีความรู้ในเรื่องนี้อย่างจำกัด เกษรสำเภาทองและลภัทรดา หนูมคำ⁸ ได้ทำการสำรวจพยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐทุกสังกัดในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 153 คน พบว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พยาบาลปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล (81.7%) การเผยแพร่ความรู้ด้วยวิธีการทางสุศึกษา (78.4%) และการดำเนินโครงการตามนโยบาย (66.0%) นอกจากนี้ยังไม่พบว่ามีการศึกษาการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออกตาวาในประเทศไทย คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่า พยาบาลวิชาชีพในแต่ละระดับบริการสุขภาพ มีการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออกตาวาแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของ “โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ” ซึ่งเกิดขึ้นภายใต้ความร่วมมือของสภาการพยาบาลกับภาคีเครือข่ายองค์กรวิชาชีพพยาบาลทั่วประเทศ ทั้งภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคใต้ ในระยะแรกของโครงการฯ นี้ ได้ทำการสำรวจระดับสมรรถนะ และการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับ

ปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ทั่วประเทศทั้ง 5 ภาค โดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมเป็นคณะทำงานระดับภาค รับผิดชอบดำเนินโครงการในเขตพื้นที่ภาคกลาง ได้รับความเข้าใจและข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเฉพาะทาง รวมทั้งจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายเพื่อสนับสนุนบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพในทุกะดับบริการสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. อธิบายการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออกตาวา (Ottawa Charter) ในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ
2. เปรียบเทียบการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออกตาวา (Ottawa Charter) ในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ

สมมติฐาน

พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ มีการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออกตาวา (Ottawa Charter) แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตามกฎบัตรออกตาวา (Ottawa Charter) การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง การจะเข้าถึงสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิต และสังคมนั้น บุคคลหรือกลุ่มบุคคลต้องสามารถระบุถึงสิ่งที่ต้องการบรรลุ และบรรลุในสิ่งที่ต้องการได้ รวมถึงสามารถปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม หรือสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปได้ สุขภาพเป็นแนวคิดด้านบวกที่มุ่งเน้นแหล่งประโยชน์ทางสังคม และแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล รวมถึงศักยภาพทางกายของบุคคล ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงไม่เป็นเพียงความรับผิดชอบของภาคส่วนที่ดูแลสุขภาพเท่านั้น แต่ยังมุ่งไปที่รูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาวะในที่สุด กลวิธี

ที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออตตาวา¹ มี 5 ประการ ดังนี้

1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build healthy public policy) เป็นการทำให้สุขภาพเป็นวาระของผู้กำหนดนโยบายในทุกภาคส่วนและทุกระดับ เพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายเหล่านี้ตระหนักถึงผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากการตัดสินใจในทุกเรื่อง และเพื่อให้ยอมรับว่า คนกลุ่มนี้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพด้วย เป้าหมายควรเป็นการส่งเสริมให้ผู้กำหนดนโยบายเลือกทางเลือกที่ส่งผลดีต่อสุขภาพได้ง่ายขึ้น

2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environments) การสร้างเสริมสุขภาพมีส่วนส่งเสริมให้การดำเนินชีวิตและรูปแบบของการทำงานมีความปลอดภัย กระตุ้นให้เกิดความกระตือรือร้น เกิดความรู้สึกพึงพอใจ และความเพลิดเพลิน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยี การทำงาน การผลิตพลังงาน และการขยายตัวของชุมชนเมือง มีการปกป้องสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติและที่มนุษย์สร้างขึ้น รวมทั้งการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติด้วย

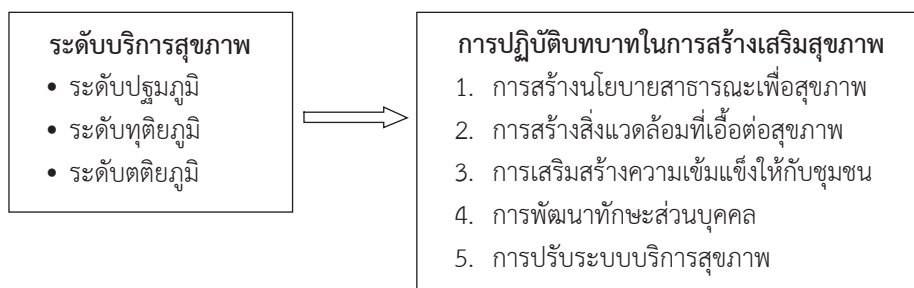
3) การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน (Strengthen community action) การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการทำงานในชุมชนที่มีประสิทธิภาพและจับต้องได้ หัวใจสำคัญของกระบวนการทำงานในชุมชนคือ การสร้างเสริมพลังอำนาจของชุมชน ซึ่งเป็นการทำให้ชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ สามารถควบคุมการดำเนินการต่าง ๆ และสามารถกำหนดอนาคตของตนเองได้ การพัฒนาระบบที่มีความยืดหยุ่นเพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อสุขภาพจะเกิดขึ้นได้

หากชุมชนสามารถเข้าถึงข้อมูลอย่างสมบูรณ์และต่อเนื่อง มีโอกาสได้เรียนรู้ถึงโอกาสในการสร้างสุขภาพ และมีแหล่งทุนสนับสนุนอย่างเหมาะสม

4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skills) การสร้างเสริมสุขภาพสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาทั้งในส่วนบุคคลและสังคม ด้วยการให้ข้อมูล เสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และพัฒนาทักษะชีวิต การเปิดโอกาสให้บุคคลได้เรียนรู้ตลอดชีวิต มีการเตรียมพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงในทุกช่วงชีวิต เพื่อให้สามารถปรับตัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือเกิดการบาดเจ็บ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลสามารถดำเนินการผ่านภาคส่วนการศึกษา วิชาชีพ สื่อมวลชน องค์กรอาสาสมัคร รวมถึงภายในองค์กรที่บุคคลสังกัดอยู่

5) การปรับระบบบริการสุขภาพ (Reorient health services) ทุกภาคส่วน ทั้งบุคคล กลุ่มภายในชุมชน บุคลากรสุขภาพ หน่วยงานบริการสุขภาพ และภาครัฐ ต้องทำงานร่วมกันเพื่อให้ระบบบริการสุขภาพนำไปสู่สุขภาพดี โดยต้องปรับเปลี่ยนทิศทางมาสู่การสร้างเสริมสุขภาพ มิใช่เพียงให้การดูแลรักษาเท่านั้น บริการสุขภาพต้องสามารถตอบสนองต่อภารกิจที่นับวันจะมีความละเอียดอ่อน และให้ความสนใจต่อความต้องการทางวัฒนธรรมเพิ่มขึ้น ภารกิจนี้ควรสนับสนุนบุคคลและชุมชนที่ต้องการมีสุขภาพดี และเปิดโอกาสให้ภาคส่วนที่ดูแลสุขภาพได้เชื่อมโยงกับภาคส่วนอื่น เช่น สังคม การเมือง เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมทางสุขภาพมากยิ่งขึ้น

หลักฐานจากงานวิจัยในต่างประเทศ⁴ บ่งชี้ว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในระดับบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน อาจมีส่วนร่วมในกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออตตาวาทั้ง 5 ด้าน แตกต่างกัน ดังแสดงในแผนภูมิข้างล่าง



วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่

ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ภาคกลาง 12 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ชัยนาท นครปฐม นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สมุทรปราการ สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สิงห์บุรี สุพรรณบุรี และอ่างทอง ทั้งหมด 35,341 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่ม

ตัวอย่างโดยใช้สัดส่วน 10%⁹ จะได้ความเป็นตัวแทนของประชากรที่ระดับความคลาดเคลื่อน .01 ได้จำนวน 3,534 คน แต่การสำรวจที่ผ่านมาในกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน¹⁰ พบว่ามีอัตราการไม่ตอบกลับร้อยละ 41.4 ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 1,466 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 5,000 คน ผู้วิจัยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นขั้นตอน (Stratified random sampling) โดยในขั้นตอนแรก คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดก่อน ตามสัดส่วนการกระจายของพยาบาลวิชาชีพทั่วประเทศที่ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ คือ ร้อยละ 10, 60 และ 30 ตามลำดับ (ข้อมูลจากสภาการพยาบาล) จากนั้นสุ่มเลือกโรงพยาบาลในแต่ละระดับบริการสุขภาพในแต่ละจังหวัดจากบัญชีรายชื่อโรงพยาบาลที่สำรวจจำนวนพยาบาลไว้ แล้วจึงสุ่มเลือกพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนั้น แต่เมื่อดำเนินการเก็บข้อมูลแล้วพบปัญหาอุปสรรคทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลบางแห่ง และแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาจำนวนหนึ่งข้อมูลไม่สมบูรณ์ ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4,089 คน

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา การฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้น (4 เดือน) ประสบการณ์ปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่งงาน ระดับการให้บริการสุขภาพ แผนกที่ทำงาน และประเภทหน่วยบริการสุขภาพ
2. แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่คณะกรรมการบริหารโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรรอตตาวา ในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ จำนวน 23 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย
 - 2.1 การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ
 - 2.2 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ
 - 2.3 การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน จำนวน 3 ข้อ
 - 2.4 การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ
 - 2.5 การปรับระบบบริการสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ

แต่ละคำถามประกอบด้วยตัวเลือกที่แสดงความถี่ในการปฏิบัติบทบาท 5 ระดับ (ตั้งแต่ไม่ได้ทำ รายปี รายเดือน รายสัปดาห์ และรายวัน) และให้คะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน รวมทั้งหาค่าเฉลี่ยระหว่าง 0 - 92 คะแนนรวมมาก แสดงว่าพยาบาลวิชาชีพได้ปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิของสภาการพยาบาลในด้านความถูกต้องและความตรงเชิงเนื้อหา เมื่อนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .96 และเมื่อคำนวณซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้เท่ากับ .95

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลได้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. แนะนำตัวกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และผู้ประสานงานด้านการวิจัยของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
2. ขอให้ผู้ประสานงานด้านการวิจัยของแต่ละโรงพยาบาลช่วยแจกแบบสอบถามทั้งหมดให้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน และนัดหมายขอรับแบบสอบถามกลับคืน
3. ตรวจสอบความสมบูรณ์และครบถ้วนของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารหมายเลข Si036/2014) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร (หนังสือหมายเลข 044) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สภาการพยาบาล (เอกสารเลขที่ 3/2556) ผู้วิจัยขอให้ผู้ประสานงานด้านการวิจัยของแต่ละโรงพยาบาล ช่วยแจกเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และแบบสอบถามให้แก่พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน โดยย้ำถึงการเปิดโอกาสให้พยาบาลตัดสินใจโดยอิสระ ไม่มีการกดดันหรือบังคับใด ๆ และไม่ต้องให้ความยินยอม

เป็นลายลักษณ์อักษร หากยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการ ก็ขอให้ตอบแบบสอบถาม และส่งคืน แต่ถ้าไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการ ก็ไม่ต้องดำเนินการใด ๆ ทั้งสิ้น การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อหน้าที่การงานของพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออตตาวา ในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ทั้งในภาพรวมและแยกเป็นรายด้าน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออตตาวา ในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ทั้งในภาพรวมและแยกเป็นรายด้าน ด้วย Welch's ANOVA และ Post-Hoc Comparisons เนื่องจากเมื่อทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของ ANOVA แล้ว พบว่า การกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ (non-normality) และความแปรปรวนของข้อมูลทั้ง 3 ระดับไม่เท่ากัน¹¹ (heteroscedasticity) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 4,089 คน อายุเฉลี่ย 39.12 ปี (SD = 9.58) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 - 63 ปี (ร้อยละ 77.5) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.2) สำเร็จ

การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 87.2) และปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการ หรือพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (APN) (ร้อยละ 87.8) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลวิชาชีพระยะเวลาเฉลี่ย 15.58 ปี (SD = 9.02) มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 68.1) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานตั้งแต่ 11 - 42 ปี และไม่เคยได้รับการฝึกอบรมระยะสั้น 4 เดือน (ร้อยละ 65.9) มีเพียงร้อยละ 34.1 ที่เคยได้รับการฝึกอบรมระยะสั้น 4 เดือน

เมื่อจำแนกตามระดับการให้บริการสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้บริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.2 รองลงมาคือ ระดับตติยภูมิ ร้อยละ 36.5 และระดับปฐมภูมิ ร้อยละ 14.3 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมระยะสั้น 4 เดือน พบว่า ในระดับตติยภูมิมีสัดส่วนมากที่สุด และรองลงมาคือ ระดับทุติยภูมิ และระดับปฐมภูมิ (ร้อยละ 71.5, 70.1, 37.2) ตามลำดับ

การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออตตาวา ในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคะแนนรวมเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพฯ เท่ากับ 26.66 (SD = 21.26, range 0 - 92) (ตารางที่ 1) เมื่อจำแนกตามระดับการให้บริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างในระดับปฐมภูมิ มีคะแนนรวมเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพฯ (34.65 ± 17.6) สูงกว่าระดับทุติยภูมิ (25.99 ± 21.4) และระดับตติยภูมิ (24.43 ± 21.7) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 67.96, p < .01) (ตารางที่ 2, 3)

ตารางที่ 1 แสดงพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวม และจำแนกเป็นรายด้าน (N = 4,089)

	Actual Range	Mean	SD
คะแนนการปฏิบัติบทบาทรวม	0-92	26.66	21.26
1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	0-20	6.88	5.47
2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ	0-12	4.11	3.25
3. การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน	0-12	3.19	3.40
4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล	0-16	5.08	4.38
5. การปรับระบบบริการสุขภาพ	0-32	7.41	4.65

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ ตามระดับการให้บริการสุขภาพ ด้วย Welch's ANOVA (N = 4,089)

การปฏิบัติบทบาทในการ สร้างเสริมสุขภาพ	ระดับการให้บริการสุขภาพ			Welch's ANOVA
	ปฐมภูมิ	ทุติยภูมิ	ตติยภูมิ	
	(n = 586)	(n = 2,011)	(n = 1,492)	
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	
คะแนนการปฏิบัติบทบาทรวม	34.65 (17.6)	25.99 (21.4)	24.43 (21.7)	67.96**
1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	7.69 (4.5)	6.78 (5.6)	6.69 (5.6)	10.48**
2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ	4.72 (2.8)	3.98 (3.3)	4.04 (3.3)	15.82**
3. การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน	4.58 (3.0)	3.12 (3.4)	2.73 (3.4)	75.86**
4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล	7.04 (3.7)	4.89 (4.4)	4.56 (4.4)	91.55**
5. การปรับระบบบริการสุขภาพ	10.61 (6.7)	7.21 (7.6)	6.41 (7.7)	79.86**

** p < .01

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพฯ เป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างในระดับปฐมภูมิ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพทุกด้าน สูงกว่าระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01) (ตารางที่ 3)

นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในระดับทุติยภูมิ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ

ด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน และการปรับระบบบริการสุขภาพ สูงกว่าระดับตติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01) แต่กลุ่มตัวอย่างในระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพด้านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ไม่แตกต่างกัน (p > .05) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ ตามระดับการให้บริการสุขภาพเป็นรายคู่ (Post - hoc comparison) แบบ Dunnett T3

การปฏิบัติบทบาทในการ สร้างเสริมสุขภาพ	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean Difference)		
	ปฐมภูมิและ ทุติยภูมิ	ปฐมภูมิและ ตติยภูมิ	ทุติยภูมิและ ตติยภูมิ
คะแนนการปฏิบัติบทบาทรวม	8.653**	10.218**	1.565 ^{ns}
1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	.909**	.995**	.086 ^{ns}
2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ	.736**	.683**	-.053 ^{ns}
3. การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน	1.462**	1.855**	.393**
4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล	2.150**	2.486**	.336 ^{ns}
5. การปรับระบบบริการสุขภาพ	3.397**	4.200**	.803**

**p < .01, ^{ns} non - significant (p > .05)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ในภาพรวมแล้ว กลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.8) เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการ หรือพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (APN)

ในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ มีการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบมาตรฐานที่ตรงต่อตัวค่อนข้างจำกัด ดังจะเห็นได้จากค่าเฉลี่ยคะแนนรวม (mean = 26.66, SD = 21.26, range 0 - 92) และค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านที่ต่ำ

มากเมื่อเทียบกับค่าพิสัย (actual range) (ตารางที่ 1) ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานจากงานวิจัยในต่างประเทศ^{2,3} ที่พบว่า พยาบาลยังไม่สามารถแสดงบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของกรอบรอตตาว่าได้ ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาให้พยาบาลมีสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบรอตตาว่า รวมทั้งความสามารถในการบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพในการให้บริการสุขภาพในระดับที่ตนเองปฏิบัติงานอยู่ด้วย

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลในแต่ละระดับบริการสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างในระดับปฐมภูมิ มีคะแนนรวมเฉลี่ย และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพทุกด้าน สูงกว่าระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ตารางที่ 2, 3) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า พยาบาลที่ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ อาจมีภาระงานในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า และมีเวลาในการดำเนินกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบรอตตาว่ามากกว่าพยาบาลที่ให้บริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ต้องอาศัยการประสานความร่วมมือกับชุมชนและภาคส่วนต่าง ๆ อาจมีความสอดคล้องกับลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลในระดับปฐมภูมิมากกว่าระดับอื่น ๆ เช่นเดียวกันกับผลการศึกษาค้นคว้าที่พบว่า พยาบาลที่ให้บริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับชุมชน และการปรับระบบบริการสุขภาพ สูงกว่าระดับตติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ก็อาจแสดงให้เห็นว่า ลักษณะการปฏิบัติงาน หรือการให้บริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิ เอื้ออำนวยให้พยาบาลสามารถดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน และการปรับระบบบริการสุขภาพได้มากกว่าพยาบาลที่ให้บริการสุขภาพในระดับตติยภูมิ ที่อาจมีภาระงานมากกว่าในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยซับซ้อน และอาการรุนแรงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Roden และ Jarvis⁴ ที่พบว่า อุปสรรคสำคัญในการปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาล ทั้งในระดับตติยภูมิ และระดับบริการสุขภาพอื่น คือ ไม่มีเวลา ไม่มีทรัพยากร (เช่น อัตรากำลัง) และมีกิจกรรมการพยาบาลอื่นที่มีความสำคัญมากกว่า

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ Roden และ Jarvis⁴ ในประเทศออสเตรเลียที่พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในระดับตติยภูมิ มีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกรอบรอตตาว่า ทั้งการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการปรับระบบบริการสุขภาพ ซึ่งหลากหลายมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในระดับบริการสุขภาพอื่น ซึ่งมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพียงด้านเดียวคือ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการปฏิบัติงานร่วมกันกับทีมสุขภาพที่มีบุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ ในหน่วยบริการสาธารณสุขหรือเป็นแนวโน้มที่บุคลากรสุขภาพเหล่านี้เริ่มเปลี่ยนแนวคิดจากการมุ่งเน้นการรักษาพยาบาลไปสู่แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นองค์รวมและกว้างกว่าเดิม ซึ่งอาจส่งผลต่อการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลในการศึกษานี้ จึงอาจกล่าวได้ว่า นอกจากปัจจัยในเรื่องเวลา อัตรากำลัง และกิจกรรมการพยาบาลอื่นที่สำคัญแล้ว ปัจจัยเชิงบริบทในการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพก็อาจมีอิทธิพลต่อบทบาทและการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบรอตตาว่า นอกจากนี้ ยังมีข้อมูลจากการศึกษานี้ว่า สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมระยะสั้น 4 เดือนในระดับตติยภูมิและทุติยภูมิ สูงกว่าระดับปฐมภูมิ (ร้อยละ 71.5, 70.1, 37.2) ตามลำดับ ดังนั้นการได้รับความรู้และการฝึกอบรมระยะสั้นเพิ่มเติมอาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบรอตตาว่า ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาของ Kemppainen และคณะ³ ที่พบว่า ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กรที่เกื้อหนุนกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาล คือ ผู้บริหารโรงพยาบาล วัฒนธรรมสุขภาพ และการศึกษา (เช่น การศึกษาและการฝึกอบรมต่อเนื่อง) ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป จึงควรนำเอาปัจจัยดังกล่าวข้างต้นไปศึกษาเพิ่มเติมด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลวิชาชีพในทุกะดับบริการสุขภาพ ควรได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งความรู้ความเข้าใจ ทักษะในการปฏิบัติ และทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบรอตตาว่า
2. ควรมีการพัฒนาหลักสูตรเพื่อเพิ่มพูนสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบรอตตาว่า

ออติดตาม และสามารถบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพในการให้บริการสุขภาพในทุกระดับบริการสุขภาพได้

3. ควรมีการศึกษาวิจัยต่อไปถึงปัจจัยที่เกื้อหนุนให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบปฏิบัติที่ออติดตาม

References

1. Aunphommee S. translator. Milestones in health promotion. Nonthaburi : Academic welfare project, Praboromrajchanok Institute, Ministry of Public Health; 2013. (in Thai).
2. Casey D. Findings from non-participant observational data concerning health promoting nursing practice in the acute hospital setting focusing on generalist nurses. *J Clin Nurs* 2007; 16(3) : 580-92.
3. Kemppainen V., Tossavainen K., Turunen H. Nurses' roles in health promotion practice : An integrative review. *Health Promot Int* 2013; 28(4) : 490-501.
4. Roden J., Jarvis L. Evaluation of the health promotion activities of paediatric nurses : Is the Ottawa Charter for Health Promotion a useful framework? *Contemp Nurse* 2012; 41(2) : 271-84.
5. Aunban P. Model for health promotion leadership development of nursing students in nursing college under Praboromrajchanok Institute, the Ministry of Public Health. *Journal of Nursing and Education* 2012; 5(3) : 88-101. (in Thai).
6. Phengjard J., Boonpiamsak T. Integration of health promotion in teaching of nursing subjects : Theory and practicum subjects. *Journal of Nursing Science & Health* 2013; 36(1) : 82-9. (in Thai).
7. Khampalikit S., Luecha Y., Barammee J., Klunklin A., Suwanpatikorn K., Suwannakeeree W., Puva-nun P., Siripul P., Prachusilpa S. An evaluation of health promotion competencies of undergraduate nursing students. *Thai Journal of Nursing Council* 2008; 23(3) : 85-95. (in Thai).
8. Sumpowthong K., Numkham L. A cross-sectional study of knowledge, skills and needs regarding health promotion practices among nurses in Bangkok and vicinity. *Thai Journal of Nursing* 2007; 56(1-2) : 67-70. (in Thai).
9. Srisuk K. Sample size estimation in research. *Journal of Measurement and Research in Education* 2006; 21(1) : 15-24. (in Thai).
10. Chaichaya A., Sawhangdee K., Tungchareonsatein V., Thinkumrop B. Assessment of non-response rate in a study of health and working conditions of professional nurses in Thailand. In: *Proceedings of 27th National Graduate Research Conference*. Phitsanulok : Naresuan University; 2013. p.278-90. (in Thai).
11. McDonald J.H. *Handbook of biological statistics*. 3rded. Baltimore, MD : Sparky House; 2014. p.145-56.