

ปัจจัยเชิงบริบทและปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายสุขภาพ
สู่การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ

Contextual and Individual Factors Influencing the Success of Health
Policy Implementation Among Professional Nurses

กรรณิกา แพลงดี¹ กัมปนาท วงษ์วัฒนพงษ์²

Gunniga Plangdee, Kampanart Wongwatthanaphong

บทคัดย่อ (Abstract)

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ปัจจัยเชิงบริบทและปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายสุขภาพสู่การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นบุคลากรด่านหน้ากลุ่มใหญ่ที่สุดในระบบบริการสุขภาพ ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความสำเร็จดังกล่าวเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสำคัญสองส่วน ได้แก่ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล คือ สมรรถนะเชิงนโยบาย (Policy Literacy) ทักษะคิดเชิงบวก และประสบการณ์ของพยาบาล และ (2) ปัจจัยเชิงบริบทองค์กร คือ วัฒนธรรมองค์กรที่เปิดรับการเปลี่ยนแปลง การสนับสนุนจากผู้บริหาร ภาระงานที่เหมาะสม และการจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอ หากปัจจัยเหล่านี้ขาดหายหรือบกพร่อง จะเกิดช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติ (Policy-Practice Gap) บทความนี้จึงเสนอให้ผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารระดับสูงส่งเสริมการมีส่วนร่วมของพยาบาลตั้งแต่กระบวนการออกแบบนโยบาย พัฒนาสมรรถนะเชิงนโยบายอย่างเป็นระบบ และปรับโครงสร้างองค์กรให้ยืดหยุ่นมากขึ้น เพื่อให้นโยบายสุขภาพสามารถสร้างผลลัพธ์ที่ยั่งยืนได้อย่างแท้จริง

คำสำคัญ (Keywords) : ปัจจัยเชิงบริบท; ปัจจัยส่วนบุคคล; การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

Abstract

This academic article analyzed and synthesized contextual and individual factors influencing the successful implementation of health policies among professional nurses, as the largest frontline workforce in the healthcare system. A comprehensive literature review revealed that their success depended on the interplay between two key factors: (1) individual factors, particularly policy literacy, positive attitudes, and work experience; and (2) organizational contextual factors, including a culture receptive to change, managerial support, manageable workloads, and adequate resource allocation. When poorly managed, these factors created a policy-practice gap. This article recommends that the policymakers actively

Received: 2026-05-29 Revised: 2026-06-27 Accepted: 2026-06-30

¹ นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และการพัฒนาท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม Doctor of Philosophy student in Program in Public Administration. Faculty of Social Sciences and Local Development. Pibulsongkram Rajabhat University. E-mail: puygunniga@gmail.com

² อาจารย์ที่ปรึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และการพัฒนาท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม Lecturer of the Doctor of Philosophy Program in Public Administration. Faculty of Social Sciences and Local Development. Pibulsongkram Rajabhat University. E-mail: kampanart_wk@yahoo.com

engage nurses in the policy design process, systematically develop policy competencies, and restructure organizational environments to be more flexible, thereby enabling sustainable health policy outcomes.

Keywords: Contextual Factors; Individual Factors; Policy Implementation

บทนำ (Introduction)

ระบบสุขภาพไทยในปัจจุบันเผชิญกับความท้าทายหลายด้านพร้อมกัน ทั้งจากการขับเคลื่อนตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ภัยคุกคามจากโรคอุบัติใหม่ และการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีการแพทย์อย่างรวดเร็ว บริบทเหล่านี้ส่งผลกดดันให้กระทรวงสาธารณสุขต้องประกาศและปรับปรุงนโยบายสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย ทั้งนี้ กลไกหลักที่ทำให้นโยบายจากส่วนกลางสามารถแปลงสู่การปฏิบัติได้จริงในระดับหน่วยงาน คือ พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นกลุ่มบุคลากรด่านหน้าที่มีจำนวนมากที่สุดและกระจายอยู่ทุกระดับของระบบบริการสุขภาพ (อัญชลี แสงชาญชัย, 2567: 28)

ในมิติทางรัฐประศาสนศาสตร์ พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็น “ข้าราชการระดับปฏิบัติการหน้างาน” (Street-level Bureaucrats) ตามแนวคิดของ Lipsky (2010; ผู้นิพนธ์ แปล) กล่าวคือ เป็นผู้ที่ต้องตีความปรับใช้ และแปลงนโยบายที่เป็นนามธรรมให้กลายเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นรูปธรรม ณ จุดบริการ อย่างไรก็ตาม แม้นโยบายสุขภาพจะถูกออกแบบมาอย่างรอบคอบเพียงใด ในความเป็นจริงก็มักเกิดช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติ (Policy-Practice Gap) อยู่เสมอ ซึ่งเกิดจากสองสาเหตุหลัก คือ ปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ และปัจจัยเชิงบริบทขององค์กร

สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Hajizadeh et al. (2021; ผู้นิพนธ์ แปล) ที่พบว่า พยาบาลจำนวนมากยอมรับว่าตนเองยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการเชิงนโยบาย พยาบาลวิชาชีพด่านหน้าจำนวนมากจึงยังคงเผชิญกับช่องว่างด้านการรู้เท่าทันนโยบาย (Policy Literacy Gap) ส่วนหนึ่งเนื่องจากหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในอดีตมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะความเชี่ยวชาญทางคลินิกเป็นแกนหลัก โดยมิได้เชื่อมโยงให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจในโครงสร้างเชิงระบบของนโยบายสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรม ขณะเดียวกันในระดับบริบทองค์กร ระบบสุขภาพไทยกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤตการขาดแคลนบุคลากรทางการพยาบาลอย่างเรื้อรัง ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในระบบต้องแบกรับภาระงานที่หนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน โดยในบางสถานพยาบาลพบว่าพยาบาลต้องปฏิบัติงานเฉลี่ยสูงถึง 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ทั้งที่ข้อกำหนดของสภาการพยาบาลได้ระบุเกณฑ์มาตรฐานไว้ที่ไม่เกิน 60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (Bangkok Post, 2023; ผู้นิพนธ์ แปล) ด้วยข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและกายภาพดังกล่าว เมื่อมีนโยบายสุขภาพฉบับใหม่ ๆ หลั่งไหลลงสู่แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง พยาบาลวิชาชีพด่านหน้าจึงมักรับรู้และประเมินนโยบายเหล่านั้นในฐานะ “ภาระงานส่วนเกิน” มากกว่าจะเป็นแนวทางเชิงสร้างสรรค์เพื่อการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล

นอกจากนี้ นโยบายภาครัฐที่มุ่งเน้นการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพผ่านการขยายอายุการทำงาน of พยาบาลวิชาชีพ ยื่นข้อเสนอมให้มีการทำงานต่อหลังวัยเกษียณ ย่อมส่งผลกระทบเชิงโครงสร้างต่อการจัดสรรตำแหน่งและการบริหารงานบุคคลในโรงพยาบาลรัฐอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sirisub et al. (2019; ผู้นิพนธ์ แปล) ซึ่งระบุว่า ความตั้งใจในการขยายอายุการทำงานและการอยู่ปฏิบัติงาน

ต่อของพยาบาลวิชาชีพไทยนั้น ขึ้นอยู่กับการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงาน การจัดชั่วโมงการทำงานที่ยืดหยุ่น และค่าตอบแทนที่เหมาะสม ซึ่งหากกลไกเชิงนโยบายเหล่านี้ได้รับการนำไปปฏิบัติโดยขาดการวางแผนโครงสร้างตำแหน่งที่สอดคล้องกัน ย่อมอาจส่งผลกระทบต่อแนวทางอ้อมต่อขวัญกำลังใจ โอกาสความก้าวหน้า และอัตราการเลื่อนตำแหน่งของกลุ่มพยาบาลรุ่นกลางที่กำลังเติบโตในระบบด้วยเช่นกัน

บทความวิชาการฉบับนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ และวิพากษ์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ในประเด็นว่าปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเชิงบริบทองค์กรส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายสุขภาพสู่การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพอย่างไร เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายที่จับต้องได้สำหรับผู้กำหนดนโยบายระดับกระทรวงและผู้บริหารสถานพยาบาล

เนื้อหา (Content)

1. แนวคิดและทฤษฎีการนำนโยบายสุขภาพสู่การปฏิบัติ

การนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy Implementation) ในระบบบริการสุขภาพมิใช่กระบวนการเชิงเส้นตรงจากบนลงล่าง (Top-down approach) แต่เป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนและเต็มไปด้วยแรงต้านจากหลายทิศทาง บทความวิชาการนี้จึงทำการวิเคราะห์ผ่านกรอบทฤษฎีสองแนวทางที่เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน

แนวทางแรก คือ แบบจำลองกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของสมิท (Smith's Policy Implementation Model) โดย Smith (1973; ผู้นิพนธ์ แปล) ได้เสนอว่า ความสำเร็จของนโยบายเกิดจากปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบ 4 ส่วนสำคัญ ได้แก่ นโยบายในอุดมคติ (Idealized Policy) องค์กรผู้รับผิดชอบการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Implementing Organization) กลุ่มเป้าหมาย (Target Group) และปัจจัยสภาพแวดล้อม (Environmental Factors) เมื่อนำกรอบแนวคิดดังกล่าวมาวิเคราะห์ร่วมกับบริบทการพยาบาลไทย จะพบเชิงประจักษ์ว่า นโยบายสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุขมักถูกออกแบบโดยขาดการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในระดับหน้างาน ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งระหว่างเป้าหมายในอุดมคติของนโยบายกับขีดความสามารถที่แท้จริงของโรงพยาบาล จนก่อให้เกิดแรงต้านและกลายเป็นอุปสรรคสำคัญที่นำไปสู่ความล้มเหลวในการนำนโยบายไปปฏิบัติ

แนวทางที่สอง คือ ทฤษฎีข้าราชการระดับปฏิบัติการหน้างานของลิปสกี (Lipsky's Street-level Bureaucracy) โดย Lipsky (2010; ผู้นิพนธ์ แปล) ได้เสนอว่า บุคลากรด่านหน้าผู้ซึ่งต้องใช้ดุลยพินิจในการปฏิบัติงานและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับประชาชน แท้จริงแล้วคือ “ผู้กำหนดนโยบาย ณ จุดบริการ” (Actual Policy Makers at the Point of Care) พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยมิได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดของนโยบายสุขภาพโดยอัตโนมัติ หากแต่ต้องอาศัยดุลยพินิจทางคลินิก (Clinical Discretion) ในการตีความ คัดเลือก หรือปรับเปลี่ยนมติของนโยบายให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทเฉพาะหน้าของผู้ป่วยแต่ละราย กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีนี้จึงช่วยให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งว่า หัวใจสำคัญของความสำเร็จในการนำนโยบายสุขภาพไปปฏิบัติ มิได้จำกัดอยู่เพียงแค่ง่ายในห้องประชุมระดับกระทรวง หากแต่ผูกติดอยู่กับการตัดสินใจและการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคน ณ เตียงผู้ป่วยเป็นสำคัญ

2. ปัจจัยส่วนบุคคล: จากทักษะคลินิกสู่สมรรถนะเชิงนโยบาย

ปัจจัยระดับบุคคลที่สำคัญที่สุดในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพคือ สมรรถนะเชิงนโยบายหรือการรู้เท่าทันนโยบาย (Policy Literacy) ซึ่งหมายถึงความสามารถในการเข้าถึง ตีความ และแปลงนโยบายสุขภาพให้กลายเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ในการวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ อาจกล่าวได้ว่าวิชาชีพพยาบาลเผชิญ

ภาวะ “ความไม่สมดุลทางสมรรถนะ” (Competency Imbalance) กล่าวคือ พยาบาลส่วนใหญ่มีทักษะทางคลินิกในระดับสูง แต่ยังขาดการรู้เท่าทันนโยบาย (Policy Literacy) ในเชิงโครงสร้างและระบบของสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Hajizadeh et al. (2021; ผู้นิพนธ์ แปล) ที่ระบุว่า ข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะเชิงนโยบายเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการมีส่วนร่วมเชิงนโยบายของพยาบาล และเมื่อพยาบาลไม่ตระหนักรู้ว่านโยบายดังกล่าวมีประโยชน์อย่างไรต่อผู้ป่วยและต่อระบบสุขภาพ จึงมักเกิดพฤติกรรมที่เรียกว่า “ยอมรับแต่ไม่ผูกพัน” (Compliance without Commitment) คือ ปฏิบัติตามเกณฑ์เอกสารเพียงเพื่อให้ผ่านการประเมินเท่านั้น แต่ไม่ได้นำนโยบายเหล่านั้นมาปรับใช้กับการดูแลผู้ป่วยอย่างแท้จริง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างระหว่างนโยบายและการปฏิบัติ (Policy-Practice Gap) ในระดับบุคคลอย่างเป็นรูปธรรม

ประเด็นที่น่าสนใจและมีความเชื่อมโยงกับนโยบายภาครัฐโดยตรง คือ ผลกระทบของนโยบายการชะลอการแต่งตั้งและเลื่อนตำแหน่งต่อพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งงานวิจัยเรื่อง "การทดสอบรูปแบบความตั้งใจของพยาบาลไทยที่จะอยู่ในการจ้างงาน" ของ Theucksuban et al. (2022; ผู้นิพนธ์ แปล) ที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย พบว่า โอกาสในการมีความก้าวหน้าและเลื่อนตำแหน่งในสายอาชีพเป็นปัจจัยเชิงบวกที่ส่งผลต่อความตั้งใจในการคงอยู่ในการทำงาน (Intent to Stay) ของพยาบาลไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทางกลับกัน เมื่อพยาบาลรับรู้ว่าโอกาสความก้าวหน้าถูกปิดกั้นจากข้อจำกัดเชิงนโยบาย ย่อมส่งผลให้เกิดแรงจูงใจเชิงลบ (Demotivation) ซึ่งแสดงออกผ่านพฤติกรรมในรูปแบบต่างๆ เช่น การลดความกระตือรือร้นในการพัฒนาตนเอง การลดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมขององค์กร และการลดระดับความร่วมมือในการปฏิบัติตามนโยบายสุขภาพฉบับใหม่ๆ ซึ่งเป็นภาพสะท้อนที่ชัดเจนของการเกิดช่องว่างระหว่างนโยบายและการปฏิบัติ (Policy-Practice Gap) อันเนื่องมาจากมาตรการบริหารงานบุคคลภาครัฐที่ไม่สอดคล้องกับความคาดหวังในสายอาชีพ

ในทำนองเดียวกัน การพิจารณานโยบายการขยายอายุการทำงานและการชะลอการเกษียณอายุราชการของพยาบาลวิชาชีพ แม้จะมีเจตนาเชิงบวกในการแก้ไขปัญหาค่าขาดบุคลากรและรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระบบสุขภาพภาครัฐตามข้อค้นพบเชิงประจักษ์ (Sirisub et al., 2019; ผู้นิพนธ์ แปล) แต่่นโยบายดังกล่าวอาจส่งผลกระทบทางอ้อมและสร้างผลข้างเคียงเชิงโครงสร้างต่อโอกาสการเลื่อนตำแหน่งและการเติบโตในสายอาชีพของกลุ่มพยาบาลรุ่นกลาง (อายุ 35–50 ปี) ซึ่งถือเป็นกำลังหลักที่มีทักษะและประสบการณ์ทางคลินิกสูงแต่ยังไม่สามารถก้าวขึ้นสู่ตำแหน่งบริหารได้ ปรากฏการณ์นี้อาจส่งผลให้พยาบาลกลุ่มดังกล่าวเกิดแรงจูงใจที่ลดลงและเลือกที่จะแสดงพฤติกรรม “ปฏิบัติตามเพียงพอที่จะไม่ถูกตำหนิ” (Minimum Compliance) แทนที่จะขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพด้วยความเต็มใจ ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้อย่างชัดเจนผ่านผลงานการทบทวนวรรณกรรมระบบสากลของ Greenhalgh et al. (2004; ผู้นิพนธ์ แปล) ที่ระบุว่า ระดับการยอมรับและการนำสิ่งใหม่หรือนโยบายสุขภาพฉบับใหม่ไปปฏิบัติของบุคลากรด้านหน้า (Diffusion of Innovations) จะประสบความสำเร็จได้นั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคลากรต่อคุณค่า ความหมาย และความสอดคล้องเหมาะสมของนวัตกรรมเชิงนโยบายนั้น ๆ กับบริบทการทำงานจริง ซึ่งหากบุคลากรรับรู้ว่าการบริหารงานบุคคลและนโยบายภาครัฐขาดความยืดหยุ่น ย่อมกลายเป็นกำแพงเชิงโครงสร้างที่ลดทอนขีดความสามารถและปฏิเสธการเปิดรับนวัตกรรมเชิงนโยบายใหม่ ๆ ในระบบสุขภาพระยะยาว

นอกจากนี้ มิติด้านวัย (Generational Dynamics) ยังสร้างความซับซ้อนเพิ่มขึ้น พยาบาลวิชาชีพอาวุโส (Baby Boomer และ Gen X) มีทุนทางสังคมและอำนาจทางคลินิกสูง แต่อาจมีแนวโน้มต่อต้าน

นโยบายที่เกี่ยวกับนวัตกรรมดิจิทัล ในขณะที่พยาบาลรุ่นใหม่ (Gen Y และ Gen Z) ยอมรับเทคโนโลยีได้เร็วกว่า แต่ขาดอำนาจในการขับเคลื่อนนโยบายภายในองค์กร ทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติขาดความต่อเนื่อง

3. ปัจจัยเชิงบริบทองค์กร : อุปสรรคเชิงโครงสร้างและทางตันบริหาร

แม้พยาบาลวิชาชีพจะมีสมรรถนะและความพร้อมส่วนบุคคลสูงเพียงใด หากบริบทองค์กรไม่เอื้ออำนวย นโยบายสุขภาพก็ไม่สามารถบรรลุผลลัพธ์ตามเป้าหมายได้ การวิเคราะห์บริบทองค์กรในระบบสุขภาพไทยสามารถจำแนกออกเป็น 3 มิติหลัก ดังนี้

มิติที่ 1 วัฒนธรรมองค์กร (Organizational Culture) โรงพยาบาลส่วนใหญ่ในระบบสาธารณสุขไทยยังคงยึดติดกับวัฒนธรรมแบบราชการ (Bureaucratic Culture) ที่เน้นการสั่งการจากบนลงล่าง (Top-down Command) ซึ่งส่งผลให้ขาดช่องทางการเปิดโอกาสให้พยาบาลระดับหน้างานได้สะท้อนปัญหาเชิงปฏิบัติขึ้นไปยังผู้กำหนดนโยบาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฐิติพร สุรินธรรม และวาสนี วิเศษฤทธิ์ (2567 : 129) ที่พบว่า การเรียนรู้ตลอดชีวิต ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรม และบรรยากาศที่ส่งเสริมนวัตกรรมในองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการทำงานที่เน้นนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ เมื่อเปรียบเทียบกับในต่างประเทศ เช่น ระบบโรงพยาบาลแม่เหล็ก (Magnet Hospital) จะพบว่าองค์กรลักษณะดังกล่าวมีการเปิดโอกาสให้พยาบาลด่านหน้าเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงนโยบายอย่างเป็นรูปธรรม (American Nurses Credentialing Center [ANCC], 2024; ผู้นิพนธ์ แปล)

มิติที่ 2 การสนับสนุนเชิงบริหาร (Managerial Support) หัวหน้าหอผู้ป่วยทำหน้าที่เป็น “ผู้แปลงรหัสนโยบาย” (Policy Translators) ระหว่างผู้บริหารระดับสูงและพยาบาลวิชาชีพระดับหน้างาน แต่ในความเป็นจริง หัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวนมากเผชิญกับความขัดแย้งเชิงบทบาท (Role Conflict) ระหว่างการตอบสนองต่อนโยบายของผู้บริหารระดับสูง กับการปกป้องสวัสดิภาพของทีมพยาบาลในสังกัด และเมื่อหัวหน้าหอผู้ป่วยขาดภาวะผู้นำเชิงนโยบาย (Policy Leadership) ย่อมส่งผลให้ไม่สามารถแปลงนโยบายที่มีความซับซ้อนให้กลายเป็นแนวทางปฏิบัติที่เข้าใจง่ายได้ ทำให้นโยบายสุขภาพเหล่านั้นกลายเป็นสิ่งแปลกปลอมและไม่ได้รับการยอมรับภายในหน่วยงาน (Birken et al., 2012; ผู้นิพนธ์ แปล)

มิติที่ 3 ภาระงานและการจัดสรรทรัพยากร (Workload & Resource Allocation) ปัญหาเชิงโครงสร้างที่ทวีความรุนแรงที่สุดในระบบสุขภาพไทย คือ ภาวะ “นโยบายทับซ้อนล้นเกิน” (Policy Overload) อันเนื่องมาจากหน่วยงานส่วนกลางได้หลั่งไหลนโยบายและมาตรฐานเกณฑ์การประเมินต่างๆ เข้าสู่โรงพยาบาลพร้อมกันเป็นจำนวนมาก โดยขาดการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนหรือการเพิ่มอัตรากำลังคนทางการพยาบาลอย่างสอดคล้อง ซึ่งประเด็นดังกล่าวสอดคล้องกับข้อค้นพบในงานวิจัยของ สุปรียา สัมฤทธิ์วงศ์ และคณะ (2565: 94) ที่พบว่า ลักษณะงานและภาระงานมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout Syndrome) ของพยาบาลวิชาชีพ โดยพยาบาลที่ต้องเผชิญกับภาระงานที่หนักเกินเกณฑ์มีแนวโน้มในการรับรู้และมองนโยบายสุขภาพฉบับใหม่ ๆ ว่าเป็นเพียง “ภาระงานฝาก” มากกว่าจะเป็นแนวทางเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างแท้จริง

สถานการณ์ดังกล่าวทวีความชัดเจนยิ่งขึ้นเมื่อพิจารณาข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่าพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทยต้องปฏิบัติงานเฉลี่ยสูงถึง 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้ถึงหนึ่งในสาม (Bangkok Post, 2023; ผู้นิพนธ์ แปล) ทั้งนี้ การทำงานมากกว่า 60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญ (กษมาส วิชัยดิษฐ และคณะ, 2565: 216) ด้วยเหตุนี้ เมื่อพยาบาลวิชาชีพต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจเลือกระหว่างการ

พยาบาลเพื่อดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยเฉพาะหน้า กับการบันทึกข้อมูลเอกสารเพื่อตอบสนองต่อนโยบายเกณฑ์การประเมิน พยาบาลย่อมเลือกให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาชีวิตผู้ป่วยเป็นอันดับแรก ปรากฏการณ์ช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติ (Policy-Practice Gap) นี้ มิได้สะท้อนถึงพฤติกรรมที่ไม่ปฏิบัติตามนโยบายอย่างละเลย หากแต่เป็นภาพสะท้อนทางต้นบริหารอันเกิดจากความไม่สอดคล้องกันระหว่างทรัพยากรที่มีอยู่จริงกับภาระงานที่นโยบายคาดหวัง

4. ปฏิสัมพันธ์เชิงพลวัตและผลกระทบต่อระบบสุขภาพ

ความสำเร็จในการนำนโยบายสุขภาพไปปฏิบัติได้เกิดขึ้นจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดยลำพัง หากแต่เป็นผลลัพธ์อันเกิดจากปฏิสัมพันธ์เชิงพลวัตระหว่างปัจจัยระดับบุคคลและบริบทเชิงองค์กร (Dynamic Interplay) ในลักษณะพหุระดับ (Multilevel) กล่าวคือ เมื่อพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะเชิงนโยบายในระดับสูงและมีทัศนคติเชิงบวก ประกอบกับการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรที่มีระบบทรัพยากรที่เพียงพอ มีภาวะผู้นำเชิงนโยบายของผู้บริหาร และมีวัฒนธรรมองค์กรที่ยืดหยุ่น ย่อมส่งผลให้เกิดการประสานพลังเชิงบวก (Synergistic Effect) ที่ขับเคลื่อนให้การนำนโยบายสุขภาพไปปฏิบัติบรรลุผลสำเร็จได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน (Greenhalgh et al., 2004; ผู้นิพนธ์ แปล)

ในทางตรงกันข้าม เมื่อเกิดความไม่สอดคล้องระหว่างสองปัจจัยดังกล่าว เช่น พยาบาลวิชาชีพมีความตั้งใจเชิงนโยบายสูงแต่ขาดทรัพยากรสนับสนุน หรือองค์กรมีการจัดสรรงบประมาณแต่พยาบาลไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ของนโยบาย ย่อมส่งผลให้เกิดวงจรสะท้อนกลับเชิงลบ (Negative Feedback Loop) ที่กระทบต่อระบบสุขภาพทั้งหมด โดยผลกระทบที่ตามมาในระยะสั้นคือคุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง และในระยะยาวคืออัตราการลาออกของพยาบาลวิชาชีพ (Turnover Rate) ที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเป็นการตอกย้ำวิกฤตการณ์ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นอยู่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Phakdeechanuan et al. (2025; ผู้นิพนธ์ แปล) ที่ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจาก 35 การศึกษา และพบว่า การขาดอิสระในการปฏิบัติงาน การสูญเสียความมั่นใจในสมรรถนะของตนเอง และความสัมพันธ์เชิงลบในสถานที่ทำงาน ถือเป็นสามปัจจัยหลักสำคัญที่ผลักดันให้พยาบาลไทยตัดสินใจลาออกจากวิชาชีพ

5. ความท้าทายในศตวรรษที่ 21 : นโยบายสุขภาพดิจิทัลและวิกฤตสิ่งแวดล้อม

ความท้าทายที่พยาบาลวิชาชีพต้องเผชิญในปัจจุบันมีความซับซ้อนและทวีความรุนแรงมากขึ้นจากปัจจัยแวดล้อมอุบัติใหม่สองประการ ประการแรก คือ นโยบายสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Policy) การเร่งรัดนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) เข้ามาประยุกต์ใช้ในสถานพยาบาล ก่อให้เกิดภาวะความเครียดจากเทคโนโลยี (Technostress) อย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Califf et al. (2020; ผู้นิพนธ์ แปล) ที่พบว่า ความเครียดจากเทคโนโลยีในกลุ่มพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงานและความตั้งใจลาออกจากวิชาชีพ โดยเฉพาะในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพอาวุโสที่จำเป็นต้องเรียนรู้ระบบปฏิบัติการควบคู่ไปกับการดูแลสวัสดิภาพของผู้ป่วยเฉพาะหน้า ในเชิงวิเคราะห์ ภาวะดังกล่าวอาจทำให้พยาบาลบางส่วนเลือกใช้วิธีบันทึกข้อมูลย้อนหลังหรือจัดทำเอกสารคู่ขนาน (Paper-based) ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของฐานข้อมูลสารสนเทศสุขภาพในภาพรวม

ประการที่สอง คือ วิกฤตมลพิษทางอากาศ (PM2.5) ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) มีอาการกำเริบและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นตามปริมาณฝุ่นที่สูงขึ้น (ประเสริฐ สุขธวานิชย์ (2566: 39) ปรากฏการณ์ดังกล่าวส่งผลให้เกิดภาวะเตียงผู้ป่วย

วิกฤตการณ์และภาระงานพยาบาลทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น ด้วยเหตุนี้ เมื่อมีการส่งมอบนโยบายการคัดกรองผลกระทบจาก PM2.5 ลงสู่หน้างานโดยขาดการจัดสรรอัตรากำลังบุคลากรและอุปกรณ์สนับสนุนที่เพียงพอ พยาบาลวิชาชีพจึงจำเป็นต้องใช้ดุลยพินิจทางคลินิก (Clinical Discretion) ในการจัดลำดับความสำคัญ โดยเลือกยึดถือการรักษาชีวิตของผู้ป่วยเฉพาะหน้าเป็นลำดับแรก และส่งผลให้นโยบายเชิงรุกบางประการไม่ถูกนำไปปฏิบัติ ปรากฏการณ์เชิงประจักษ์นี้ย่อมเป็นสิ่งยืนยันว่า นโยบายสาธารณสุขที่ขาดการจัดสรรทรัพยากรรองรับอย่างเหมาะสมและเป็นรูปธรรม จะไม่สามารถบรรลุผลสัมฤทธิ์ในทางปฏิบัติได้ (Smith, 1973; ผู้นิพนธ์แปล)

บทสรุป (Conclusion)

ความสำเร็จในการนำนโยบายสุขภาพไปปฏิบัติในระบบบริการสาธารณสุข มิได้ผูกขาดอยู่กับความสมบูรณ์เชิงโครงสร้างของตัวนโยบายจากส่วนกลางเพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นผลลัพธ์โดยตรงที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์เชิงพลวัตระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเชิงบริบทขององค์กร ในมิติปัจจัยส่วนบุคคลนั้น สมรรถนะเชิงนโยบายและการรู้เท่าทันนโยบายของพยาบาลวิชาชีพ ถือเป็นทุนมนุษย์และทุนทางปัญญาขั้นพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อการตีความและแปรเปลี่ยนข้อกำหนดเชิงนโยบายที่เป็นนามธรรมให้กลายเป็นการปฏิบัติพยาบาลที่เป็นรูปธรรม ณ จุดบริการ ในฐานะข้าราชการระดับปฏิบัติการหน้างาน พยาบาลวิชาชีพจึงมีอิสระในการใช้ดุลยพินิจทางคลินิกเพื่อตอบสนองต่อนโยบายสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทเฉพาะหน้าของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ความพร้อมในระดับบุคคลนี้มีถูกสั่นคลอนและกัดเซาะด้วยข้อจำกัดทางนโยบายภาครัฐบางประการ โดยเฉพาะนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อความก้าวหน้าและการเลื่อนตำแหน่งในสายอาชีพ ซึ่งกลายเป็นปัจจัยลบที่บั่นทอนแรงจูงใจ ความตั้งใจในการคงอยู่ในองค์กร ตลอดจนความต้องการขยายระยะเวลาในการทำงานเพื่อเกื้อหนุนระบบสาธารณสุขไทยในระยะยาว

การวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ในบทความวิชาการฉบับนี้ จึงนำไปสู่การเสนอแนะเพื่อเปลี่ยนผ่านกระบวนทัศน์เชิงทฤษฎีจากการมองพยาบาลวิชาชีพเป็นเพียง “ผู้รับคำสั่งและปฏิบัติตามนโยบายแนวดิ่ง” ไปสู่การยอมรับบทบาทที่แท้จริงในฐานะ “ผู้กำหนดนโยบาย ณ จุดบริการ” ผ่านกลไกการใช้ดุลยพินิจทางคลินิกหน้างาน ขณะเดียวกันในระดับบริบทองค์กร วัฒนธรรมแบบราชการที่เน้นการสั่งการเชิงโครงสร้างจากบนลงล่าง ความขัดแย้งเชิงบทบาทของบริหารทางการแพทย์ระดับกลาง ตลอดจนภาวะนโยบายทับซ้อนกันเกินท่ามกลางวิกฤตการณ์ขาดแคลนกำลังคนและวิกฤตการณ์สิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยีร่วมสมัย ล้วนเป็นอุปสรรคเชิงโครงสร้างสำคัญที่ลดทอนโอกาสความสำเร็จเชิงนโยบาย และกลายเป็นตัวเร่งให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรด้านหน้า ดังนั้น การขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพให้ประสบความสำเร็จและเกิดความยั่งยืนในศตวรรษที่ 21 จึงจำเป็นต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์กรให้มีความยืดหยุ่น การจัดสรรทรัพยากรและอัตราากำลังที่หนุนเสริมหน้างานอย่างเป็นรูปธรรม ควบคู่ไปกับการเปิดพื้นที่ให้พยาบาลวิชาชีพได้มีส่วนร่วมสะท้อนมติเชิงนโยบายตั้งแต่ต้นน้ำ เพื่อปิดช่องว่างระหว่างนโยบายและการปฏิบัติอย่างแท้จริง

องค์ความรู้ที่ได้รับ (Knowledge)

การวิเคราะห์เชิงวิพากษ์และการประมวลวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในบทความฉบับนี้ นำไปสู่การสังเคราะห์และค้นพบองค์ความรู้ใหม่พหุระดับ (Multi-level Knowledge Synthesis) ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 3 ระดับสำคัญ ดังนี้

1. ระดับทฤษฎี (Theoretical Level) บทความนี้ได้นำเสนอการเปลี่ยนผ่านกระบวนทัศน์ (Paradigm Shift) จากมุมมองดั้งเดิมที่มักจำกัดพิกัดและรับรู้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพเป็นเพียง “ผู้ปฏิบัติตามคำสั่งเชิงนโยบาย” (Policy Implementers) ไปสู่การยอมรับสถานะและคุณค่าในฐานะ “ผู้กำหนดนโยบายที่แท้จริง ณ จุดบริการ” (Actual Policy Makers at the Point of Care) ผ่านกลไกการใช้ดุลยพินิจทางคลินิก (Clinical Discretion) การปรับเปลี่ยนมุมมองเชิงทฤษฎีดังกล่าวมีนัยสำคัญยิ่งต่อการบริหารงานสาธารณสุข เนื่องจากเป็นหลักฐานสะท้อนให้เห็นว่าประสิทธิผลของนโยบายสุขภาพมิได้ขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์เชิงโครงสร้างของตัวนโยบายเพียงอย่างเดียว หากแต่ผูกติดอยู่กับการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์และการตีความของบุคลากรทางการพยาบาลระดับด้านหน้าเป็นสำคัญ

2. ระดับบุคคล (Individual Level) ผลการวิเคราะห์สะท้อนให้เห็นว่า ช่องว่างด้านการรู้เท่าทันนโยบาย (Policy Literacy Gap) ของบุคลากร ก่อให้เกิดภาวะพฤติกรรมปฏิบัติตามข้อบังคับอย่างปราศจากความผูกพันต่อเป้าหมายองค์กร (Compliance without Commitment) และเมื่อปฏิสัมพันธ์ร่วมกับนโยบายภาครัฐที่จำกัดโอกาสความก้าวหน้าและการเลื่อนตำแหน่งในสายอาชีพ (Career Advancement) ปัจจัยลบเหล่านี้จะส่งผลกระทบเชิงลบต่อการขับเคลื่อนและกระตุ้นแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งส่งผลกระทบเชิงลบโดยตรงต่อความยั่งยืนและความต่อเนื่องในการนำนโยบายสุขภาพไปปฏิบัติในระยะยาว

3. ระดับบริบทองค์กร (Organizational Contextual Level) บทความชี้ให้เห็นอย่างคมชัดว่า การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขที่ขาดแคลนทรัพยากรและอัตรากำลังรองรับอย่างเป็นรูปธรรม (Non-Resource-Backed Policy) ท่ามกลางวิกฤตการณ์ขาดแคลนบุคลากรและการเผชิญภาวะนโยบายทับซ้อนล้นเกิน (Policy Overload) ย่อมส่งผลให้เกิดวงจรสะท้อนกลับเชิงลบ (Negative Feedback Loop) ซึ่งไม่เพียงแต่ทำให้การลงทุนในนโยบายสาธารณสุขล้มเหลวและสูญเปล่า (Policy Failure) เท่านั้น แต่ยังเป็นตัวเร่งปฏิกิริยาต่ออัตราการสูญเสียกำลังคนและการลาออกจากระบบ (Turnover Rate) ของพยาบาลวิชาชีพในระยะยาวอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง (References)

- กขามาส วิชัยดิษฐ์ อารยา ประเสริฐชัย และปกกมล เหล่ารักษาวงษ์. (2565). ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 30(3): 211-221.
- ฐิติพร สุรินธรรม และวาสนี วิเศษฤทธิ์. (2567). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการทำงานที่เน้นนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*. 40(3): 121-131.
- ประเสริฐ สุเมธวานิชย์. (2566). การสัมผัสฝุ่นละออง PM2.5 กับอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*. 10(2): 31-43.
- สุปรียา สัมฤทธิ์วงศ์ นิตยา เพ็ญศิริรักษา และพรทิพย์ กิระพงษ์. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี*. 5(3): 83-97.

- อัญชลี แสงชาญชัย. (2567). การขาดแคลนพยาบาล : ปัญหาสาธารณสุขไทยและข้อเสนอเชิงนโยบาย. **วารสารบัณฑิตศึกษาวิชาการ**. 2(2): 26-36.
- American Nurses Credentialing Center. (2024). **Magnet Recognition Program: Overview and benefits**. American Nurses Association. <https://www.nursingworld.org/magnet/>. Retrieved May 9, 2026.
- Bangkok Post. (2023, June 9). **Calls for reforms to retain Thai nurses**. <https://www.bangkokpost.com/thailand/general/2588044/>. Retrieved May 9, 2026.
- Birken, SA, Lee, S.-YD, & Weiner, BJ (2012). Uncovering middle managers' role in healthcare innovation implementation. **Implementation Science**. 7(28): 1-12.
- Califf, C. B., Sarker, S., & Sarker, S. (2020). The bright and dark sides of technostress: A mixed-methods study involving healthcare IT. **MIS Quarterly**. 44(2): 809-856.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. **The Milbank Quarterly**. 82(4): 581-629. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>
- Hajizadeh, A., Zamanzadeh, V., Kakemam, E., Bahreini, R., & Khodayari-Zarnaq, R. (2021). Factors influencing nurses' participation in the health policy-making process: A systematic review. **BMC Nursing**. 20, Article 128. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00648-6>
- Lipsky, M. (2010). **Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services** (30th anniversary expanded ed.). Russell Sage Foundation.
- Phakdeechanuan, K., Kellett, U., Henderson, S., Coronas-Watkins, K., Saito, A., & Thiangchanya, P. (2025). Addressing registered nurse retention and attrition in Thailand hospitals: An integrative review. **Asia-Pacific Journal of Public Health**. 37(1): 17-29. <https://doi.org/10.1177/10105395241282972>
- Sirisub, P., Suwannapong, N., Tipayamongkholgul, M., Howteerakul, N., & Noree, T. (2019). Intention to extend working life among Thai registered nurses in Ministry of Public Health: A national survey. **Nursing Research and Practice**. Article 7919404. <https://doi.org/10.1155/2019/7919404>
- Smith, T. B. (1973). The policy implementation process. **Policy Sciences**. 4(2): 197-209. <https://doi.org/10.1007/BF01405732>
- Theucksuban, B., Kunaviktikul, W., Wichaikhum, O., & Abhicharttibutra, K. (2022). Testing a model of Thai nurses' intent to stay in employment. **International Nursing Review**. 69(4): 450-458. <https://doi.org/10.1111/inr.12753>

