e18177

การพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงคุณภาพเชิงเครือข่าย เพื่อธำรงและยกระดับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ตามมาตรฐาน HA ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ

วิไลลักษณ์ ใฝ่ใจดี, พย.บ.[*1]

บทคัดย่อ

ระบบพี่เลี้ยงคุณภาพเชิงเครือข่ายเป็นกลไกสำคัญในการธำรงและยกระดับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) แต่ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพจังหวัดชัยภูมิยังมีช่องว่างสมรรถนะสำคัญหลายด้าน งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพต่อสมรรถนะและความพึงพอใจของทีมพี่เลี้ยงคุณภาพในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยภูมิ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียว วัดผลก่อน-หลัง ร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรเครือข่ายพี่เลี้ยงคุณภาพ (QLN) 22 คน และทีมพี่เลี้ยงระดับโรงพยาบาล (QMR) 49 คน จากโรงพยาบาลชุมชน 14 แห่ง เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินสมรรถนะ 3 มิติ แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบบันทึกการเยี่ยมเสริมพลัง วิเคราะห์ด้วย Paired t-test, Cohen's d และ Multiple Regression และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ก่อนใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงฯ สมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.2) ด้านทัศนคติสูงสุด (ร้อยละ 72.3) ส่วนความรู้และทักษะต่ำกว่า (ร้อยละ 57.1 และ 53.2) หลังจากใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงฯ สมรรถนะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทุกด้าน ($p<0.05$) ขนาดผลกระทบใหญ่มาก (Cohen's d ความรู้ = 1.65; ทักษะ = 1.38; ทัศนคติ = 0.69; ภาพรวม = 1.62) ประเด็นที่เพิ่มสูงสุดตรงกับความต้องการพัฒนาเดิม ได้แก่ การโค้ชเชิงคุณภาพและการบริหารความเสี่ยง ประโยชน์กระจายเท่าเทียมโดยไม่ขึ้นกับประเภทพี่เลี้ยงหรือประสบการณ์ (R^2=.159, p=.209) ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดทุกหมวด (Mean = 4.10 - 4.44) คะแนนรวม 8.78 จาก 10.00

จากผลวิจัยการใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงฯ นี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมที่ออกแบบจากผลวินิจฉัยความต้องการจริง มีประสิทธิผลสูงในการเพิ่มสมรรถนะและความพึงพอใจของพี่เลี้ยงคุณภาพ เหมาะสำหรับขยายผลสู่จังหวัดอื่นในเขตสุขภาพที่ 9

คำสำคัญ : โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ, ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ, การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, สมรรถนะ

[*]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

[1]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: วิไลลักษณ์ ใฝ่ใจดี, E-mail: kandee2513@gmail.com

ส่งเรื่อง: 23 กันยายน 2569
แก้ไข: 5 พฤศจิกายน 2569
อนุมัติตีพิมพ์: 12 พฤศจิกายน

Capacity Building of a Network-Based Quality Mentoring Team for Sustaining and Advancing Hospital Accreditation Standards in Community Hospitals, Chaiyaphum Province.

Wilailuk Faijaidee, B.N.S.[*1]

Abstract

Network-based quality mentoring is essential for sustaining and advancing hospital accreditation (HA), yet the quality mentor team in Chaiyaphum Province showed notable competency gaps. This study aimed to evaluate the effectiveness of a capacity-building program for the network-based quality mentoring team on HA-related competency and satisfaction in community hospitals, Chaiyaphum Province. A one-group pretest-posttest quasi-experimental design combined with qualitative data collection was used. Participants comprised 22 provincial quality learning network (QLN) personnel and 49 hospital-level quality mentors (QMR) from 14 community hospitals. Data were collected using a three-dimension competency assessment, a satisfaction questionnaire, and a follow-up coaching-visit log, and analyzed using paired t-test, Cohen's d, and multiple linear regression. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Before training, overall competency was moderate (59.2%), with attitude highest (72.3%) while knowledge and skills were lower (57.1% and 53.2%). After training, competency increased significantly across all domains ($p<.05$) with very large effect sizes (Cohen's d = 1.65 for knowledge, 1.38 for skills, 0.69 for attitude, and 1.62 overall). The largest gains occurred in quality coaching and risk management, matching the competency gaps identified pre-training. Program benefits were distributed equally regardless of mentor type or experience. Multiple regression analysis showed that neither mentor type nor work experience significantly predicted competency gain ($R^2=.159$, $p=.209$), indicating equitable program benefits for all participants. Satisfaction was high across all categories (M=4.10-4.44) with an overall score of 8.78 out of 10.

A capacity-building program designed from a genuine needs assessment showed high effectiveness in improving quality mentors' competency and satisfaction, and may be considered for broader implementation in other provinces within Health Region 9.

Keywords : Quality mentor, Hospital accreditation, Competency, Capacity building.

[*]Registered Nurse, Senior Professional Level, Quality Development Section, Chaiyaphum Provincial Public Health Office

[1]Corresponding Author: Wilailuk Faijaidee, E-mail: kandee2513@gmail.com

Submission: 23 September 2026

Revised: 5 November 2026

Publication: 12 November 2026

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) ได้รับการยืนยันจากองค์การอนามัยโลกว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของระบบสุขภาพ[1] การศึกษาในโรงพยาบาล 4,400 แห่งในสหรัฐอเมริกา พบว่าโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองมีอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ[2] ประเทศไทยได้นำมาตรฐาน HA มาใช้อย่างเป็นทางการภายใต้การดำเนินงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) โดยมาตรฐานฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2566) บูรณาการแนวคิด 3P (Purpose, Process, Performance) เข้ากับวงจร PDSA เพื่อสร้างวัฒนธรรมคุณภาพองค์กรอย่างยั่งยืน[3]

แม้การรับรองคุณภาพจะมีผลเชิงบวกอย่างชัดเจน แต่การธำรงรักษาคุณภาพหลังได้รับการรับรองยังคงเป็นความท้าทายสำคัญ จากการศึกษาพบว่าองค์กรสุขภาพมักเผชิญกับการเสื่อมถอยของระบบคุณภาพหากขาดกลไกสนับสนุนภายในที่เข้มแข็ง[4] Braithwaite และคณะ ยืนยันจากการศึกษาโรงพยาบาลกว่า 1,000 แห่งใน 11 ประเทศว่าวัฒนธรรมองค์กรและกลไกสนับสนุนคุณภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยและความยั่งยืนของระบบคุณภาพ[5] สรพ. จึงพัฒนาระบบพี่เลี้ยงคุณภาพเชิงเครือข่าย ประกอบด้วยพี่เลี้ยงคุณภาพเครือข่ายระดับจังหวัด (Quality Learning Network : QLN) และทีมพี่เลี้ยงระดับโรงพยาบาล (Quality Management Representative : QMR) เป็นกลไกหลักในการถ่ายทอดองค์ความรู้และขับเคลื่อนมาตรฐาน HA สู่ภาคปฏิบัติ[6] หลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่าประสิทธิผลของพี่เลี้ยงขึ้นอยู่กับสมรรถนะที่ได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้พี่เลี้ยงพยาบาลที่ผ่านโปรแกรมอบรม มีสมรรถนะด้านการโค้ชและการให้ผลป้อนกลับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[7] และมีข้อมูลชี้ว่าพี่เลี้ยงที่ขาดการฝึกอบรมเฉพาะทางไม่สามารถถ่ายทอดความรู้และสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิผล[8]

จากการสำรวจสถานการณ์จังหวัดชัยภูมิในปีงบประมาณ 2568 พบว่ามี QLN จำนวน 22 คน และ QMR จำนวน 49 คน กระจายในโรงพยาบาลชุมชน 14 แห่ง อย่างไรก็ตาม ยังพบช่องว่างสมรรถนะสำคัญในด้านมาตรฐาน HA ฉบับที่ 5 และแนวคิด 3P ทักษะการวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (RCA) การบริหารความเสี่ยง การเขียนรายงานการประเมินตนเอง (SAR Part IV) และทักษะการโค้ชเชิงคุณภาพ[9] สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพที่ 9 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบว่าสมรรถนะทีมพัฒนาคุณภาพเป็นปัจจัยชี้ขาดต่อความสำเร็จในการธำรงระดับการรับรอง[10-11] โปรแกรมพัฒนาศักยภาพที่ออกแบบตามกรอบการประเมินของ Kirkpatrick และหลักการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb ส่งผลให้บุคลากรสุขภาพมีสมรรถนะเพิ่มขึ้นอย่างมี

นัยสำคัญในทางปฏิบัติ[12] ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางแผนพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 13 ที่มุ่งเน้นการสร้างบุคลากรสุขภาพที่มีสมรรถนะสูงและระบบคุณภาพที่ยั่งยืน[13]

การศึกษาโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน รายงานค่า Cohen's d = 0.67 ซึ่งถือเป็นผลกระทบระดับกลางถึงสูงที่มีนัยสำคัญในทางปฏิบัติ[14] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยงคุณภาพ HA โดยเฉพาะในบริบทโรงพยาบาลชุมชนระดับจังหวัดยังมีจำกัด การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้ดังกล่าวเพื่อเป็นฐานในการพัฒนาระบบพี่เลี้ยงคุณภาพที่ยั่งยืนสำหรับโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยภูมิและเขตสุขภาพที่ 9

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงคุณภาพเชิงเครือข่ายต่อสมรรถนะด้านการพัฒนาคุณภาพ HA และความพึงพอใจของทีมพี่เลี้ยงในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อประเมินสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพ HA ของทีมพี่เลี้ยงคุณภาพก่อนการอบรม

2. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงฯ

3. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงฯ

4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะพี่เลี้ยงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ((Multiple Linear Regression)

นิยามศัพท์เฉพาะ

พี่เลี้ยงคุณภาพเครือข่าย (QLN) หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมจาก สรพ. และได้รับการแต่งตั้งให้ทำหน้าที่พี่เลี้ยงสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ HA แก่โรงพยาบาลในเครือข่ายระดับจังหวัด

ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพระดับโรงพยาบาล (QMR) หมายถึง บุคลากรภายในโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับการแต่งตั้งให้ดูแลและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ HA ในหน่วยงานของตน ภายใต้การนิเทศของทีมจังหวัด และ QLN

สมรรถนะพี่เลี้ยงคุณภาพ หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติบทบาทพี่เลี้ยงคุณภาพ HA ครอบคลุม 3
มิติ ได้แก่ ความรู้ด้านมาตรฐาน HA และแนวคิด 3P ทักษะการวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า การบริหารความเสี่ยง การเขียน SAR และการโค้ชเชิงคุณภาพ และทัศนคติต่องานคุณภาพ

โปรแกรมพัฒนาศักยภาพ หมายถึง หลักสูตรอบรมเชิงปฏิบัติการ 2 วัน (12 ชั่วโมง) ที่

ออกแบบตามช่องว่างสมรรถนะที่พบจาก Pre-test ครอบคลุม 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ มาตรฐาน HA ฉบับที่ 5 และแนวคิด 3P, RCA, ระบบบริหารความเสี่ยง, การเขียน SAR Part IV และทักษะการโค้ชเชิงคุณภาพ

ประสิทธิผลของโปรแกรม หมายถึง สมรรถนะพี่เลี้ยงคุณภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีขนาดผลกระทบ Cohen's $d \geq 0.5$ และระดับความพึงพอใจเฉลี่ย ≥ 4.0 จากคะแนนเต็ม 5.0

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) ผสมผสานกับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Embedded Mixed Methods Design) โดยประเมินสมรรถนะพี่เลี้ยงคุณภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Pre-test) และดำเนินโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ และประเมินซ้ำภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม (Post-test) ด้วยเครื่องมือชุดเดียวกัน เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะที่เกิดขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ QLN และ QMR ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ปีงบประมาณ 2569 รวม 71 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงทั้งประชากร (Census Sampling) ประกอบด้วยบุคลากรเครือข่ายพี่เลี้ยงคุณภาพ (QLN) จำนวน 22 คน และ QMR จำนวน 49 คน จากโรงพยาบาลชุมชน 14 แห่ง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด ยินยอมเข้าร่วมวิจัย และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมอบรมได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

วิธีดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ระหว่างเดือนมีนาคม-สิงหาคม 2569

ระยะที่ 1 การเตรียมการและ Pre-test (มีนาคม-เมษายน 2569): ขอรับรองจริยธรรม ชี้แจงโครงการ รับลงนามยินยอม และเก็บข้อมูล Pre-test ผ่าน Google Forms จากนั้นวิเคราะห์ช่องว่างสมรรถนะเพื่อปรับรายละเอียดหลักสูตร

ระยะที่ 2 การอบรมเชิงปฏิบัติการ (มิถุนายน 2569) : คัดเลือกจาก QLN /QMR อำเภอละ 2 คน อบรม 2 วัน รวม 12 ชั่วโมง ครอบคลุม 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ มาตรฐาน HA ฉบับที่ 5 และแนวคิด 3P, RCA ด้วย Fishbone Diagram และ 5 Why's, ระบบบริหารความเสี่ยงและ Risk Register, การเขียน SAR Part IV และทักษะการโค้ชเชิงคุณภาพ โดยใช้กรณีศึกษา การฝึกปฏิบัติกลุ่ม และ Role Play ตามหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่

ระยะที่ 3 การติดตามเยี่ยมเสริมพลังและ Post-test (มิถุนายน - สิงหาคม 2569) : QLN เยี่ยมโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 14 แห่ง แห่งละ 1-2 ครั้ง

บันทึกพฤติกรรมการนำความรู้ไปใช้จริง จากนั้นเก็บข้อมูล Post-test และประเมินความพึงพอใจ

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือประกอบด้วย 3 ส่วน ประกอบด้วย

1. แบบประเมินสมรรถนะพี่เลี้ยงคุณภาพ จำนวน 38 ข้อ วัดสมรรถนะ 3 มิติ ได้แก่ ความรู้ HA (19 ข้อ) ทักษะ RCA/ความเสี่ยง/SAR/โค้ช (11 ข้อ) และทัศนคติ (8 ข้อ) ด้วยมาตรวัด Likert 5 ระดับ คะแนนรวม 190 คะแนน

การแปลผลคะแนนสมรรถนะ กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายโดยใช้ร้อยละของคะแนนเต็ม 190 คะแนน ดังนี้ คะแนน 152-190 คะแนน (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) = ดีมาก, คะแนน 114-151 คะแนน (ร้อยละ 60-79) = ดี, คะแนน 76-113 คะแนน (ร้อยละ 40-59) = ปานกลาง, คะแนน 38-75 คะแนน (ร้อยละ 20-39) = พอใช้ และคะแนน 0-37 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 20) = ต้องปรับปรุง

2. แบบประเมินความพึงพอใจ 24 ข้อ 5 หมวด และคำถามปลายเปิด 3 ข้อ และการแปลผลคะแนนความพึงพอใจ ใช้เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยมาตรวัด Likert 5 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 = ความพึงพอใจระดับมากที่สุด, คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 = มาก, คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 = ปานกลาง, คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 = น้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 = น้อยที่สุด

3. แบบบันทึกการเยี่ยมเสริมพลัง 14 รายการใน 5 ด้าน คะแนนเต็ม 39 คะแนน เครื่องมือทุกฉบับผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (IOC = 0.67-1.00) และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดย Cronbach's $\alpha \geq 0.70$ และ ICC ≥ 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลเชิงปริมาณผ่าน Google Forms ส่งลิงก์ทาง LINE Group เครือข่ายพัฒนาคุณภาพจังหวัดชัยภูมิ มีผู้ประสานงานติดตามให้ครบภายใน 7 วัน ใช้รหัสผู้ตอบแทนชื่อจริงเพื่อเชื่อมข้อมูล Pre-test และ Post-test ของบุคคลเดิม แบบประเมินความพึงพอใจใช้กระดาษทันทีหลังอบรมวันที่ 2 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บจากแบบบันทึกการเยี่ยมเสริมพลัง โดย QLN ระดับจังหวัดที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ทดสอบการแจกแจงปกติด้วย Shapiro-Wilk Test หากข้อมูลมีการแจกแจงปกติใช้ Paired t-test เปรียบเทียบสมรรถนะก่อนและหลังอบรม หรือ Wilcoxon Signed-rank Test หากข้อมูลไม่เป็นปกติ คำนวณขนาดผลกระทบด้วย Cohen's d โดยกำหนดเกณฑ์ $d \geq 0.5$ เป็นผลกระทบระดับกลางที่มีความหมายในทางปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วย Content Analysis วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะด้วย

Multiple Linear Regression โดยกำหนดตัวแปรทำนาย ได้แก่ ประเภทพี่เลี้ยง (QLN และ QMR) และประสบการณ์การทำงาน HA (ปี) และตัวแปรตาม คือ การเปลี่ยนแปลงคะแนนสมรรถนะโดยรวม (คะแนนหลังการอบรม) หักด้วยคะแนนก่อนการอบรม)

ผลการวิจัย

สถานการณ์การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในจังหวัดชัยภูมิ

จังหวัดชัยภูมิมีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 16 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 14 แห่ง ทุกแห่งผ่านการรับรองคุณภาพ HA ขั้นมาตรฐานขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 100 โดยโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 14 แห่ง มีระดับการรับรองตั้งแต่ Re-accreditation 2 (R2) ถึง Re-accreditation (R7) พบว่ากลุ่มที่มีการรับรองหมดอายุในปี 2569 มีจำนวน 6 แห่ง ได้แก่ ภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ เทพสถิต ซับใหญ่ คอนสาร บำเหน็จณรงค์ และภักดีชุมพล ซึ่งต้องการการสนับสนุนจากทีมพี่เลี้ยงอย่างเร่งด่วน นอกจากนี้ โรงพยาบาลบ้านเขว้าและเนินสง่า อยู่ระหว่างกระบวนการต่ออายุการรับรอง สะท้อนให้เห็นว่าทีมพี่เลี้ยงต้องรับมือกับความต้องการสนับสนุนจากหลายโรงพยาบาลพร้อมกัน

โครงสร้างและความชำนาญของทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ

จังหวัดชัยภูมิมี QLN จำนวน 16 คน จากโรงพยาบาล 16 แห่ง มีที่ปรึกษาเครือข่าย 4 คน ผู้จัดการเครือข่าย 1 คน และผู้ประสานงาน 1 คน ส่วน QMR มีจำนวนรวม 49 คน จากโรงพยาบาลชุมชน 14 แห่ง โรงพยาบาลละ 2-4 คน ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ รองลงมาคือแพทย์และเภสัชกร จากการวิเคราะห์ความชำนาญของ QMR 49 คน พบว่าความชำนาญกระจุกตัวในด้าน Risk Management มากที่สุด (ร้อยละ 24.5) รองลงมาคือ PCT/การดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 16.3) และ RCA (ร้อยละ 14.3) ขณะที่ยังขาดความชำนาญในด้านการเขียน SAR Part IV การโค้ชเชิงคุณภาพ และการออกแบบระบบตามแนวคิด 3P (Table 1)

Table 1: Proportions of HA Proficiency Levels among the QMR Team (n=49).

Proficiency Level / Expertise	Number (Persons)	%	Proficiency Level / Expertise	Number (Persons)	%
Risk Management / บริหารความเสี่ยง	12	24.5	การบริหารงานคุณภาพ / QMR	5	10.2
PCT / การดูแลผู้ป่วย	8	16.3	ENV / สิ่งแวดล้อม	4	8.2
RCA / Root Cause Analysis	7	14.3	ระบบยา / งานเภสัชกรรม	3	6.1
มาตรฐาน HA / เครื่องมือคุณภาพ	6	12.2	อื่น ๆ (HR, IC, กายภาพ ฯลฯ)	4	8.2

การวิเคราะห์ช่องว่างสมรรถนะของทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ

จากการสังเคราะห์แบบสำรวจความต้องการของ QMR 49 คน ประกอบกับประเด็นจากการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อน CQN และเอกสารโครงการ พบช่องว่างสมรรถนะใน 3 มิติ ตามกรอบ KSA ดังนี้

ด้านความรู้: ช่องว่างสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) มาตรฐาน HA ฉบับที่ 5 และแนวคิด 3P โดยเฉพาะการบูรณาการเข้ากับระบบงานและตัวชี้วัด 2) แนวคิดคุณภาพและเครื่องมือคุณภาพพื้นฐาน 3) RCA และระบบบริหารความเสี่ยง ซึ่งถูกระบุมากที่สุดในแบบสำรวจ (อย่างน้อย 5 รายการ) และ 4) การนำและการวางแผนเชิงกลยุทธ์

ด้านทักษะ : ช่องว่างสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะการวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (RCA) ที่ทีมพี่เลี้ยงยังไม่สามารถถ่ายทอดสู่ทีมในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิผล 2) ทักษะการจัดทำ Risk Register ถูกระบุอย่างน้อย 6 รายการ 3) ทักษะการเขียน SAR Part IV และ 4) ทักษะการโค้ชเชิงคุณภาพ (Quality Coaching) ซึ่งถูกระบุในเอกสารโครงการว่าเป็นทักษะที่ต้องพัฒนาอย่างเร่งด่วน

ด้านทัศนคติ : พบช่องว่างในสองระดับ ได้แก่ ระดับทีมพี่เลี้ยงที่ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทพี่เลี้ยงเชิงรุก และมีทัศนคติที่มองงานคุณภาพเป็นภาระเพิ่มเติม รวมถึงระดับผู้บริหารโรงพยาบาลที่การสนับสนุนงานคุณภาพยังไม่ต่อเนื่องและไม่ครอบคลุมทุกระดับ

ลำดับความต้องการพัฒนาของทีม QMR

จากการจัดลำดับความต้องการตามความถี่ที่ระบุในแบบสำรวจ QMR 49 คน พบว่า RCA/Risk Register/ระบบบริหารความเสี่ยง มีความต้องการสูงสุด รองลงมาคือความรู้พื้นฐานการพัฒนาคุณภาพและบทบาทหน้าที่ QMR การบริหารงานคุณภาพและวัฒนธรรมคุณภาพ ความเชื่อมโยงมาตรฐาน HA กับระบบงาน และทักษะการโค้ชเชิงคุณภาพ ตามลำดับ ผลการสำรวจนี้ถูกนำไปใช้เป็นฐานในการออกแบบหลักสูตรอบรมเชิงปฏิบัติการ 5 หัวข้อหลักของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ

ระดับสมรรถนะพี่เลี้ยงคุณภาพก่อนการอบรม

ผลการประเมินสมรรถนะก่อนอบรม (n = 49) พบว่า คะแนนสมรรถนะโดยรวมอยู่ที่ร้อยละ 59.2 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับปานกลางค่อนทางน้อย เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่า มิติทัศนคติมีคะแนนสูงสุด (ร้อยละ 72.3) ขณะที่มิติความรู้และทักษะมีคะแนนต่ำกว่า (ร้อยละ 57.1 และ 53.2 ตามลำดับ) สะท้อนว่าทีมพี่เลี้ยงคุณภาพมีความเชื่อมั่นและความมุ่งมั่นต่อบทบาทอยู่ในระดับสูงอยู่แล้ว

Table 2: Pre-training Competency Scores by Domain (n=49)

Domain	Items	Full score	Mean ± S.D.	% of full score
Knowledge	19	95	54.29 ± 10.81	57.1
Skills	11	55	29.24 ± 7.10	53.2
Attitude	8	40	28.92 ± 5.44	72.3
Overall	**38**	**190**	**112.45 ± 20.19**	**59.2**

การเปรียบเทียบสมรรถนะก่อนและหลังการอบรม

การทดสอบข้อมูลรายบุคคลระหว่าง Pre-Post test ได้ครบทั้งสองรอบ จำนวน 21 ราย ผลการทดสอบแจกแจงปกติของคะแนนผลต่างด้วย Shapiro-Wilk พบว่าเป็นไปตามการแจกแจงปกติทุกมิติ ($p > 0.05$) ผลการวิเคราะห์ พบว่า คะแนนสมรรถนะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกมิติ ($p<0.05$) โดยมีขนาดผลกระทบ (Cohen's d) อยู่ในระดับใหญ่มากสำหรับมิติความรู้ ($d = 1.65$) ทักษะ ($d = 1.38$) และคะแนนรวม ($d = 1.62$) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ประสิทธิผลที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ($d \geq 0.5$) อย่างชัดเจน ส่วนมิติทัศนคติ มีขนาดผลกระทบระดับกลางค่อนไปทางใหญ่ ($d = 0.69$) ดังแสดงใน Table 3

Table 3: Comparison of Pre- and Post-training Competency Scores (n=21)

Domain	Pre (Mean ± S.D.)	Post (Mean ± S.D.)	Difference (Mean ± S.D.)	t	p	Cohen's d
Knowledge	52.86±8.79	69.48±9.85	16.62±10.08	7.56	<.001	1.65
Skills	29.48±6.91	38.57±5.36	9.10±6.59	6.32	<.001	1.38
Attitude	29.57±4.82	33.29±4.36	3.71±5.36	3.18	.005	0.69
Overall	**111.90±17.25**	**141.33±15.58**	**29.43±18.21**	**7.40**	**<.001**	**1.62**

เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงเป็นรายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นสูงสุด คือความเข้าใจหลักการโค้ชด้วย GROW Model (เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.24 คะแนน) รองลงมา คือความเข้าใจกระบวนการบริหารความเสี่ยงและการจัดทำ Risk Register (เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.05 คะแนน) ซึ่งตรงกับช่องว่างสมรรถนะระดับสูงมากที่ระบุไว้ก่อนการอบรม

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับขนาดการเปลี่ยนแปลงคะแนนสมรรถนะร่วมด้วย Multiple Linear Regression (ตัวแปรทำนาย: ประเภทพี่เลี้ยงและประสบการณ์งาน HA) พบว่า ตัวแบบโดยรวมไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=.159$, $F(2,18)=1.71$,

p=.209) และตัวแปรทำนายทั้งสองไม่มีนัยสำคัญเป็นรายตัว (p=.459 และ p=.092 ตามลำดับ) แสดงว่า ประโยชน์ของโปรแกรมกระจายตัวอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่ขึ้นกับประเภทพี่เลี้ยงหรือระดับประสบการณ์

ความพึงพอใจต่อโปรแกรมอบรม

ผลการประเมินความพึงพอใจ (n = 27) พบว่า ทุกหมวดมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (≥4.00) โดยหมวดวิทยากรและผู้ดำเนินการอบรมได้คะแนนสูงสุด (Mean=4.44, S.D.=0.48) คะแนนภาพรวมทั้ง 24 ข้อ เท่ากับ 4.20 และคะแนนความพึงพอใจโดยรวมในระบบ 10 ระดับเท่ากับ 8.78 (S.D.=1.12) เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง QLN และ QMR ด้วย Independent t-test ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=0.59, p=.560) ดังแสดงใน Table 4

Table 4: Satisfaction with the Training Program by Category (n=27)

Category	Mean	S.D.
Content	4.16	0.61
Trainer	4.44	0.48
Media/Methods	4.15	0.67
Environment	4.15	0.52
Benefits	4.10	0.55
Overall (24 items)	**4.20**	**0.48**
Overall (1-10 scale)	**8.78**	**1.12**

อภิปรายและสรุปผล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพมีทัศนคติเชิงบวกต่อบทบาทพี่เลี้ยงในระดับสูงอยู่แล้ว แต่ยังขาดความรู้เชิงเทคนิคและทักษะเชิงปฏิบัติ รูปแบบเช่นนี้สอดคล้องกับกรอบสมรรถนะ KSA ของ Spencer ที่ระบุว่าทัศนคติเป็นสมรรถนะพื้นฐานซึ่งมักพัฒนาได้ยากกว่าความรู้และทักษะ[15] และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Leong และคณะ ที่พบว่าโปรแกรมพี่เลี้ยงส่วนใหญ่ปลูกฝังทัศนคติได้ดีอยู่แล้วจากวัฒนธรรมองค์กร แต่ยังขาดโครงสร้างการฝึกทักษะเฉพาะทางที่เป็นระบบ[16]

ขนาดผลกระทบของโปรแกรมในการวิจัยนี้ (Cohen's d = 1.62 สำหรับคะแนนรวม) สูงกว่าค่าเฉลี่ยที่พบในงานวิเคราะห์อภิมานของ Arthur และคณะ ซึ่งศึกษาโปรแกรมฝึกอบรมในองค์กรกว่า 1,152 รายการ และรายงานขนาดผลกระทบเฉลี่ยเพียง d = 0.60[17] ผลลัพธ์นี้ใกล้เคียงกับที่พบ

ในโปรแกรมการโค้ชคุณภาพเพื่อนช่วยเพื่อนของ Popivanov และคณะ ซึ่งรายงานว่า การผสมผสานการอบรมกับกระบวนการโค้ชให้ผลลัพธ์เหนือกว่าการบรรยายเพียงอย่างเดียว[18] สอดคล้องกับ Ovretveit และ Gustafson ที่พบว่าโปรแกรมที่ผสมผสานการอบรมกับการเยี่ยมนิเทศในพื้นที่มีประสิทธิผลสูงกว่าการอบรมในห้องเรียนอย่างเดียว[19] ทั้งนี้ อาจอธิบายได้จากปัจจัยการถ่ายโอนการเรียนรู้ตามกรอบของ Gegenfurtner และคณะ ที่ระบุว่าความตรงกับบริบทงานจริงของเนื้อหาเป็นปัจจัยสำคัญ ซึ่งโปรแกรมนี้ ออกแบบเนื้อหาโดยตรงจากผลการวินิจฉัยความต้องการของพื้นที่เอง[20]

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าประเด็นที่คะแนนเพิ่มขึ้นสูงสุด (การโค้ชด้วย GROW Model และการบริหารความเสี่ยง) ตรงกับช่องว่างสมรรถนะที่ระบุไว้ตั้งแต่ระยะเตรียมการ ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ของความสอดคล้องระหว่างการวินิจฉัยความต้องการกับผลลัพธ์การเรียนรู้ สอดคล้องกับข้อเสนอของ Kwok และ Mah จากการศึกษาการอบรม RCA แบบผสมผสานในฮ่องกง ที่ชี้ว่าการอบรมที่มีประสิทธิผลสูงสุดต้องใช้กรณีศึกษาที่ใกล้เคียงกับบริบทจริงของผู้เข้าอบรม[21]

ผลการวิเคราะห์ถดถอยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติของประเภทพี่เลี้ยงและประสบการณ์งาน มีความหมายเชิงนโยบายสำคัญ คือ โปรแกรมให้ประโยชน์แก่ทีมพี่เลี้ยงทุกระดับอย่างเท่าเทียมกัน สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมพี่เลี้ยงเชิงเครือข่ายในอินเดียของ Singh และคณะ ที่พบผลลัพธ์เชิงบวกสม่ำเสมอในโรงพยาบาลที่มีบริบทแตกต่างกันถึง 23 แห่ง[22] อย่างไรก็ตาม แนวโน้มของค่าสัมประสิทธิ์ติดลบของประสบการณ์งานที่เกือบถึงระดับนัยสำคัญ (p = 0.092) ควรตีความอย่างระมัดระวังในกรอบของปรากฏการณ์ขีดจำกัดสูงสุด (Ceiling Effect) ตามที่ Staus และคณะ อธิบายว่าผู้ที่มีคะแนนพื้นฐานสูงอยู่แล้ว ย่อมมีพื้นที่พัฒนาต่อได้จำกัด[23]

ผลการประเมินความพึงพอใจที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกับผลลัพธ์การเรียนรู้ ยืนยันความสมเหตุสมผลของโปรแกรมตามกรอบ Kirkpatrick ระดับที่ 1 (Reaction) และระดับที่ 2 (Learning)[24] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Farid และคณะ ที่วิเคราะห์ข้อมูล Pre-Post และจับคู่จากผู้เข้าอบรม 538 คน ในโครงการพัฒนาศักยภาพด้านบริหารความเสี่ยงและคุณภาพ และรายงานความสอดคล้องระหว่างความพึงพอใจกับผลสัมฤทธิ์ในทำนองเดียวกัน[25]

แม้ผลเชิงปริมาณจะยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมอบรมระยะสั้นอย่างชัดเจน แต่ความยั่งยืนของระบบพี่เลี้ยงคุณภาพเชิงเครือข่ายในระยะยาว ยังต้องอาศัยกลไกสนับสนุนเชิงโครงสร้างเพิ่มเติม สอดคล้องกับข้อเสนอของ Warunek และคณะ ที่ระบุการธำรงคุณภาพหลังการรับรองขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของกลไกสนับสนุนภายในองค์กรมากกว่าผลของการอบรมเพียงอย่างเดียว[4]

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ได้แก่ การวิเคราะห์แบบจับคู่อ้างอิงเฉพาะผู้ตอบแบบประเมินทั้งสองรอบ (n = 21 จาก 26 คน) จึงควรระบุอัตราการสูญหายของข้อมูลในการตีความผลวิจัย และรูปแบบการวิจัยในแบบกลุ่มเดียว ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ทำให้ไม่สามารถควบคุมอิทธิพลของปัจจัยแทรกซ้อนอื่นได้อย่างสมบูรณ์ แม้จะเป็นข้อจำกัดที่หลีกเลี่ยงได้ยากด้วยเหตุผลทางจริยธรรมและการบริหารในบริบทของการวิจัยในพื้นที่

สรุปผล

โปรแกรมพัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยงคุณภาพเชิงเครือข่ายที่ออกแบบจากผลการวินิจฉัยความต้องการจริงในพื้นที่ มีประสิทธิผลสูงในการเพิ่มสมรรถนะและความพึงพอใจของทีมพี่เลี้ยงคุณภาพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิได้อย่างมีนัยสำคัญทั้งทางสถิติและทางปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดหลักสูตรอบรมพัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยงคุณภาพนี้เป็นประจำต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อธำรงและยกระดับสมรรถนะพี่เลี้ยงคุณภาพเชิงเครือข่ายให้เป็น Best Practice ของเขตสุขภาพที่ 9 และถ่ายทอดสู่จังหวัดอื่นในเครือข่าย

2. ควรขยายผลหลักสูตรอบรมไปยังทีมพี่เลี้ยงคุณภาพในจังหวัดอื่น ๆ ของเขตสุขภาพที่ 9 เนื่องจากประโยชน์ของโปรแกรมกระจายอย่างสม่ำเสมอและไม่ขึ้นกับประเภทหรือประสบการณ์ของพี่เลี้ยง

3. ควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับเนื้อหาด้าน RCA ระบบบริหารความเสี่ยง และ Quality Coaching ซึ่งเป็นประเด็นที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นสูงสุด

4. ควรพัฒนากลไกสนับสนุนเชิงโครงสร้างควบคู่กับการอบรม ได้แก่ การกำหนดบทบาทหน้าที่ของ QLN และ QMR ให้ชัดเจน การพัฒนาระบบการเยี่ยมเสริมพลังให้มีความสม่ำเสมอ และสร้างแพลตฟอร์มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับจังหวัด

5. การวิจัยในอนาคต ควรติดตามประเมินผลระยะยาวและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบบันทึกการเยี่ยมเสริมพลังให้ครบถ้วน เพื่อประเมินความคงทนของสมรรถนะและการนำไปใช้จริงในทางปฏิบัติ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่รับรอง 22/2569 ลงวันที่ 19 มีนาคม 2569

เอกสารอ้างอิง

1. Syed SB, Leatherman S, Mensah-Abrampah N, Neilson M, Kelley E. Improving the quality of health care across the health system. Bull World Health Organ 2018;96(12):799. DOI:10.2471/BLT.18.226266
2. Lam MB, Figueroa JF, Feyman Y, Reimold KE, Orav EJ, Jha AK. Association between patient outcomes and accreditation of US hospitals: Observational study. BMJ 2018;363:k4011. DOI:10.1136/bmj.k401
3. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. นนทบุรี : สถาบันฯ, 2564. https://backend.ha.or.th/fileupload/DOCUMENT/00148/77c77e3f-ed2f-41a9-90d4-22164a69a871.pdf
4. Warunek A, Bedlicki M, Braithwaite J, Kutryba B, Shaw C. Sustainable healthcare accreditation: messages from Europe in 2009. Int J Qual Health Care 2010;22(5):341–50. DOI:10.1093/intqhc/mzq043
5. Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: Systematic review. BMJ Open 2016;6(12):e013758. DOI:10.1136/bmjopen-2016-013758
6. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.). สรพ. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพี่เลี้ยงเครือข่าย ในโครงการเพิ่มประสิทธิภาพเครือข่ายด้วยระบบ Membership ปี 2568. [อินเทอร์เน็ต]. 2568. [1 เมษายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ha.or.th/TH/Posts/ข่าวประชาสัมพันธ์/Details/1136
7. Hafsteinsdóttir TB, van der Zwaag AM, Schuurmans MJ. Leadership mentoring in nursing research, career development and scholarship: A systematic review. Int J Nurs Stud 2017;75:21-34. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2017.07.004
8. Burgess A, van Diggele C, Mellis C. Importance of mentoring in health professionals' training. Clin Teach 2018;15(3):197-202. DOI:10.1111/tct.12756

9. กัลยาณี สุเวทเวทิน. การศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA (Hospital Accreditation) จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2562;16(3):66-80. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/204931
10. นาถนภา คำลอยฟ้า, พีระพล รัตนะ. การรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน HA ในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2563;7(4):181-96. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/250612/174331
11. ชมพูนุช สุภาพวานิช, ไพสิฐ จิรรัตนโสภา, เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล, บุญแทน กิ่งสายหยุด. การพัฒนาสมรรถนะการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในมุมมองผู้บริหารของเขตสุขภาพ 1-12. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2565;5(3):138-53. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/article/view/257326/177836
12. Rouse DN. Employing Kirkpatrick's evaluation framework to determine the effectiveness of health information management courses and programs. Perspect Health Inf Manag 2011;8(Spring):1c. PMCID:PMC3070232
13. กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ของกระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [4 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9118
14. มงคล สุริเมือง, ศรีสุดา อัศวพลังกูล. ประสิทธิผลของการอบรมเชิงปฏิบัติการต่อความรู้และสมรรถนะในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ โรงพยาบาลแม่สอด. วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข 2566;2(2):17-27. https://he03.tci-thaijo.org/index.php/nhphj/article/view/1231
15. Spencer LM, Spencer SM. Competence at work: models for superior performance. New York : Wiley, 1993.
16. Leong JR, Lim AYD, Ravindran N, Wan DWJ, Rajalingam V, Lua JK, et al. A systematic scoping review of mentor training in medical education between 2000 and 2024. BMC Med Educ 2025;25:1110. DOI:10.1186/s12909-025-07353-x
17. Arthur W Jr, Bennett W Jr, Edens PS, Bell ST. Effectiveness of training in organizations: a meta-analysis of design and evaluation features. J Appl Psychol 2003;88(2):234-45. DOI:10.1037/0021-9010.88.2.234

18. Popivanov P, McCarthy SE, Finn M. Developing and piloting a peer quality improvement coaching protocol for front-line healthcare staff. BMJ Open Qual 2025;14(1):e002967. DOI:10.1136/bmjoq-2024-002967
19. Ovretveit J, Gustafson D. Evaluation of quality improvement programmes. Qual Saf Health Care 2002;11(3):270-5. DOI:10.1136/qhc.11.3.270
20. Gegenfurtner A, Festner D, Gallenberger W, Lehtinen E, Gruber H. Predicting autonomous and controlled motivation to transfer training. Int J Train Dev 2009;13(2):124-38. DOI:10.1111/j.1468-2419.2009.00322.x
21. Kwok YT, Mah AP. Qualitative study on experience of healthcare staff who have undergone a hybrid root cause analysis training programme. BMJ Open Qual 2023;12(2):e002153. DOI:10.1136/bmjoq-2022-002153
22. Singh S, Kannuri NK, Mishra A, Gaikwad L, Shukla R, Tyagi M, et al. Effect of WHO-SCC based intra-department mentoring program on quality of intrapartum care in public sector secondary hospitals in Andhra Pradesh, India: pre-post mixed methods evaluation. PLOS Glob Public Health 2022;2(8):e0000530. DOI:10.1371/journal.pgph.0000530
23. Staus NL, O'Connell K, Storksdieck M. Addressing the ceiling effect when assessing STEM out-of-school time experiences. Front Educ 2021;6:690431. DOI:10.3389/feduc.2021.690431
24. Kirkpatrick JD, Kirkpatrick WK. Kirkpatrick's four levels of training evaluation. Alexandria : ATD Press, 2016.
25. Farid D, Lumibao J, Safar F, Kassem L, Gul Z, Al Hams S, et al. Evaluating the effectiveness of continuing professional development training program: a retrospective cohort study. BMC Med Educ 2025;26:114. DOI:10.1186/s12909-025-08415-w