

ด.ร. 2 - 3-1 (1)

ด.ร. 2 - 3-1 (2)

ผลการประเมินความพึงพอใจและความผาสุกในการทำงานของบุคลากรและนักศึกษา

ปีงบประมาณ 2556 รอบที่ 1 (22-26 มกราคม 2556)

ผลการประเมินความพึงพอใจและความผาสุกในการทำงานของบุคลากรและนักศึกษารอบที่ 1 (22-26 มกราคม 2556) ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง พบว่าความพึงพอใจและความผาสุกในการทำงานของคณาจารย์และบุคลากรสายสนับสนุนอยู่ในระดับมีความสุขมาก (very happy) คือ Happy society (จิตวิญญาณดี) ร้อยละ 76.33 ระดับมีความสุข (Happy) คือ Happy Heart (น้ำใจดี) ร้อยละ 72.93 และความพึงพอใจและความผาสุกในการทำงานของนักศึกษาอยู่ในระดับมีความสุขมาก (very happy) คือ Happy body (สุขภาพดี) ร้อยละ 77.47 ส่วนระดับความพึงพอใจและความผาสุกในการทำงานทั้งคณาจารย์/บุคลากรสายสนับสนุนและนักศึกษาต่ำสุดคือ Happy money (สุขภาพเงินดี) ร้อยละ 52.42 และร้อยละ 48.72 ตามลำดับ ในภาพรวมระดับความพึงพอใจและความผาสุกในการทำงานทั้งคณาจารย์/บุคลากรสายสนับสนุนมากกว่านักศึกษา

	คณาจารย์และบุคลากร สายสนับสนุน (ร้อยละ)	นักศึกษา (ร้อยละ)
Happy body (สุขภาพดี)	67.19	77.47
Happy relax (ผ่อนคลายดี)	57.27	58.43
Happy Heart (น้ำใจดี)	72.93	62.52
Happy society (จิตวิญญาณดี)	76.33	67.01
Happy family (ครอบครัวดี)	67.34	66.41
Happy soul (สังคมดี)	64.50	62.07
Happy brain (ไฟรู้ดี)	67.96	61.28
Happy money (สุขภาพเงินดี)	52.42	48.72
Happy work life (การงานดี)	62.83	66.52
เฉลี่ย	65.42	63.38

๑๓

สรุปประเมินผลกิจกรรม “Happy Day, Happy Night & Happy New Year 2013”

วันที่ 28 ธันวาคม 2555 เวลา 08.00 น. – 22.00 น.

กำหนดการและกิจกรรม วันที่ 28 ธันวาคม 2555

เวลา 07.30 น. – 09.00 น.	ตักบาตรข้าวสารอาหารแห้ง
เวลา 09.00 น. – 13.00 น.	5 ศ. และรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน
เวลา 13.30 น. – 16.00 น.	ขบวนพาเหรดและกีฬาประจำปี
เวลา 18.00 น. – 22.00 น.	สังสรรค์ปีใหม่ Happy New Year 2013

จำนวนบุคลากรทั้งหมด	152	คน
จำนวนบุคลากรที่ลงทะเบียนร่วมงาน	147	คน
จำนวนบุคลากรที่ตอบแบบสอบถาม	116	คน

ผลการประเมิน

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ	- ชาย	18	คน	(15.5 %)
	- หญิง	78	คน	(67.3 %)
	- ไม่ระบุ	20	คน	(17.2 %)
2. สถานงาน	- อาจารย์	39	คน	(36.6 %)
	- ข้าราชการ	12	คน	(10.3 %)
	- ลูกจ้างประจำ	14	คน	(12.1 %)

SVW

- ลูกจ้างชั่วคราว 26 คน (22.4 %)
- ลูกจ้างเหมาบริการ 5 คน (4.3 %)
- ไม่ระบุ 20 คน (17.2 %)

3. อายุเฉลี่ย 40.22 ปี (range 23 – 59)

4. ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 12.83 ปี (range 1 – 35)

ความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรม

คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.79	ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	1.80 – 2.59	ระดับความพึงพอใจน้อย
คะแนนเฉลี่ย	2.60 – 3.39	ระดับความพึงพอใจปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	3.40 – 4.19	ระดับความพึงพอใจมาก
คะแนนเฉลี่ย	4.20 – 5.00	ระดับความพึงพอใจมากที่สุด

1. ค่าเฉลี่ยโดยรวม

ค่าเฉลี่ย	Minimum	Maximum	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
4.50	3.35	5.00	.48	มากที่สุด

2. สิ่งทีุ่บุคลากรพึงพอใจมากที่สุด 5 ลำดับแรก

ลำดับที่	ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ
1	เป็นโครงการที่สมควรจัดต่อเนื่องต่อไป	4.63	มากที่สุด
2	เปิดโอกาสให้มีการพบปะสังสรรค์	4.59	มากที่สุด
3	ยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมกิจกรรม	4.57	มากที่สุด
4	การมีส่วนร่วมในกิจกรรม	4.56	มากที่สุด
5	ความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมครั้งนี้ในภาพรวม	4.53	มากที่สุด

3. ค่าเฉลี่ยและระดับความพึงพอใจรายชื่อ

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ
1. เปิดโอกาสให้มีการพบปะสังสรรค์	4.59	มากที่สุด
2. บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมทำให้ท่านมีความสุข	4.47	มากที่สุด
3. กิจกรรมส่งเสริมให้เกิดความรักและคุณค่าแก่ตนเองและผู้อื่น	4.49	มากที่สุด
4. ก่อให้เกิดขวัญกำลังใจและความผูกพันต่อองค์กร	4.46	มากที่สุด
5. ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมเหมาะสม	4.41	มากที่สุด
6. ส่งเสริมค่านิยมร่วม “รับผิดชอบ ร่วมแรง ร่วมใจ มีจิตให้บริการ”	4.48	มากที่สุด
7. การมีส่วนร่วมในกิจกรรม	4.56	มากที่สุด
8. ยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมกิจกรรม	4.57	มากที่สุด
9. ได้รับเกียรติและความภาคภูมิใจ	4.49	มากที่สุด
10. เป็นโครงการที่มีประโยชน์	4.50	มากที่สุด
11. เป็นโครงการที่สมควรจัดต่อเนื่องต่อไป	4.63	มากที่สุด
12. สถานที่จัดกิจกรรมเหมาะสม	4.51	มากที่สุด
13. สื่อ/โสตทัศนูปกรณ์เหมาะสม	4.44	มากที่สุด
14. สิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอ/เหมาะสม	4.42	มากที่สุด
15. รสชาติอาหารและคุณภาพ	4.45	มากที่สุด
16. การลงทะเบียน การต้อนรับ และการบริการ	4.52	มากที่สุด
17. ความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมครั้งนี้ในภาพรวม	4.53	มากที่สุด

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ - เป็นโครงการที่ดี สนุกสนาน คลายเครียด (7 คน), ควรจัดต่อเนื่องทุกปี (6 คน), เด็กๆ สนุกสนานมาก (2 คน) , มีการทุ่มงบประมาณเยอะดี (1 คน), ควรมีการจัดงานหลังปีใหม่ เพราะบุคลากรบางท่านมีภูมิลำเนาต่างจังหวัด ต้องการกลับบ้าน (1 คน)

เกินไป ควรทำทุกวันศุกร์ กิจกรรมเหมาะสำหรับคนที่ไม่มีเวลาไปออกกำลังกายนอกบ้าน อยากทำกิจกรรมแบบนั้นนอกสถานที่

ตารางที่ ๒ ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมวอลเลย์บอลในร่ม

	รายการประเมิน	ต่ำสุด	สูงสุด	เฉลี่ย
๑	วันและระยะเวลาในการจัดกิจกรรมเหมาะสม	๑	๕	๔.๓๒
๒	บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมระหว่างร่วมกิจกรรม	๓	๕	๔.๔๔
๓	การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม	๔	๕	๔.๖๔
๔	การอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรมของวิทยากรประจำฐาน			
	๔.๑ ฐานที่ ๑ กิจกรรมวัดรอบเอว ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณ BMI วัดความดันโลหิต	๓	๕	๔.๗๒
	๔.๒ ฐานที่ ๒ กิจกรรมคำนวณพลังงานจากการออกกำลังกาย	๓	๕	๔.๔๘
	๔.๓ ฐานที่ ๓ กิจกรรมสร้างสรรค์เมนูอาหารแคลอรีต่ำ	๔	๕	๔.๖๐
	๔.๔ ฐานที่ ๔ กิจกรรมก้าวอย่างการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	๓	๕	๔.๕๒
	๔.๕ ฐานที่ ๕ กิจกรรมร้องเพลง และ Dancer เพื่อสุนทรียภาพของชีวิต	๔	๕	๔.๗๒
	๔.๖ ฐานที่ ๖ กิจกรรมความเครียด: จัดการได้อย่างไร	๔	๕	๔.๖๐
๕	ความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมในภาพรวม	๔	๕	๔.๗๒
	เฉลี่ย	๔	๕	๔.๕๗



- การให้สวัสดิการในการพัฒนาตนเอง ควรปฏิบัติให้เหมือนกัน เช่น การเบิกค่าที่พัก การจัดรถให้ไปอบรม
- ขอเพิ่มเงินเดือนเพราะว่าค่าครองชีพสูง

๑.๑ กิจกรรมวันเกิด

ควรจัดต่อไปเพราะ/ข้อเสนอแนะ

- เพราะเป็นความสุขเล็กๆน้อย
- ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องงานกับเพื่อนร่วมงาน
- เพื่อขวัญและกำลังใจ
- เป็นการแสดงความยินดีกับเจ้าของงาน เป็นกำลังใจในการทำงานต่อไป
- เพื่อเป็นการส่งเสริมและให้กำลังใจกับผู้ร่วมงาน
- บุคลากรในวิทยาลัยจะได้พบปะกัน
- ให้การเสริมคุณค่าและยอมรับกัน ให้มีพื้นที่ในการพบปะของบุคลากร
- ดีมาก
- บุคลากรทุกคนได้มีโอกาสเรียนรู้พูดคุย ลดความเครียด ลดความขัดแย้งได้
- ควรจัดกิจกรรมวันเกิดทุกเดือน
- ส่งเสริมความรักความสามัคคีในหน่วยงาน
- เพราะทำให้บุคลากรได้พบปะพูดคุยได้ครบทุกคน
- บรรยากาศไม่ควรมีวิชาการ ควรเพิ่มเวลาเป็นครึ่งวันเพื่อพบปะพูดคุยมากกว่านี้
- เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า

๑.๒ กิจกรรมคนดีและการคัดเลือกบุคลากร

ควรจัดเพราะ/ข้อเสนอนะ

- ควรใช้วิธีพิจารณาไม่ใช่ให้ลงคะแนน
- ควรกระจายกันบ้างจะได้มีขวัญและกำลังใจ
- เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีแก่เพื่อนร่วมงาน
- เพื่อเป็นการส่งเสริมและให้กำลังใจกับผู้ร่วมงาน
- ควรมีการประชาสัมพันธ์ผลงานบุคลากรให้ทราบด้วย บางครั้งไม่ทราบว่าทำอะไรที่ไหนมาบ้าง
- เป็นการวางแผนเตรียมบุคลากรให้ได้รับรางวัลภายนอก
- เป็นกำลังใจให้คนทำงาน
- เป็นแบบอย่างที่ดีในการทำงาน
- ควรทำเพราะจะทำให้มีกำลังใจในการปฏิบัติงาน
- เพื่อส่งเสริมบุคคลที่กระทำความดี มีความสามารถ มีน้ำใจ และมีความยุติธรรมต่อไป

ไม่ควรจัดเพราะ/ข้อเสนอนะ

- ไม่มีตัวชี้วัดที่แน่นอน
- เสริมคุณค่าให้บุคลากร

๑.๓ กิจกรรมฉลองปีใหม่และกีฬา

ควรจัดเพราะ/ข้อเสนอนะ

- เพื่อสร้างความสามัคคี
- ควรจัดให้ดีกว่านี้
- ส่งเสริมร่วมกันในวันสำคัญ

- ควรประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่เล่น แข่งขันกีฬาภายในตามอายุและสมรรถนะ
- เพื่อเป็นการส่งเสริมและให้กำลังใจกับผู้ร่วมงาน
- งานกีฬาน่าจะนำไปรวมกับนักศึกษาภายในวิทยาลัย
- ส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกาย
- เป็นการสืบสานวัฒนธรรมอันดีงาม
- ส่งเสริมความสามัคคี
- ยากให้จัดงานปีใหม่ร่วมกับนักศึกษา ไม่ควรแยกจัด /ควรมีกีฬาสี นศ.ร่วมกับอาจารย์
- เพื่อส่งเสริมความสามัคคีในคณาจารย์ และเจ้าหน้าที่
- ให้ทุกงานมีส่วนร่วมในกิจกรรม พิธีกรควรเป็นคนที่สนุกสนาน (เอาเจ้าหน้าที่เป็นพิธีกรบ้าง)
- สร้างความสามัคคี

๑.๕ กิจกรรมการพัฒนาสมรรถนะ ความรู้ ความคิด บุคลิกภาพ และองค์กร

ควรจัดเพราะ/ข้อเสนอแนะ

- ให้มีความหลากหลาย
- ควรเพิ่มเงินงบประมาณตนเองเป็น ๑๕๐๐๐ บาท
- การจัดกิจกรรมพัฒนาบุคลากรเป็นกิจกรรมที่ดีส่งเสริมให้มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง
- เพื่อเป็นการส่งเสริมและให้กำลังใจกับผู้ร่วมงาน
- ควรจัดให้มีทุกปีเพื่อเป็นการให้ขวัญและกำลังใจให้กับสมาชิกในวิทยาลัย
- ควรแยกจากงานวันเกิดเนื่องจากอาจทำให้ความสนใจลดลง
- ควรเพิ่มกิจกรรมการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมให้มากขึ้น
- ควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่เสนอแนะแสดงความคิดเห็นเพื่อช่วยกันพัฒนาองค์กร

2ND

International Conference on Qualitative Research in Nursing and Health

**“Adventures in Qualitative Research:
Traversing with Trustworthiness
Towards Evidence-based Practice”**

5. 2.25-2



Bayleaf Hotel
Intramuros, Manila, PHILIPPINES
29-30 NOVEMBER 2012

HOSTED BY



Philippine Nursing
Research Society, Inc.
(PNRSI)

PARTNERS



CO-CONVENORS



W6

Conclusion. Health personnel working for children and the youth from multi-culture should concern with the need of community to build up peace as well as provide the equality and opportunity for every child especially vulnerable children

Key words: multi-culture, innovation for peace, unrest area, children's right

PROCESS OF SMOKING CESSATION AMONG THAI SMOKERS: A GROUNDED THEORY STUDY

Kasorn Maneewan, MEd.

Boromrajonani College of Nursing Nakhon Lampang, Lampang, Thailand 52000

Kasornyong@gmail.com

Backgrounds: Smoking is one of the leading causes of cerebrovascular diseases. Given the rising number of new smokers worldwide, the need for promoting smoking cessation is warranted. **Purpose and Methods:** This grounded theory study aimed to explain how successful and unsuccessful quitters of smoking underwent smoking cessation. Seventeen ex-and current smokers aged 52-79 years were interviewed through in-depth unstructured interviews and focus group discussions. Constant comparative analysis was used for data analysis. The process emerged as a theoretical code and was used to integrate the findings.

Findings: The process of smoking cessation consisted of three stages, namely, (a) Finding meaningful reasons to quit, (b) Declaring the intention to quit, (c) Facing the cessation, and (d) Successful cessation. The reasons to quit smoking included: health risks imposed by smoking such as cancers, hypertension; futility as expressed in the form of no benefits and financial losses and decreased work efficiency; stigmas from self, family and community; and loss of appetite. Declaring the intention to quit was presented in the form of informing the family and impulsive symbolical sign of breaking from smoking. During the cessation smokers faced physical and psychological signs such as fatigue, sleeplessness, irritations, and hunger for foods. They used replacements such as candy, seeds, pickled teas, and milk to relieve the craving. Some used tapering off techniques by reducing dose and number of cigarette as well as frequency of smoking. Smokers avoided places or groups of people where they could be tempted into smoking. Smokers with weaker impulses tended to fail for craving and returned to smoking; those with strong and meaningful impulses tended to succeed in quitting.

Conclusion & Recommendation: Better understanding of the process itself, barriers and facilitators in the process of quitting smoking can help smokers quit smoking successfully.

Co-authors: Putthiporn Silawan (RN, BSN); Saowanee Kulsawet (RN, BSN); Thaworn Lorga, RN, PhD

Keywords: Smoking Cessation, Grounded Theory

CESSATION: A DESCRIPTIVE QUALITATIVE STUDY

Thaworn Lorga, RN, PhD

Boromrajonani College of Nursing Nakhon Lampang, Lampang, Thailand 52000

Thaworn.Lorga@gmail.com

Backgrounds: Family support is a key to successful smoking cessation; however, there is limited evidence on how families from different cultures support their family members during the process of smoking cessation.

Purpose and Methods: For the purpose of instrument development, this descriptive qualitative study aimed to describe how family supports the smoking cessation of their relatives. Fifteen relatives of smokers and ex-smokers were interviewed using unstructured in-depth interviews and focus group discussions. Constant comparative analysis was used for data analysis.

Findings: Family influence emerged as a concept describing family involvement in the process of smoking cessation. It is comprised of three strategies, namely, negativity inflictions, suasion, and help. Negativity inflictions strategy includes stigmatizing and threatening to disown care responsibility. It is often the case that young children and grandchildren are asked by other family members to persuade smokers to consider stopping smoking. Help or support requires understanding of the process of smoking cessation, effective distance between smokers and family members and immediate attention to smokers' needs.

Conclusion & Recommendation: We found that family influence is a more complete concept to describe family's involvement in the process of smoking cessation. The FINISH questionnaire is being developed to measure such concept.

Keywords: Family Influence, Smoking Cessation

Co-Aauthors: Yaoyanee Suya, RN, BSN; Jiraporn Meteechotset, Pharm. BSC

November 29-30, 2012 The Bayleaf, Intramuros, Manila, Philippines

SPIRITUALITY AS DESCRIBED BY NURSING STUDENTS: A QUALITATIVE STUDY

Nongluck Promptingkarn, RN, MSN

Boromrajonani College of Nursing Nakhon Lampang, Lampang, Thailand 52000

nongluk_nong@yahoo.com

Backgrounds: Spirituality is frequently described by nurses and nursing students as an important aspect of nursing practice; however, the meaning of spirituality is not often articulated in practice.

Purpose and Methods: This descriptive qualitative study explored how nursing students described the meaning and practices of spirituality. Ten third and fourth year nursing students were individually asked to articulate the meaning and practices of spirituality in their nursing practice and their own day-to-day living. Constant comparative analysis was used for data analysis.

Findings: Spirituality, according to the students, is something that can be felt but difficult to articulate as it is buried and engraved deep within the person's heart. It reflects "who you are", "who I am" or the individual person's self. The spirituality or the person's self is connected to certain beliefs, practices, people, beings and things. Despite inability to clearly distinguish psychological and spiritual states, students described spirituality as positive power. It is powerful in the sense that it gives positive energy and leads to positive actions such as motivation, inspiration, hope, happiness and strength.

Conclusion & Recommendation: Due to evidence of lacking spiritual care confidence among nursing students, nursing instructors should assist their students in establishing skills needed to explicate, recognize, express and respond to spirituality of their own and patients under their care.

Keywords: Spirituality, Nursing Students

Co-authors: Thaworn Lorga, RN, PhD

The Family's Space of Familial Caregiving: Its Benefits and Downsides on Caregiving of Older Persons in Thailand

Part II: When the Ground Moves: The Need to Reflect on Our Belief, Be Realistic and Move Aged Care Forward in Times of Changes

Thaworn Lorga*, RN, PhD; Nongluk Promtingkarn*, RN, PhD (c), Payom Thinuan*, RN, MSN; Chaweewan Wuttitert*, RN, MSN;; Suchart Kruengchai*, RN, MSN; Kasorn Maneewan*, M.Ed.

*Boromrajonani College of Nursing Nakhon Lampang, Thailand
Correspondence email: thaworn.lorga@gmail.com

Abstract

Background: Caregiving is traditionally and culturally inherited in Thai families. It is considered a moral quality of the family where family members can be judged good and bad according to their conduct in the caregiving of family members especially that of older persons. **Objective & Methods:** This review article follows from the previous article that revealed the roles of Buddhism that have met family caregiving a moral quality of Thai families. It discusses the consequences of that belief on today's caregiving practices, its benefits and downsides on care of older persons in Thailand. **Findings:** The review highlighted that caregiving of older persons has historically been with the Thai society. The high status of older persons in Thailand lends themselves the power to receive care from their family. The idea of family caregiving of older persons is a moral quality continues until today and will do so in the future. This continuation helps keep family caregiving intact and ensures availability of caregiving. However, this can pose many downsides on the quality of care on older persons, especially in times where family structures have been weakened. The moral quality of caregiving places great deal of or total responsibility on family to provide care to older persons. As such, it can potentially prevent or delay the development of new services from the government or community to assist family and older persons. **Conclusions & Recommendations:** While family caregiving is beneficial for the organization of aged care in Thailand; we must not undermine its downsides on the developments of future aged care services that respond to family and socio-economic changes.

Keywords: Older Persons, Family Caregiving, Benefits, Downsides

Backgrounds

Revisiting Thai traditional belief on aged care

Formal aged care in Thailand must be understood within the following contexts—(1) older persons want to be cared for by their children or families, (2) children want to fulfill their moral responsibility of care for their older parents, and (3) the government holds families with the primary responsibility to provide care for older persons. The implications derived from these are that families are the principal agency of aged care and the government can be regarded as a supplementary agency to families. In time of weakened traditional family caregiving, however, the roles of the government in providing aged care will only be

more critical—either to strengthen family caregiving or replace it. Existing formal aged care in Thailand can be described in terms of social and health care services. These formal services are mainly provided by the government; however, private sectors have played increasingly important roles in the provision of aged care.

Why is ageing a national concern?

Ageing has become a big concern in Thailand. The concern lies ultimately in the care of the older population. This takes into account, primarily, the nature of the ageing process that often ultimately leads to frailty and, in turn, dependency on others for care at some stage of the ageing process; and secondarily, a decrease in the proportion of younger population to care for the increased older population. A national study "Health of Thai Elderly" (HOTE) by Jitapunkul, Kunanusoon, Poonchareon and Suriyawongpaisal (1999) suggests that older ages are associated with chronic illnesses and high dependency for activities of daily living. An increase in the proportion of the older population and a decrease in the proportion of younger population result in a decrease in the aged dependency ratio¹. The aged dependency ratio before the introduction of the family planning programme in Thailand was 15.2 per 1 older person in 1960 (Pardthaisong, 1996, p. 414). The ratio dropped continuously to 13.5, 13.0 and 11.5 in 1970, 1980 and 1990 respectively. Based on projections of different fertility rates, that is, between 1.47-2.3, aged dependency ratios were projected to be around 9, 7 and 5 per 1 older person in 2000, 2010 and 2020 respectively (Pardthaisong, 1996, p. 414-415). If these fertility rates persist, the aged dependency ratio at the end of this century will fall between 2 and 3.8 per 1 older person. This trend of development is very significant in that, traditionally, Thai older persons rely on their younger family members for support and care. Support and care are therefore a critical concern in relation to ageing and the ageing of the Thai population.

The ageing population is probably a more pressing concern for Thailand and other low/middle-income countries than high-income countries. High-income countries were rich before they became old (Geneva 2000 Forum, 2000). On the contrary, Thailand, as a middle-income country, is becoming old before it becomes rich and is thus concerned by the substantial amount of resources required to cope with the ageing population. Furthermore, the ageing of the Thai population proceeds at a more rapid rate than that of high-income countries. While it took a century for some high-income western countries to double the older population from 7% to 14%, this will take only 30 years in Thailand (Jitapunkul et al, 1999, p. 94, see also Figure 3.1 for data on years 1990 and 2020 where the older population increases from 7.4% to 15.3%). This 30-year time is relatively short for Thailand to sufficiently cope with issues associated with its ageing population in terms of the development of aged care policies and health and social services to secure support and care in older ages (Jitapunkul et al, 1999). This concern is becoming more critical given that almost half of this timeframe has already passed.

Impacts of socio-economic changes on forms of support

Familial support for older persons can be primarily seen in forms of material support and direct care. Material support involves mainly, but not limited to, provision of money, foods and clothes. From the SWET study, 53.4% of the near old population expected their children to provide income for them when they become older (Chayovan & Knodel, 1997, p. 164). Among the older population, 60.8% received some money from their children (Chayovan & Knodel, 1997, p. 106). Older persons, on the other hand, may help offset their family's financial expenses when they can. Direct care is one aspect of support that poses a

great concern to families, researchers, health and social professionals and policy makers. This concern is understood within the context of the ageing population, increased disabling conditions associated with ageing and a decrease in the number of family caregivers as discussed above. Previous research indicated that the impact of a decline in fertility in Thailand on caregiving of older persons is not detrimental in terms of the availability of caregivers (Knodel, Chayovan & Siriboon, 1992, Chayovan & Zimmer, 2000). That is, the majority of older persons still have at least one co-residing adult child. The decline in fertility, however, can impact on the quality of caregiving provided, as well as quality of life of family caregivers who have less people to share the responsibility of caregiving. By and large, a decrease in the number of younger family members means that family caregivers must put in more efforts into securing support for their older members. If more efforts are not possible, some aspects of care may be neglected. This is true for caregiving of Thai older persons where a responsibility to provide care to older parents is normally delegated to one child who serves as the principal caregiver (Chayovan & Zimmer, 2000).

Direct care, is of more concern when the issues of migration of young generations are considered. Migration to urban areas for employment, whether temporary or permanent, is necessary for many rural families. This is because there are not enough employments in the rural communities (De Jong, Richter & Isarabhakdi, 1999). This also takes into consideration that employment in the industrial sector is more attractive than in the agricultural sector, given that income from industrial employment is more stable and greater than that generated from the agricultural sectors (Wongsuphasawat, 1997). Furthermore, migration helps improve the economic situations of the families as a whole. Young Thai migrants normally send part of their earnings to support their families back in the rural communities as part of their obligations towards their parents and families (Osaki, 1999).

An increase in workforce participation of women, traditional caregivers of older parents, contributes to a concern about caregiving of older persons. Growth in the female labour force participation outside traditional agricultural sectors (Chandaravithoon, 1998) means a large number of women have been drawn from rural to urban areas. Young Thai women are now as educated or even better educated than their male counterparts (Knodel, 1997). Good education allows Thai women to be more competitive for the skilled work that is concentrated in big cities such as Bangkok. Thai female migrants are in fact more committed than their male counterparts to providing material and financial support for their families back home (Osaki, 1999).

Living alone is not common among Thai older persons. The SWET study reports only 4.3% of older persons lived by themselves; this was not much different from 4.4% reported in the SECAPT study (Chayovan et al, 1988, p. 69), and 4.2% reported by a more recent HOTE study conducted in 1997 (Jitapunkul et al, 1999, p. 14). Living alone, however, does not necessarily mean that older persons do not have access to support from their children. On the contrary, these older persons can have support from their children and relatives who live next door or in the same community (Siriboon & Knodel, 1994). With trends in migration and increased female participation in employment and because care of older parents is normally taken up by one child or a principal caregiver, direct care of older parents from other siblings is decreasing and is increasingly being replaced by material and financial support (Chayovan & Zimmer, 2000, Siriboon, 1992). The reliance on families to care for older persons in the future will become insufficient and unrealistic (Jitapunkul, 2000).

Health care concern

Health is another concern among the Thai older population and, as mentioned above, affects the continuation of work of older persons. Whilst the majority of the Thai older

persons are relatively healthy, there is evidence to support that disability is epidemic among the older population. The recent HOTE study reports that 19% of the older population has some form of disability that lasts more than six months (i.e., long-term disability) (Jitapunkul et al, 1999, p. 21). These disabilities, in terms of health, result in loss of ability to perform activities that would have been possible should no disabilities exist. When long-term disability and short-term disability defined as a new disability acquired within two weeks, are considered together, one in four Thai older persons experience some form of disability at any given time. In addition, 6.9% of older persons are unable to perform self-care activities independently (Jitapunkul et al, 1999, p. 56).

Older persons are more likely to experience illnesses than other age groups; and older women are more likely to experience illnesses than older men (Jongwattana et al, 1998, Chooprapawan, 1997). Chronic illnesses such as hypertension, arthritis, heart diseases and diabetes mellitus are more prevalent in older urban populations than in the rural populations (see Table 2.3). For example, while 15.3% of rural older persons have hypertension, 26.0% of older urban persons are affected by this illness. Prevalence of stroke, an illness that generally results in dependency for self-care, is higher in urban (4.0%) than rural populations (1.6%). A lower prevalence rate of these chronic illnesses among rural older persons may be partly attributed to difficulty accessing health services in rural areas, and as such, not every older person who has health problems may not be diagnosed or reported. This also takes into account that 95% of older persons had a mature-aged child, that is, aged 20 years or older, whom they could rely on for support and care (Chayovan & Knodel, 1997, p. 104).

Primary care and acute care are the main feature of Thai health services

The main features of mainstream health services, which are also true for health services for older persons, focus on primary and acute care (i.e., secondary and tertiary care) and are largely facility-based services (Sawanpanyalert, 1998). These features are clearly reflected by the overemphasis of acute care, which has been the focus of much criticism (Wasi, 2000), and by recent reforms to strengthen primary care services (Buacharoen, 2002, Leelakraiwan, 2002). The past few years have also witnessed the emergence of preventative and promotive health as a critical element of health services in Thailand (Thaniwattananon, Chailangka, Kongin, Romnarak, Limchaiarunruang, Tantriboon & Pongpaiboon, 2001).

Long-term care is not a main feature of government health services

Long-term care (LTC) is an important aspect of aged care. It targets individuals who are functionally dependent and, as such, cannot perform health care activities such as managing medications and activities of daily living such as bathing and feeding independently by themselves (WHO, 2000). Functional dependency impacts on the ability of individuals to maintain their health on a long-term basis (WHO, 2002a). Long-term care focuses on compensating the loss of functional ability of these individuals through caregiving. Nonetheless, longterm care recognises the need to incorporate primary care, preventative care, acute care and rehabilitative services when needs for such services arise (WHO, 2002b). Long-term care can be provided by family members, health professionals or paid carers. It can be provided at home or in institutions such as in a nursing home.

In Thailand, long-term care is not explicitly recognised in government health services. More attention is given to preventative, primary and acute care services (Srithunyarat & Arunaeng, 2002). In fact, as Chunharas and Boonthamcharoen (2002, p. 32) state, "few human resources are dedicated solely to providing LTC". This can be understood within the Thai context where activities associated with long-term care such as feeding and bathing of