· Introduction
· Editorial Board
· Author's Guide
· Editor's & Reviewer's Guide
· Contact Us
· Research publication ethics

About Us

The Asian Journal for Public Opinion Research (AJPOR) is the journal of the Asian Network for Public Opinion Research (ANPOR). It is published quarterly online by the Center for Asian Public Opinion Research & Collaboration Initiative (CAPORCI) in South Korea. The first issue was published in November 2013. For more information about ANPOR, see www.anpor.org.

We are currently accepting submissions related to public opinion in Asia. **Original research** on methodology or public opinion polls as well as **research notes, book reviews, poll reviews,** and **extended abstracts of papers previously published in another Asian language** will all be considered. All submissions should be uploaded using the e-Submission option. If you have any questions or difficulties using the system, please email AJPORSubmissions@gmail.com.
AJPOR has been accepted for inclusion in Scopus and is indexed in the Korean Citation Index.

Objectives

AJPOR promotes:

1. the use of scientific methods in learning what people and various sub-groups think and how this thinking is influenced by various factors.

2. the worldwide promotion of public opinion research in Asia.

3. international collaboration and exchange among academic and commercial researchers, journalists and political actors, as well as between the representatives of the different scientific disciplines.

Publication Schedule

This journal will be published 4 times per year in an online format.
Issue No. 1: November 30
Issue No. 2: February 28
Issue No. 3: May 31
Issue No. 4: August 31

· Introduction
· Editorial Board
· Author's Guide
· Editor's & Reviewer's Guide
· Contact Us
· Research publication ethics

About Us

The Asian Journal for Public Opinion Research (AJPOR) is the journal of the Asian Network for Public Opinion Research (ANPOR). It is published quarterly online by the Center for Asian Public Opinion Research & Collaboration Initiative (CAPORCI) in South Korea. The first issue was published in November 2013. For more information about ANPOR, see www.anpor.org.

We are currently accepting submissions related to public opinion in Asia. **Original research** on methodology or public opinion polls as well as **research notes, book reviews, poll reviews,** and **extended abstracts of papers previously published in another Asian language** will all be considered. All submissions should be uploaded using the e-Submission option. If you have any questions or difficulties using the system, please email AJPORSubmissions@gmail.com.
AJPOR has been accepted for inclusion in Scopus and is indexed in the Korean Citation Index.

Objectives

AJPOR promotes:

1. the use of scientific methods in learning what people and various sub-groups think and how this thinking is influenced by various factors.

2. the worldwide promotion of public opinion research in Asia.

3. international collaboration and exchange among academic and commercial researchers, journalists and political actors, as well as between the representatives of the different scientific disciplines.

Publication Schedule

This journal will be published 4 times per year in an online format.
Issue No. 1: November 30
Issue No. 2: February 28
Issue No. 3: May 31
Issue No. 4: August 31

English Anxiety among Thai Nursing Students of Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Thailand[1]

Jona Jean Pinas Palaleo[2]
Janthila Srikrajang

Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, Thailand

Abstract

Thailand is one of the ASEAN countries and is said to be the most visited country in Southeast Asia. Despite its development, Thailand falls as one of the countries with the lowest rates of English proficiency. This article is written to describe one of the possible factors of Thailand's low English proficiency, which is the foreign language anxiety of students. This article outlines references regarding the English language anxiety of Thai students and uses them as a basis in distinguishing English language anxiety among nursing students in Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, Thailand (BCNLP). A survey was conducted using a questionnaire based on the FLCA Scale by Horwitz, Horwitz, and Cope, (1986) with a focus group consisting of 80 participants randomly selected from 1st year to 4th year nursing students of BCNLP. As found in the survey there were two sources of English language anxiety among nursing students: 1. Fear of negative evaluation due to unpreparedness, and feeling and thinking that others are better in language learning as the main factors; and 2. Communicating apprehension, where in speaking without preparation, speaking in the foreign language in front of other students, and self-doubt about one's ability to speak in the foreign language are the highest ranked causes of anxiety. The results indicate two main problems: unpreparedness and self-concept. Therefore, it is recommended that English Language classes should be taught with the learner-centered approach and that instructors should put importance in preparing the students during class, and encouraging them to increase a positive self-concept towards English language learning.

Keywords: FLCA – Foreign Language Classroom Anxiety, Anxiety, Thailand, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang

---

[1] Financial support for this article is provided by Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, Thailand

[2] All correspondence concerning this article should be addressed to Jona Jean Pinas Palaleo at email:palaleojonajeanpinas@gmail.com and Janthila Srikrajang at email: janthilas@yahoo.com

Background

On 8 August 1967, five leaders – the Foreign Ministers of Indonesia, Malaysia, the Philippines, Singapore, and Thailand – sat down together in the main hall of the Department of Foreign Affairs building in Bangkok, Thailand and signed a document. By virtue of that document, the Association of Southeast Asian Nations (ASEAN) was born. Taking this into consideration, Thailand entered the world of globalization, considering it the most visited country in Southeast Asia (Maierbrugger, 2016). It is expected that the English language plays a big role in supporting the country for its tourism and interaction with the other ASEAN countries. However, Thailand ranks one of the countries with the lowest English proficiency (Maierbrugger, 2016). In the EF English Proficiency Index (2017), Thailand ranks as the 15th out of 19 Asian counties and 56th out of 72 countries globally. An interesting point is that Thailand spends about 20% of its public annual budget on education, and shows an average of seven years of schooling, while countries with the best English proficiency worldwide, such as the Netherlands, Germany, and Austria, just spend around 11% of their budget on education and have more than ten years of schooling on average. For the past four years the rankings have not changed.

Thailand's Education System

Coconuts Bangkok (2016) wrote that Thai education seriously needs remodeling. The Education Minister Dapong Rattanasuwan admitted that there are problems in all aspects of Thai education, particularly issues concerning English proficiency and critical thinking. Another article from the *Bangkok Post* (Lao, 2017), entitled "Educational Inequality in Thailand: The challenge," discussed that it is not that Thailand does not have the resources needed to achieve across the board educational excellence. Thailand has, in fact, spent massive amounts of money on education. The government, for example, spent 19.35% of its annual 2.58-trillion-baht budget ($80.5 billion US) in 2015 on education -- the largest portion of any item in the budget. Mostly, instructors think that teaching language content, vocabulary, and grammar is more important than teaching the way language is used or its functions in a communicative approach (Nonkukhetkhong, Baldauf, & Moni, 2006). Phongphul (2005) quoted Wasi (1998) who regarded the Thai education system as "pushing the country into disaster" because it does not prepare graduates to cope with the fast changing world of globalization. Therefore, as a result, the graduates lack the appropriate skills to be able to maximize their opportunities due to the absence of independence when it comes to learning and the ability to immerse themselves globally.

Literature Review

Language Acquisition

Language acquisition occurs subconsciously. While it is happening, we are not aware that it is happening. We think we are having a conversation, reading a book, watching a movie. Of course, we are, but at the same time, we might be acquiring language (Krashen, 2013). There are certain factors affecting the successful acquisition of another language. Schütz (2017) discussed one of the factors, which involves the Affective Filters by Krashen. The Affective Filter hypothesis embodies Krashen's view that a number of 'affective variables' play a facilitative, but non-causal, role in second language acquisition. These variables include: motivation, self-confidence, and anxiety. Krashen claims that learners with high motivation, self-confidence, a good self-image, and a low level of anxiety are better equipped for success in second language acquisition. Low motivation, low self-esteem, and debilitating anxiety can combine to 'raise' the affective filter and form a 'mental block' that prevents comprehensible input from being used for acquisition. In other words, when the filter is 'up,' it impedes language acquisition.

Anxiety

Based on the Affective Filters by Krashen, anxiety plays a negative factor in language acquisition. Anxiety is a complex concept, dependent upon not only one's feelings of self-efficacy but also appraisals concerning the potential and perceived threats inherent in certain situations (Tobias, 1986 as cited by Pappaminiel, 2002). Anxiety can also refer to the intense and enduring negative feeling caused by dangerous stimuli from the outside as well as the unpleasant emotional experiences involved, such as anticipation, irritation and fear (Howirtz, 1986 as cited by Pappaminiel, 2002). Within the English macro skills, speaking has the highest relationship to anxiety. Communication Anxiety is defined as the amount of fear and worry about being understood and understanding whether this is real or just perceived (McCroskey, 1993). Hamilton (2011) also discussed how Communication Anxiety or Communication Apprehension can influence how people communicate with each other and how it could hold people back from communicating effectively in their workplace, adding that it is hard to share ideas, pass on instruction and information, interview or be interviewed, and even joining group discussions and giving presentations is difficult for those who suffer from communication anxiety. Communication anxiety is divided into two types according to Booth-Butterfield and Booth-Butterfield, (1992) and Motley (1995), namely Trait Anxiety and Situational Anxiety. Trait Anxiety is seen as the most difficult one since it comes from our own feelings. The negative perception due to low self-esteem and self-confidence causes one to avoid situations in which they must speak.

Therefore, people are reluctant to communicate in many situations due to their negative self-perception (Lane, 2010). On the other hand, Context Apprehension or Situational Anxiety is the fear of the speaker to communicate in a certain situation or context. For example, one may be comfortable in communicating one on one, but may feel frightened when engaged in public speaking (Morreal, Spitzberg, & Barge, 2007).

Foreign Language Anxiety

Horwitz, Horwitz, and Cope (1986, p.129) wrote that "foreign language anxiety is a phenomenon related to but distinguishable from other specific anxieties." Fundamentally, Foreign Language Anxiety is the fear of speaking one's non-native language due to the threats the speaker may perceive, such as miscommunication, and the lack of vocabulary to communicate effectively and fluently.

English Language Anxiety of Thai Students

Thai students tend to have a negative perception of their ability to communicate using the English language. It was found in a study conducted in Satri Di Suriyothai School, Bangkok with middle school students that English language anxiety is a major factor that negatively affects students' performance in English language class. Students who perceive a high level of self-efficacy in themselves experience lower level of English language anxiety. As a result, students who experience lower levels of English language anxiety perform better on their English language tests and/or exams (Anyadubalu, 2010). Self-efficacy is said to be a belief in one's capabilities to organize and execute the courses of action required to produce given attainments. Implicitly, this aspect of general self-efficacy finds some kind of bearing in the students' abilities to plan, organize, carry-out, and participate effectively in their English Language learning processes. Self-efficacy beliefs are vital in deciding human activity, especially in the area of one's control over one's self, actions, and environment (Bandura, 1994). This shows that having enough capability in dealing with the task on hand is one of the factors affecting one's English language anxiety. For instance, students who perceive themselves as incapable of understanding and processing instructions using English would likely feel more incompetent, causing an increase in English language anxiety. Another study in Chiang Mai University, which looked at university students with a high level of foreign language anxiety, enumerated several factors affecting English Language Anxiety; the factors mentioned are as follows: Academic Evaluation, Negative Evaluation, Comprehension Problems, Instructors' Personality, and Instructors' Use of English. Academic Evaluation is where the participants worry about scoring less than expected, which might be influenced by their belief in their inability to use English to perform the required tasks effectively. Negative Evaluations is the learners' fear of a negative evaluation from both instructors and classmates,

which can lead to foreign language anxiety. Comprehension Problems is the lack of understanding when learning, and using English was stated as the third factor triggering foreign language anxiety. Instructors' Personalities involves the instructors' friendliness and manner of correction and seemed to affect learners' feelings. Instructors' Use of English involves the instructor's voice, speaking pace, and accent, and also plays a part in creating confusion in the foreign language classrooms. The results showed that the consequence of failing an English class was the main source of the participants' anxiety. Having to speak without preparation in English classes and not understanding what the instructor says can also lead to foreign language anxiety (Chinpakdee, 2015). Meanwhile, at Dhonburi Rajabhat University, Thai undergraduate students experienced a high level of English language anxiety and many of them exhibited certain degrees of test anxiety in English class. It suggests that the anxiety is affected by being a non-English-major student with low self-esteem, a not so impressive English background, high pressure to pass English examination to qualify for graduation, and fierce competition in their future job-hunting (Namsang, 2011).

English Language Learning in Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang as of 2017

Nursing students are required to attend 4 English classes throughout the 4-year nursing course. The subjects offered per semester are the following:

Year	Semester	Course	Description
First	1st	English Communication 1	Using English for communication in various contexts including conversation, giving information, and giving socially and culturally appropriated opinions. The course emphasizes listening and speaking skills, and pronunciation.
	2nd	English Communication 2	Using English for daily reading and writing in order to enhance life-long learning. The course emphasizes reading and principle, comprehensive reading, summarizing, grammar, and structure.
Second	2nd	English for Academic Purposes	Using English for academic purposes including searching, reading, discussing, summarizing, and presenting as well as practicing English in academic context.
Fourth	1st	English for Professional Purposes.	Using English for nursing professional purposes in various nursing contexts such as communication with patients and families, and health care team, writing nurses' notes, and nursing conferences.

The college usually recruits their English teachers from a different university. The students get to meet native and non-native English teachers. The English subjects are taken 1 day per week containing a theoretical lecture in the morning and application in the afternoon. Moreover, studying English for extended periods of time tends with a large number of students causes stress among nursing students and at times makes the learning retention low. In addition, the students also get a chance to interact with foreign guests during international events such as conferences and visitations. Only a small percentage of the students are able to attend such occasions.

Objectives

1. To identify the factors causing English language anxiety among nursing students studying in Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, Thailand (BCNLP).
2. To formulate possible recommendations for improved language learning.

Method

Taking all the research into consideration, a survey was conducted using a questionnaire based on the FLCA Scale by Horwitz, Horwitz, and Cope (1986) with a focused group consisting of 80 participants randomly selected from 1st year to 4th year nursing students at BCNLP. The results were then computed with simple averaging and the division of the 3 categories into the positive and negative items.

Throughout the years, the FLCA scale has been used by many researchers as a basis for determining the anxiety level of students due to its validity. The items were mainly divided into three subgroups, which were communication apprehension, test anxiety, and fear of negative evaluation. Communication Apprehension is a type of shyness characterized by fear of or anxiety about communicating with people. Test anxiety refers to a type of performance anxiety stemming from a fear of failure. Fear of negative evaluation is defined as “apprehension about others’ evaluations, avoidance of evaluative situations, and the expectations that others would evaluate oneself negatively,” (Horwitz, Horwitz, & Cope, 1986).

Findings

Table 1: *Communication Apprehension*

	Item	Description	Mean	S.D.
Negative	9	I start to panic when I have to speak without preparation in language class.	3.73	1.03
	24	I feel very self-conscious about speaking the foreign language in front of other students.	3.6	1.03
	1	I never feel quite sure of myself when I am speaking in my foreign language class.	3.35	1.09
	29	I get nervous when I don't understand every word the language instructor says.	3.34	0.99
	30	I feel overwhelmed by the number of rules you have to learn to speak a foreign language.	3.29	0.94
	4	It frightens me when I don't understand what the instructor is saying in the foreign language.	3	1.07
	27	I get nervous and confused when I am speaking in my language class.	2.83	1.06
	15	I get upset when I don't understand what the instructor is correcting.	2.58	1.04
Positive	32	I would probably feel comfortable around native speakers of the foreign language.	3.63	0.97
	14	I would not be nervous speaking the foreign language with native speakers.	3.06	1
	18	I feel confident when I speak in foreign language class.	2.96	1.01

Table 1 exhibits that speaking without preparation ($\bar{x}$=3.72, *S.D.* 1.03*)* is the first ranked reason for Communication Apprehension. Feeling self-conscious about speaking the foreign language in front of other students ($\bar{x}$=3.6, *S.D.* 1.03*)* and being unsure of oneself in speaking using the foreign language ($\bar{x}$=3.35, *S.D.* 1.09*)* are the next ranked factors affecting communication apprehension. Feeling comfortable around native speakers of the foreign language ($\bar{x}$=2.38, *S.D.* 1*)* ranks the lowest based on the inverted computation.

Table 2: Test Anxiety

	Items	Descriptors	Mean	S.D.
Negative	3	I tremble when I know that I'm going to be called on in language class.	3.9	1
	10	I worry about the consequences of failing my foreign language class.	3.73	1.02
	12	In language class, I can get so nervous I forget things I know.	3.41	1
	16	Even if I am well prepared for language class, I feel anxious about it.	3.36	0.93
	26	I feel more tense and nervous in my language class than in my other classes.	3.11	1.28
	25	Language class moves so quickly I worry about getting left behind.	3.03	1.16
	20	I can feel my heart pounding when I'm going to be called on in language class.	2.89	1.28
	17	I often feel like not going to my language class.	2.54	1.08
	21	The more I study for a language test, the more confused I get.	2.53	1.17
	6	During language class, I find myself thinking about things that have nothing to do with the course.	2.39	0.99
Positive	5	It wouldn't bother me at all to take more foreign language classes.	3.58	1.2
	22	I don't feel pressure to prepare very well for language class.	3.39	1.04
	11	I don't understand why some people get so upset over foreign language classes.	3.36	0.93
	28	When I'm on my way to language class, I feel very sure and relaxed.	3.24	0.94
	8	I am usually at ease during tests in my language class.	2.81	0.93

Table 2 displays trembling in the thought of being called in language class ($\bar{x}$*=3.9, S.D. 1)* ranks the highest factor in test anxiety. Worrying about the consequences of failing

the foreign language class ($\bar{x}$=3.73, *S.D.* 1.02*)* and forgetting things they know when nervous ($\bar{x}$=3.41, *S.D.* 1*)* are the next ranked factor causing test anxiety. Thinking of other things unrelated to the language course ($\bar{x}$=2.39, *S.D.* 1*)* ranks the lowest.

Table 3: *Fear of Negative Evaluation*

	Items	Descriptors	Mean	SD
Negative	33	I get nervous when the language instructor asks questions which I haven't prepared in advance.	3.56	1.07
	23	I always feel that the other students speak the foreign language better than I do.	3.55	0.97
	7	I keep thinking that the other students are better at languages than I am.	3.45	0.88
	31	I am afraid that the other students will laugh at me when I speak the foreign language.	3.01	1.16
	13	It embarrasses me to volunteer answers in my language class.	2.84	1.06
	19	I am afraid that my language instructor is ready to correct every mistake I make.	2.74	0.94
Positive	2	I don't worry about making mistakes in language class.	3.31	1

Table 3 shows that getting nervous when the language instructor asks questions that the respondents have not prepared for in advance ($\bar{x}$*=3.56, S.D. 1.07)* ranks as the highest factor in fear of negative evaluation. Always feeling that the other students speak the foreign language better ($\bar{x}$*=3.55, S.D. 1)* and thinking that the other students are better at language learning ($\bar{x}$*=3.45, S.D. 0.89)* are the next ranked factors in fear of negative evaluation. Not worrying about making mistakes in language class ($\bar{x}$*=2.69, S.D. 1)* ranks the lowest based on the inverted computation.

Table 4: *Overall*

Overall	Mean	SD
Fear of Negative Evaluation	3.12	1.01
Communicating Apprehension	3.12	1.02
Test Anxiety	2.97	1.06

Table 4 shows the overall findings of the survey where the primary causes of English language anxiety among nursing students come from the Fear of Negative Evaluation $\bar{x}$*=3.12 (S.D. 1.01)* and Communication Apprehension $\bar{x}$*=3.12 (S.D. 1.02).* Meanwhile, Test Anxiety $\bar{x}$*=2.97 (S.D. 1.06)* ranked as the last cause of English language anxiety.

Conclusion

The findings suggest that the English language anxiety of nursing students mostly is due to two causes: fear of negative evaluation when being asked to answer without preparation and feeling and thinking other students are better in language learning were the main factors; and communication apprehension when speaking without preparation, speaking in the foreign language in front of other students, and self-doubt in one's ability to speak in the foreign language are the highest ranked causes of anxiety. The result of each category is correlated with the other categories and that they feel and think that other students are better than them, which causes them to have high anxiety in front of other students due to a low self-concept in learning English.

Recommendations

Based on the findings of the survey, recommendations were drawn focusing on the approach and the instructors.

Learner-Centered Approach

Learner centered "is the perspective which focuses on the learners' experiences, perspectives, backgrounds, talents, interests, capacities, and needs. It creates a learning environment conducive to learning and promotes the highest levels of motivation, learning, and achievement for all learners" (McCombs & Whisler, 1997, p. 9). As reviewed in this article, Thailand applies an instructor-centered approach in teaching not only languages,

but other subjects as well. Instructors should then shift the focus of the learning to the students' needs, depending on their capabilities.

Preparedness. Instructors should allot reasonable preparation time for the students during English language class considering their strengths and weaknesses.

Transformative Learning. The Transformational Learning Theory originally developed by Jack Mezirow is described as being "constructivist, an orientation which holds that the way learners interpret and reinterpret their sense experience is, central to making meaning and hence learning (Mezirow, 1991). To be able to make learning more meaningful and remarkable, instructors should consider the past experiences of the students and their present abilities and use those as foundations in creating learning with practical applications of the gained knowledge. This will enable students to learn with a continuous understanding of the process of language learning.

Development and Support for a Positive Self-Concept

According to our survey, many nursing students perceive themselves as incapable of speaking and understanding the English language. As mentioned by Du (2012), self-concept has to do with a person's perceptions and evaluations regarding him/herself, which is a basic requirement for successful cognitive and affective activity. Therefore, instructors must see to it that they cater to the needs of the students to encourage a positive self-concept that will result to productive and conducive learning. The language instructors may do so by considering the following factors:

Comfort. Instructors must build a student-friendly environment where students would feel at ease in using the foreign language and feel free to make mistakes without the threat of humiliation. Comments and corrections should be made with the utmost sensitivity and if possible, in general.

Safety. Instructors must reassure the students that, regardless of their differences, they are safe to express themselves, taking into consideration that students have different learning patterns from one another.

Interest and usefulness. Instructors should emphasize how English could affect their lives in their future profession and as well as their interaction with the world. It is important to emphasize the possibilities they may achieve. For instance, in the field of nursing, they need to be updated with the latest medication and treatment, and most of the resources for such information are in English. This shows how important it is to make the

student realize that the English language could help them develop more in their chosen profession and other goals in life.

Meaningfulness. For most nursing students, English is only part of the curriculum and a factor for academic evaluation. Instructors should show a wider perspective in the range of opportunity wherein the English language can be of help to increase their interest in learning, to show them how the English language is used in real situations, not only focusing on the grammar and structure.

Goals and expectations. Instructors should set realistic goals and expectations for the students considering the factors that hinder the language learning. For instance, the location and the surroundings of the college cannot provide enough exposure for the students to have sustainable English language learning. As for BCNLP, it may be best to set standards based on the current ability of the students.

Self-efficacy. As most nursing students doubt their own ability, instructors should be the main source of encouragement. Instructors should introduce a variety of modern strategies in language learning, which would let them learn in accordance with their own preferences, such as using dictionary application, watching movies, or listening to music. Instructors should guide students in building their own language learning strategy based on their current capabilities and on modern resources.

Learning Session

As mentioned before, the students study English in extended periods of time with a large number of students. It is recommended to divide the students into smaller sessions to increase English encounter and learning retention. Thailand has been using the communicative approach in English language teaching. This approach involves placing an emphasis on meaning rather than structure. This approach may be effective if applied accurately. Unfortunately, this has not been the case in the English language learning experiences of the participants.

Overall, the Thai nursing students need to have consistent support and guidance in language learning. It is important that instructors should instill a positive self-concept in the students regarding English language learning. In the end, it all leads back to the instructors and how they encourage and change the students' perception towards English language learning.

Limitations of this Paper

This paper was conducted within one college in the Northern part of Thailand. Any conclusion made only reflects the participants within BCNLP. Further research with a wider range of participants is needed to have a better understanding of the English Anxiety of Thai undergraduate students.

References

Anyadubalu, C. (2010). Self-efficacy, anxiety, and performance in the English language among middle-school students in English language program in Satri Si Suriyothai, Bangkok. *International Journal of Social Science*, *5*(3), 193-198.

Association of Southeast Asian Nation. (2017). *The Founding of Asean*. Retrieved from http://asean.org/asean/about-asean/history/

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In. V. S. Ramachaudran. *Encyclopedia of human behavior*, *4*, 71-81.

Booth-Butterfield, M., & Booth-Butterfield, S. (1992). *Communication apprehension and avoidance in the classroom*. Edina, MN: Burgess.

Chinpakdee, M. (2015). Thai EFL university students' perspectives on foreign language anxiety. *Silpakorn University Journal of Social Sciences, Humanities, and Arts*, *15*(3), 61-90.

Coconuts Bangkok. (2016). *Education Minister says Thai students lack critical thinking and English language skills*. Coconuts Bangkok. Retrieved from https://coconuts.co/bangkok/news/education-minister-says-thai-students-lack-critical-thinking-and-english-language-skills/

Du, M. (2012). *A study of the relationship between English self-concept and language learning strategies*. Retrieved from http://www.academypublication.com/issues/past /jltr/vol03/03/21.pdf

EF English Proficiency Index. (2017). *The world's largest ranking of countries by English Skills (6th ed.).* Retrieved from http://www.ef.edu/epi/

Hamilton, C. (2011). *Communicating for results a guide for business and the professions*. Boston, MA: Wadsworth/Cengage Learning.

Horwitz, E. K., Horwitz, M. B., & Cope, J. (1986). Foreign language classroom anxiety. *The Modern Language Journal*, *70*(2), 125-132.

Horwitz, E. K. (1986). Preliminary evidence for the reliability and validity of a foreign language anxiety scale. *TESOL Quarterly*, *20*(3), 559-562.

Krashen, S. (2013). *Second language acquisition*. Cambridge University Press.

Lane, S. D. (2010). *Interpersonal communication: Competence and contexts*. Pearson Education, Inc.

Lao, R. (2017). *Educational inequality in Thailand: The challenge.* Retrieved from http://www.bangkokpost.com/learning/advanced/1259777/educational-inequality-in-thai land-the-challenge

Key Competence Network on School Education (n.d.). Learing to learn. Retrieved from http://keyconet.eun.org/learning-to-learn

Maierbrugger, A. (2016). *Thailand's English proficiency still among the lowest in Asia.* Retrieved from http://www.bangkokpost.com/learning/learning-news/756536/thai-eng lish-proficiency-drops-now-3rd-worst-in-asia-ef

McCombs, B. L. & Whistler, J. S. (1997). *The learner-centered classroom and school: Strategies for increasing student motivation and achievement.* San Francisco, CA: Jossey Bass Publishers.

McCroskey, J. C. (1993). *An introduction to rhetorical communication* (6th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Mezirow, J. (1991). *Transformative dimensions of adult learning*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Morreale, S. P., Spitzberg, B. H., & Barge, J. K. (2007). *Human communication: Motivation, knowledge, and skills*. . Belmont, CA: Thomson Wadsworth.

Motley, M. T. (1995). *Overcoming your fear of public speaking: A proven method*. New York, NY: McGraw-Hill.

Namsang, T. (2011). *English language anxiety among Thai undergraduate students: A study at Dhonburi Rajabhat University*. Language Institute, Thammasat University.

Nonkukhetkhong, K., Baldauf, R. B., Jr., & Moni, K. (2006). Learner centeredness in teaching English as a foreign language: Teachers' voices. In *26th Annual Thai TESOL International Conference: Teaching, Learning, Researching: Three Pillars of TESOL* (pp. 1-9). Thailand TESOL.

Pappamihiel, N. E. (2002). English as a second language students and English language anxiety: Issues in the mainstream classroom. *Research in the Teaching of English*, *36*(3), 327-355.

Phungphol, Y. (2005). Learner-centered teaching approach: A paradigm shift in Thai education. *ABAC Journal*, *25*(2), 5-16.

Schütz, R. (2017). *Stephen Krashen's theory of second language acquisition*. Retrieved from http://www.sk.com.br/sk-krash.html

Biographical Notes

Jona Jean Pinas Palaleo graduated with a Bachelor of Secondary Education, majoring in English, from the School of Teacher Education - Saint Louis University, Philippines. She is a professional licensed teacher with various experiences in teaching especially in teaching English as a Second Language (ESL). Currently, she is working as an English instructor in Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang in Thailand, catering to pre-school and college students. As a novice in the field of research, her interest is leaning towards the study of English language acquisition among learners.

She can be reached at Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, 268 Pakham Rd. Huawiang Mueang, Lamapang, Thailand 52000 or by e-mail at palaleojonajeanpinas@gmail.com.

Janthila Srikrajang, Ph.D. graduated Bachelor of Nursing and Midwifery in Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, Thailand, Master of Nursing Science (Infection Control Nursing) in the Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand and Doctor of Philosophy (Management) in the Faculty of Management Sciences, Lampang Rajabhat University, Thailand. She was the former head of Research Coordinating, Knowledge Management and Excellence Centre Unit in Boromrajonani College of Nursing Nakhon Lampang (2013-2015). She is now a lecturer on Obstetrics Nursing and Infection Control Nursing in Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang in Thailand as a lecturer.

She can be reached at Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, 268 Pakham Rd. Huawiang Mueang, Lamapang, Thailand 52000 or by e-mail at janthilas@yahoo.com.

Date of submission: 2018-01-15

Date of the review results: 2018-02-22

Date of the decision: 2018-05-10

Asian Journal for Public Opinion Research - ISSN 2288-6168 (Online)
Vol. 5 No.3 May 2018:-228-249
http://dx.doi.org/10.15206/ajpor.2018.5.3.228

Health Status of Dependent Older People and Pattern of Care among Caregivers: A Case Study of Hong Ha Health Promoting Hospital, Lampang, Thailand

Sumitra Wicha[1]
Benjaporn Saovapha
Sirirat Sripattarangkul

Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, Lampang

Natchapan Manop
Nam Cho Sub-district Municipality, Lampang

Thanakrit Muankonkaew
Nation University, Lampang

Supha Srirungrueang
Hong Ha Health Promoting Hospital, Lampang

Abstract

In 2015, the population of elderly people in Thailand was 16% of the total population and is predicted to be over 20% by 2021 and nearly 28% by 2031. The increase of the elderly population in Thailand has also increased the proportion of dependent elderly people, and caring for them poses many challenges for both families and the government. This descriptive method research aimed to survey the health status of dependent older people in the rural community of Lampang province in northern Thailand. The participants consisted of 62 older people and 62 primary family caregivers from Hong Ha Health Promoting Hospital, Lampang, Thailand (totaling 124 people). The researchers assessed the health status of older people and their activities of daily living (ADL). In addition, researchers assessed the health status and stress of caregivers. All the participants were interviewed about their experiences with caregiving. The results showed that most of the older respondents were

[1] All correspondence concerning this article should be addressed to Sumitra Wicha at Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, 268 Pa-kam Rd., Hua-Wiang, Lampang 52000, Thailandor by e-mail at sumitra18@hotmail.com.

female with an average age of 78.15 years. Based on the ADL assessment, 50 of the 62 older persons were homebound while the rest were bedridden. The majority of older people had chronic or long-term conditions that required hospitalization from time to time. Their frequent health problems included oral disorders such as tooth decay or caries/gum disease/no teeth, reduced sight, psychological disorders, knee pain and risk of falling, low BMI, risk of malnutrition, and urinary leakage and incontinence (58.06%, 66.13%, 62.90%, 70.97%, 38.71%, 66.13%, and 37.10%, respectively). Usual care provided by the family members included personal hygiene care, food preparation and feeding, medication management, housekeeping and organizing necessary equipment, supply of needed equipment, prevention of falls, helping with travel for medical checkups and treatment, and providing companionship. Families experienced shortages of medical supplies, daily use equipment, lack of employment, inadequate income, and difficulty accessing health care services due to lack of transportation. Some caregivers experienced caregiving stress related to a lack of social interactions as well as routine caregiving activities. Families need different types of support in order to promote the well-being of older people and caregivers. This highlights the need for a community participation model for the care of older people in order to reflect sustainable long-term outcomes.

***Keywords*:** dependent older people, health status, pattern of care, Lampang, Thailand

Background and Significance

According the Thai Elderly report published in 2015, Thailand has a population of 10.3 million people aged 60 and older, accounting for 16% of the total population. It is the second highest percentage of elderly people in ASEAN countries. According to the United Nations' definition, a country that has a population of people over 60 years old accounting for more than 10% of its total population is officially becoming an aging society; and it would completely become an aged society when this proportion has increased to 20% of the total population. Thailand is likely to become the highest aging society in 10 years. The Office of National Economic and Social Development Board has estimated that the population of Thais aged 60 and older will be over 20% by 2021 and will be the age group with the largest percentage of the population (28%) in 2031 (Prasartkul, 2016).

According to the population survey of the 2016 fiscal year by the Lampang Provincial Health Office, Lampang has a total population of 573,247. The number of the people aged 60 and older is 142,932 (24.93% of the total population). Lampang has a high

percentage of the population aged 60 and over, which is higher than the overall percentage of the country. The five districts with the highest percentage of the population aged 60 and older are (1) Mae Phrik, 33%, (2) Sop Prap, 30.40%, (3) Thoen, 28.02%, (4) Mae Tha, 27.72%, and (5) Kho Kha, 27.06%.

In Mae Tha, there are 10 sub-districts with a total population of 48,786. Among them, there are 13,487 people or 27.72% of the total population aged 60 and older. After asking about Activities of Daily Living (ADL), the results showed that 95.20% of the elderly were in a group of social-bound (ADL scores ≥ 12), 4.20% were in homebound (ADL scores = 5-11), and 0.60% was bedridden (ADL scores = 0-4). The health report of the elderly found several diseases, which included osteoarthritis (22.45%), oral disorders (14.73%), cataracts (8.73%), dementia (4.28%), and depression (1.46%) (Mae Tha Hospital, 2016).

The Nam Cho Sub-district in Mae Tha, Lampang, was selected as a provincial prototype for long-term care of the elderly people. There are 2 health promotion hospitals in Nam Cho Sub-district, namely Hong Ha and Ban Nong. With the population of 3,182 people in Hong Ha community 27% aged 60 and over; and with the population of 4,870 people in Ban Nong community, 24.64% aged 60 and over. Both hospitals, Hong Ha Health Promoting Hospital and Ban Nong Health Promoting Hospital, are health-promotion institutions with a complete care for "The Elderly Society" (more than 20% of the total population over 60 years old). The researcher has selected the study area of Hong Ha Health Promoting Hospital due to the high percentage of the population aged 60 and older cared for there. The community is likely to become a "Super Aged Society" (more than 28% of the total population over 60 years old) (Lampang Provincial Health Office, 2016).

Hong Ha Health Promoting Hospital (Hong Ha HPH) is responsible for 3,182 people from Villages 1, 6, 7 and 8 of Nam Cho District, including 859 people age 60 and older. After classification by the Barthel Index of ADL, the results showed that 797 were social-bound (79.78%), 50 were homebound (5.82%), and 12 were bedridden (1.40%). Over time, some of the social-bound elderly have become dependent. From the preliminary survey, it has been found that some dependent elderly people do not have family caregivers to care for them. In this case, a volunteer takes over. The results also revealed that elderly people are at a high risk of developing complications like ankylosis, pneumonia, bedsores, urinary tract infections, falls, and mental health problems such as feelings of worthlessness, depression, and aggressiveness. It was reported that caregivers who take care of dependent elderly people feel stressed by long-term care and there are chances of family economic problems.

Based on the information and conditions of the problems, the researcher was interested in studying the health status of dependent elderly people and characteristics of caregivers in order to obtain information for appropriate health care services according to the Chronic Care Model, which consists of six components: self-management support, delivery system design, decision support, clinical information system, health systems organization, and community resource linkages. These key components would enable elderly people and caregivers to have a good quality of life and live in the community with dignity.

Objectives

1. To study the health status of dependent elderly people.

2. To study the behaviors of caregivers.

3. To describe the caring components for dependent elderly people.

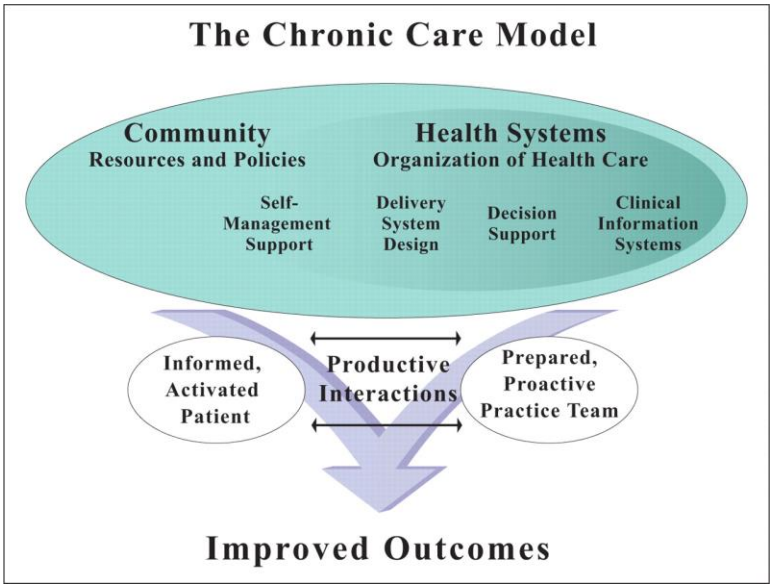
Conceptual Frameworks and Literature Review

Health Status of Dependent Older People
- Oral health - Eye sight condition - Brain test (cognitive function) - Depression with 2 questions (2Q) - Osteoarthritis - Fall - Urinary incontinence - Malnutrition - Sleep problems - Daily activity assessment (ADL)

Pattern of Care among Caregivers
- Caring Characteristics of Dependent Elderly People - Need for help and support in caring for dependent elderly people

The researcher applied the Chronic Care Model to describe the caring system for dependent elderly people in the community. It consists of 6 connected elements as shown in Figure 1.

Figure 1 *Chronic Care Model by MacColl Institute.*



Source: Gomutbutra, & Thongbunjob. (2008)

The six components of the Chronic Care Model are as follows:

1. Self-management support is to create recognition of self-reliance in health care among the elderly people and caregivers.

2. Delivery system design is the design of the service system from three main community partners involving three principles, which are a team-based approach, planned care visits, and case management.

3. Decision support is the way to support three main partners in the community to apply useful and up-to-date knowledge in operating help systems to make further decisions in health care service (e.g., expert advice and transfer system).

4. Clinical information system is the knowledge system related to useful elderly health care information for focusing on further improvement.

5. Health systems organization is aimed to promote leadership, vision, and mission or project planning regarding the elderly health care services of the three main partners.

6. Community resource linkages are the sharing of resources between the three main community partners to achieve effective long-term care.

Dependent elderly people experience health problems caused by age-related deterioration or complications from previous illnesses or current illness, and for this reason, they need health care from families, communities, and government sectors or private organizations. The assessment of physical, mental, and social health of the elderly people in Phetchabun Municipality found that some elderly people were grouped either homebound or bedridden (Ngoichansri & Kongtaln, 2012). Both groups experienced certain health problems such as: (1) Physical health problems: excessive body mass index, diseases (high blood pressure, diabetes, high blood lipids), tooth decay or caries/gum disease/no teeth, which later cause trouble in chewing food, deafness or reduced hearing, bone and muscle pain (lumbar pain, back pain, joint pain), defecation problems (constipation) and urinary excretion problems (urinary incontinence and leakage); (2) Mental health problems: depression, lack of self-reliance, family problems and concerns, and (3) Social health problems: inability to participate in social activities.

Wirojratana, Amnatsatsue, Sasat, Malathum, and Narongsak (2014) developed a model of health care service for dependent elderly people by engaging family, community, and government organizations through participatory action research. The research has concluded that caregiving for dependent elderly people should include three main components: caregiver and family, community network, and health care service center. Each component is supported and coordinated in the care of elderly by integrating health and social services. The experiment was conducted in three communities and the result showed an increasing number of elderly who accessed services, along with higher service satisfaction.

The use of a participatory model in conducting research has led to a better understanding of social integration of all components in having mutual learning and caring. It empowers older people and their families to be connected with the community, and this leads to the formation of a horizontal relationship. In addition, there is qualitative research that discusses community networks involving care for dependent elderly people in the northeast of Thailand (Sawatphol, Pengpinit, Senanikorn, & Srisuraphol, 2017).

The purpose of this research was to study an appropriate way to care for elderly people in the northeastern region of Thailand. The results of this research concluded that there are two systems in the health care of dependent elderly people. The first one is “home care” where the dependent elderly people receive health care from family members who take care of their health, provide economic support, and take care of their daily living needs. The second one is “community care” where dependent elderly people receive health care from relatives, neighbors, village leaders or directors, organized volunteers, or groups

in local communities (e.g. Village Health Volunteers, Social Development and Human Security Volunteers, community caregivers, monks, and members of Community Elderly Club, local government staff and government officers).

Research Methodology

This research used a descriptive method to conduct a survey and structured interviews on the health status of dependent elderly people and characteristics of caregivers to obtain information on the provision of health service provided to elderly people.

Sample Population

The sample used in this study were dependent elderly people and primary caregivers, known as family members or relatives of the dependent elderly people, from four villages within the responsibility of Hong Ha Health Promoting Hospital in Nam Cho Sub-district (Village 1, Village 6, Village 7, and Village 8). The researcher selected the sample by purposeful sampling.

The first group consisted of 62 dependent elderly people from Village 1, Village 6, Village 7, and Village 8 who received an assessment on their ability to perform activities of daily living using the Barthel Index of ADL, in which the scores ranged from 0-11/20. The second group consisted of the 62 primary caregivers of these elderly people.

The group of 62 dependent elderly people consisted of 50 home care elderly people (ADL scores = 5-11) and 12 bedridden elderly people (ADL scores = 0-4).

Table 1 *Numbers and Percentage of Total Population and the sample by Area (Village)*

Village	Total population	Number of Elderly (aged 60 and over)	Number of social-bound (ADL ≥ 12)	Number of home care (ADL = 5-11)	Number of bedridden (ADL = 0-4)
1	1,120	288	269	16	3
6	670	182	174	4	4
7	996	294	269	21	4
8	395	95	85	9	1
Total	**3,181**	**859**	**797 (92.78 %)**	**50 (5.82 %)**	**12 (1.40 %)**

Source: Hong Ha Health Promoting Hospital (2017)

Research Tools

Research tools consisted of:

1. Elderly Health Status Screening and Assessment (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2015) associated with oral health, eyesight condition, brain test (cognitive function), depression assessed with 2 questions (2Q), osteoarthritis, falls, urinary incontinence, malnutrition, sleep problems, and daily activity assessment (ADL).

2. Structured interviews consisted of open-ended questions on dependent elderly care and the need for support in caring.

Data Collection Period

The researcher collected the quantitative and qualitative data collection from February to July 2017.

Data Analysis

1. General information, screening data, and health status assessment were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation.

2. From the interview data of dependent elderly and caregivers, the researcher examined the validity of the data, organized data and keywords summarized in two topics, "Caring Characteristics of Dependent Elderly People" and "Need for help and support in caring for dependent elderly people."

Results

The data analysis has been divided into three parts as follows: 1) General data and data from screening and assessment of dependent elderly health status, 2) General information and data on health care for dependent elderly (home care and bedridden) from caregivers, and 3) Interview information from caregivers in health care (home care and bedridden) and the need for supportive care.

Part 1: General Information and Data from Screening and Assessment of Dependent Elderly Health Status

Table 2: *General Information of Home care and Bedridden Dependent Elderly*

Data	Home care (n = 50)		Bedridden (n = 12)		Total (n = 62)	
	number of people	%	number of people	%	number of people	%
1. Sex						
- Male	18	36.00	1	8.33	19	30.60
- Female	32	64.00	11	91.67	43	69.40
2. Age						
- 60 – 69	13	26.00	2	16.67	15	24.20
- 70 – 79	12	24.00	2	16.67	14	22.60
- 80 and over	25	50.00	8	66.67	33	53.20
Average age	**77.54 (S.D. = .84)**		**80.67 (S.D. = .63)**		**78.15 (S.D. = .77)**	
3. Marital status						
- Single	3	6.00	-	-	3	4.84
- Married	18	36.00	5	41.67	23	37.10
- Widowed	29	58.00	7	58.33	36	58.06
4. Monthly family income (in baht)						
- 0 – 5,000	38	76.00	8	66.67	46	74.19
- 5,001 – 10,000	6	12.00	2	16.67	8	12.90
- 10,001 – 15,000	1	2.00	1	8.33	2	3.23
- more than 15,000	5	10.00	1	8.33	6	9.68
5. Source(s) of income						
- Spouse	2	4.00	-	-	2	3.23
- Descendant	25	50.00	9	75.00	34	54.83
- Elderly/disability Pension	50	100.00	12	100.00	62	100.00
6. Number of family members up to present (including elderly)						
- 2	20	40.00	2	16.67	22	35.48
- 3 - 4	16	32.00	7	58.33	23	37.10
- 5 and more	14	28.00	3	25.00	17	27.42
7. Chronic illness(es)						
- None	8	16.00	1	8.33	9	14.52
- With chronic illness	42	84.00	11	91.67	53	85.48
- Diabetes	11	22.00	1	8.33	12	19.35
- High blood pressure	29	58.00	6	50.00	35	56.45

Data	Home care (n = 50)		Bedridden (n = 12)		Total (n = 62)	
	number of people	%	number of people	%	number of people	%
- Hyperlipidemia	2	4.00	3	25.00	5	8.10
- others	27	54.00	8	66.67	35	56.45
8. Hospitalized admission						
- Never	12	24.00	1	8.33	13	20.97
- Yes	38	76.00	11	91.67	49	79.03

As shown in Table 2, the majority of dependent elderly were female (69.40%) with an average age of 78.15 years. The age of the bedridden elderly group was significantly higher than home care (80.67 and 77.54 respectively). Most were widowed (58.06%) and the average family monthly income was less than 5,000 baht (approximately $155 US; 74.19%) from elderly/disability pension. Of the 62 elderly people, 85.48% of them had diseases such as diabetes, high blood pressure, hyperlipidemia or high blood lipid levels, and 79.03% of them had been admitted to the hospital in the past 5 years.

Table 3: *Screening and Assessment Status of Home Care and Bedridden Elderly with Dependent Behaviors*

Health Assessment and Screening List	Home care (n = 50)		Bedridden (n = 12)		Total (n = 62)	
	Number of people	%	Number of people	%	Number of people	%
1. Score of Activities of Daily Living (ADL)						
- **5 – 11 (Home care)**	**50**	**100.00**	**-**	**-**	-	-
- 7	1	2.00	-	-	-	-
- 8	-	-	-	-	-	-
- 9	2	4.00	-	-	-	-
- 10	8	16.00	-	-	-	-
- 11	39	78.00	-	-	-	-
- **≤ 4 (Bedridden)**	-	-	**12**	**100.00**	-	-
- 0	-	-	1	8.33	-	-
- 1	-	-	-		-	-
- 2	-	-	-		-	-
- 3	-	-	7	58.34	-	-
- 4	-	-	4	33.33	-	-
2. Oral Health Conditions						
2.1 Oral health assessment						
A. Brushing teeth						
- No brushing/toothbrush	9	18.00	5	41.67	14	22.58
- 1 per day (evening)	6	12.00	3	25.00	9	14.51

Health Assessment and Screening List	Home care (n = 50)		Bedridden (n = 12)		Total (n = 62)	
	Number of people	%	Number of people	%	Number of people	%
- 2 per day (morning and evening)	35	64.00	4	33.33	39	62.91
B. Daily use of fluoride toothpaste						
- No	13	26.00	5	41.67	18	29.03
- Yes	37	74.00	7	58.33	44	70.97
2.2 Overall oral health assessment						
A. Healthy	22	44.00	4	33.33	26	41.94
B. Unhealthy (More than one answer is possible.)	28	56.00	8	66.67	36	58.06
- Oral Mucosa infection	1	2.00	-	-	1	1.61
- Periodontal disease	4	8.00	2	16.67	6	9.68
- Dental caries	10	20.00	4	33.33	14	22.58
- Chewing/swallowing problems	8	16.00	8	66.67	16	25.81
- Artificial teeth	13	26.00	2	16.67	15	24.19
C. Dentist visit/checkup						
- Never	31	52.00	12	100.00	43	69.35
- Yes	19	38.00	-	-	19	30.65
3. Eye sight condition						
- Normal eye sight condition	15	30.00	-	-	15	24.19
- short and long sighted, blurred vision, conjunctivitis, and cataracts	34	68.00	7	58.33	41	66.13
- Not being evaluated	1	2.00	5	41.67	6	9.68
4. Cognitive function						
- Normal	20	40.00	3	25.00	23	37.10
- Not normal	30	60.00	9	75.00	39	62.90
5. Depression screening with 2 questions (2Q)						
- No sign	31	62.00	9	75.00	40	64.52
- **Show sign with 9Q score**	19	38.00	3	25.00	22	35.48
< 7 (very low level)	15	30.00	3	25.00	18	29.03
7-12 (low level)	4	8.00	-	-	4	6.45
13-18 (moderate level)	-	-	-	-	-	-
≥ 19 (high level)	-	-	-	-	-	-
6. Osteoarthritis						
- No	23	46.00	4	33.33	27	43.55
- Yes	27	54.00	8	66.67	35	56.45

Health Assessment and Screening List	Home care (n = 50)		Bedridden (n = 12)		Total (n = 62)	
	Number of people	%	Number of people	%	Number of people	%
7. Fall Conditions						
- Unable to walk	3	6.00	12	100.00	15	24.19
- Show risk of fall	44	88.00	-	-	44	70.97
- No risk of fall	3	6.00	-	-	3	4.84
8. Urinary Incontinence Screening						
- No	39	78.00	-	-	39	69.10
- Yes	11	22.00	12	100.00	23	37.10
9. Malnutrition Screening score)						
- 12 – 14 (Good nutrition)	7	14.00	-	-	7	11.29
- 8 – 11 (Risk of malnutrition)	35	70.00	6	50.00	41	66.13
- 0 – 7 (Malnutrition)	8	16.00	6	50.00	14	22.58
10. BMI Index (on ASEAN standard)						
- < 18.5 (slim)	19	38.00	5	41.67	24	38.71
- 18.5 – 22.9 (normal)	22	44.00	1	8.33	23	37.09
- 23.0 – 24.9 (portly)	1	2.00	-	-	1	1.61
- 25.0 – 29.9 (fat)	2	4.00	1	8.33	3	4.84
- ≥ 30 (overweight)	1	2.00	-	-	1	1.61
- Not being evaluated	5	10.00	5	41.67	10	16.14
11. Sleeping Behavior						
- No problem	26	52.00	9	75.00	35	56.45
- **Sleep problems**	24	48.00	3	25.00	27	43.55
- Insomnia	15	30.00	2	16.67	17	27.42
- Excessive sleepiness	6	12.00	1	8.33	7	11.29
- Sleep apnea	1	2.00	-	-	1	1.61
- Sleepwalking	2	4.00	-	-	2	3.23

Table 3 shows that the majority of dependent elderly people in the home care group had an ADL score of 11 (78%), and the majority in the bedridden elderly group had an ADL score of 3 (58.34%). According to an oral health assessment, although the majority of dependent elderly patients brushed their teeth twice a day, 58.06%, had oral health disorders such as oral mucosa infection, periodontal disease, dental caries, chewing and food swallowing problems, and/or the use of artificial teeth. Of the 62 elderly people, 66.13% had eye problems, such as being near- or far-sighted, and/or having blurred vision, conjunctivitis, and/or cataracts. Most of them had knee pain and were at risk for falling (70.97%) and risk of malnutrition (66.13%). Some elderly people had BMI below the standard of ASEAN (38.71%). Some had urinary problem or incontinence (30.65%). There

were 35.48% who suffered from depression based on a 2-question scale, and 43.55% had trouble sleeping, such as, insomnia, excessive sleepiness, sleep apnea, and sleepwalking.

Part 2: *General Information and Data on Health Care for Dependent Elderly (Home Care and Bedridden) of Caregivers*

According to Table 4, most of caregivers were female (66.13%) with an average age of 57.32 and married (80.65%). The percentage of those sharing a house with dependent elderly was 77.42%. As for their educational background, the majority of caregivers had a primary school education (74.19%). Most of them were farmers (33.86%) with an average monthly income of less than 5,000 baht (45.16%). It was commonly found that the elderly person was the parent of the caregiver. The most common length of care giving was 1-3 years (41.94%), and most of them had no professional experience in elderly caregiving (69.35%). Some caregivers were assisted by others in caring for the dependent elderly (45.16%), and most of them had not received any knowledge regarding caring for the elderly, the injured or chronic conditions (59.68%).

Table 4: *General Information and Data on Health Care for Dependent Elderly (Home Care and Bedridden) of Caregivers*

Data	Home Care (n = 50)		Bedridden (n = 12)		Total (n = 62)	
	Number of people	%	Number of people	%	Number of people	%
1. Sex						
- Male	16	32.00	5	41.67	21	33.87
- Female	34	68.00	7	58.33	41	66.13
2. Age						
- 20 – 29	1	2.00	-	-	1	1.61
- 30 – 39	2	4.00	1	8.33	3	4.84
- 40 – 49	16	32.00	4	33.33	20	32.26
- 50 – 59	11	22.00	1	8.33	12	19.35
- 60 and over	20	40.00	6	50.00	26	41.97
Average age	**57.44 (S.D. = .71)**		**56.83 (S.D. = .58)**		**57.32 (S.D. = .88)**	
3. Marital status						
- Single	4	8.00	-	-	4	6.45
- Married	39	78.00	11	91.67	50	80.65
- Widowed	2	4.00	1	8.33	3	4.84
- Separated	2	4.00	-	-	2	3.23
- Unidentified	3	6.00	-	-	3	4.84

Data	Home Care (n = 50)		Bedridden (n = 12)		Total (n = 62)	
	Number of people	%	Number of people	%	Number of people	%
4. Living condition						
- Sharing with elderly	38	76.00	10	83.33	48	77.42
- Not sharing with elderly	12	24.00	2	16.67	14	22.58
5. Education background						
- No education	2	4.00	-	-	2	3.23
- Primary	35	70.00	11	83.33	46	74.19
- High school/ vocational certificate	8	16.00	1	8.33	9	14.52
- Diploma/high vocational certificate	1	2.00	-	-	1	1.61
- Bachelor degree	4	8.00	-	-	4	6.45
6. Present occupation						
- No career	14	28.00	3	25.00	17	27.42
- Agriculturist	17	34.00	4	33.33	21	33.86
- Shop owner	8	16.00	1	8.33	9	14.52
- General self-employed	11	22.00	4	33.33	15	24.20
7. Monthly family income (in baht)						
- 0 – 5,000	24	48.00	4	33.33	28	45.16
- 5,001 – 10,000	9	18.00	4	33.33	13	20.97
- 10,001 – 15,000	2	4.00	-	-	2	3.23
- more than 15,000	8	16.00	-	-	8	12.90
- Unidentified	7	14.00	4	33.33	11	17.74
8. Family relation with the elderly						
- Parent	24	48.00	7	58.33	31	50.00
- Spouse	18	36.00	4	25.00	22	35.49
- Sibling	1	2.00	-	-	1	1.61
- Relative	7	14.00	1	8.33	8	12.90
9. Length of health care service (year)						
- Less than 1	3	6.00	2	16.67	5	8.06
- 1 - 3	18	36.00	8	66.66	26	41.94
- 4 - 6	10	20.00	2	16.67	12	19.35
- 7 - 10	13	26.00	-	-	13	20.97
- more than 10	6	12.00	-	-	6	9.68

Data	Home Care (n = 50)		Bedridden (n = 12)		Total (n = 62)	
	Number of people	%	Number of people	%	Number of people	%
10. Elderly caring experience with bedridden or chronic illness						
- No	35	70.00	8	58.33	43	69.35
- Yes	15	30.00	4	33.33	19	31.65
11. Others assistants in bedridden elderly caring						
- None	29	58.00	5	41.67	34	54.84
- **Yes**	21	42.00	7	58.33	28	45.16
- 1 person	13	26.00	5	41.67	18	29.03
- 2 persons	8	16.00	2	16.67	10	16.13
12. Other supportive elderly caregiving knowledge on bedridden or those with chronic illness						
- No	29	58.00	8	66.67	37	59.68
- Yes	21	42.00	4	33.33	25	40.32

Table 5: *Illness Information, Caring Break, Stress Evaluation, Depression, and Overall Caring Satisfaction of Caregivers as in Home care and Bedridden Categories*

Data	Home care (n = 50)		Bedridden (n = 12)		Total (n = 62)	
	Number of people	%	Number of people	%	Number of people	%
1. Illness(es) occurred during care period for elderly						
- No	36	72.00	7	58.33	43	69.35
- **Yes**	14	2800	5	41.67	19	31.65
- High blood pressure	3	6.00	1	8.33	3	4.84
- Diabetes	3	6.00	1	8.33	3	4.84
- Hyperlipidemia	1	2.00	-	-	1	1.61
- Others	11	22.00	3	25.00	14	22.60
2. Caring break within a day						
- None	-	-	-	-	-	-
- **Yes, with break pattern of:**	50	100.00	12	100.00	62	100.00
2.1) 1-6 hours without any substitution	33	66.00	5	41.66	38	61.30
2.2) All day break without substitution and elderly being left	8	16.00	-	-	8	12.90

Data	Home care (n = 50)		Bedridden (n = 12)		Total (n = 62)	
	Number of people	%	Number of people	%	Number of people	%
alone with the return of care in the evening						
2.3) 1-6 hours with substitution	4	8.00	4	33.33	8	12.90
2.4) All day break with others for substitution	5	10.00	3	25.00	8	12.90
3. Stress Evaluation						
- 0 – 4 (low level)	42	84.00	8	66.67	50	80.65
- 5 – 7 (medium level)	7	14.00	4	33.33	11	17.74
- 8 – 9 (high level)	1	2.00	-	-	1	1.61
- 10–15 (very high level)	-	-	-	-	-	-
4. Depression screening with 2 questions (2Q)						
- No sign	38	66.00	10	83.33	48	77.42
- **Show sign with 9Q score**	12	24.00	2	16.67	14	22.58
< 7 (very low level)	12	24.00	1	8.33	13	20.97
7-12 (low level)	-	-	1	8.33	1	1.61
13-18 (moderate level)	-	-	-	-	-	-
≥ 19 (high level)	-	-	-	-	-	-
5. Overall caring satisfaction of caregivers in home- and bedridden elderly care						
- Very low (Unsatisfied)	-	-	-	-	-	-
- low	1	2.00	-	-	1	1.61
- moderate	15	30.00	4	33.33	19	30.65
- high	29	58.00	5	41.67	34	54.84
- Very high	5	10.00	3	25.00	8	12.90

Table 5 shows the percentage (31.65%) of caregivers who experienced illnesses while caring for a dependent elderly person. Diseases or illnesses found were diabetes and high blood pressure. Caring breaks during the day varied from 1-6 hours through all day. A majority (61.30%) of the elderly were found to be left alone while caregivers were on a break. Some (12.90%) of the caregivers left the homebound elderly person during the day and returned in the evening. The majority of caregivers were found to have small amount of stress, while 77.42% had no depression. Most caregivers had an overall satisfaction toward caregiving at a high level (54.84%), followed by a moderate level (30.65%).

Part 3: Information on Pattern of Care among Caregivers Caring Characteristics of Dependent Elderly People:

Cleanliness. Most of the dependent elderly people took a bath twice a day. Independent elderly people were provided with washing facilities by the caregiver, such as bath accessories, clothes, and diapers. The independent elderly people would clean their body, change clothes, and diapers by themselves. Those with difficulties in taking a bath or who had limited mobility, were assisted by caregivers. Bedridden elderly people were fully assisted by caregivers in taking a bath or cleansing their body. In some cases, it was necessary to change the method of cleaning the body from giving a bath to giving a sponge bath instead.

Health Care. Most caregivers provided timely assistance to the elderly people, including food preparation and administering medicines. Risk of fall prevention was also provided by caregivers in the homes of the elderly people with diminished mobility. The caregivers were also responsible for taking the elderly people to the hospital for checkups, and for providing medication, including insulin injections for those with diabetes.

Environmental and Residential Care. Most caregivers cleaned the bedding and clothes of the elderly people. They also cleaned the rooms and the rest of the house. In some instances, fall prevention equipment had been installed by some caregivers.

Mental Health Care. Most caregivers occasionally had a conversation with the elderly people during their daily activities. There were some neighbors who paid a visit and talked to the dependent elderly people whose caregivers went to work. In some cases, elderly people were left alone in their bedrooms, inside their houses, or in the open area on the first floor.

Need for help and support in caring for dependent elderly people

Nam Cho Sub-district Municipality should provide elderly care devices such as walking sticks, canes, beds, diapers, and other supplies. In addition, the government should allocate sufficient budget to support caregiving for the bedridden elderly people and to those with disabilities.

A budget from the government and Nam Cho Sub-district Municipality to encourage family members to work at home or go out to work would be pivotal. Due to the burden of caring for bedridden and dependent elderly people, caregivers should be promoted or rewarded by having a career and earning income.

Frequent visits by doctors, nurses, or village health volunteers are required and important. With their professional skills, they are able to provide advice and proper knowledge to caregivers, including health checkups at home. This is necessary because of the difficulty of moving dependent elderly people to hospitals.

Frequent visits by community leaders, volunteer groups, or staff from Nam Cho Sub-district Municipality could provide support for caregivers and the elderly. It also would benefit the visitors to know more about the health care needs of elderly people, and therefore provide an appropriate quality of care for them.

Overall Results

The results of the research found that among 85.48% of dependent elderly people, 79.03% had diseases such as diabetes, high blood pressure, hyperlipidemia, or had been hospitalized. Of the dependent elderly, 58.06% had oral health disorders such as oral mucosa infection, periodontal disease, dental caries, chewing and food swallowing problems, and the use of artificial teeth. Eyesight problems (66.13%) included both near- and far- sightedness, blurred vision, conjunctivitis, and cataracts. Most of the elderly people (70.97%) had knee pain and were at risk of falling. The percentage of malnutrition risk was 66.13% while some of them (38.71%) had BMI index below the standard of ASEAN. Urinary incontinence and leakage was present in 30.65%. Some (43.55%) experienced sleep problems such as insomnia, excessive sleepiness, sleep apnea, and sleepwalking.

The caring characteristics of dependent elderly people by the caregivers included cleanliness, health care, environmental and residential care, and mental health care. In addition, the need for help and support in caring consisted of elderly care devices, increased funding, and visits by doctors, nurses, or village health volunteers, community leaders, volunteer groups, or staff from Nam Cho Sub-district Municipality.

Discussion

This research used the Chronic Care Model to describe the caring system for dependent elderly people in the community. This model has the following 6 components: 1) Self-management Support, 2) Delivery System Design, 3) Decision Support, 4) Clinical Information System, 5) Health Systems Organization, and 6) Community Resource Linkages.

Dependent elderly people who are able to help themselves through self-care should be motivated and encouraged to continue to do so especially when they have chronic illnesses and take medication or have any other kind of treatment. In addition, they should be encouraged to have a better understanding of their chronic illnesses. Skills of living with chronic illnesses should be added to their knowledge, so that they can evaluate the barriers and the need for further resources to support their care. Moreover, related community agencies should participate in designing a delivery system to care for dependent elderly people. Consequently, proper ways to support decision-making ability and to select appropriate combinations of care, including case management for home care and bedridden dependent elderly people, are very important and can help people achieve better outcomes. Planned care visits should be formed as a team-based approach to cover the needs of caring for elderly people who are physically, emotionally, socially, spiritually, and/or economically dependent. Clinical information systems have been used as an aid in collecting data to serve as a database in regards to planning follow-up care for the dependent elderly people. This will be useful in information sharing among teams or agencies involved in the care of dependent elderly people, as it reflects an effective system for teamwork.

Based on the need for supportive care in dependent elderly people in terms of care equipment, raising elderly people's pension, promoting careers at home to caregivers, and relocating the elderly to the hospitals, the research found that most caregivers (59.68%) did not receive any knowledge about caring for the elderly people or dependent elderly people with chronic diseases. This reflects health care management on national, provincial, and district levels. Relevant visions, policies, and work plans should be introduced to develop all categories of elderly population. Community resource linkages should be used to integrate community resources in either small or large health care service units such as local government organizations and private sectors (Gomutbutra & Thongbunjob, 2008). Related practices should concern inpatient transfer policies, career and income promoting systems, skills and potential enhancement for caregivers to care for elderly people, elderly value support to family members and relatives, and public stimulation on the importance of caring for older people who are part of the community.

Suggestions

1. Agencies involved in the care of dependent elderly people in the Hong Ha community should work together. Integrated work should begin with establishing visions, policies, and project plans to support elder care activities. Each agency should set clear

roles and responsibilities to reduce duplication of work and to coordinate the use of resources together to achieve cost-effectiveness and efficiency.

2. The data from the assessment and screening of the health status of dependent elderly people and caregivers should be included in the care plans of the Hong Ha Health Promoting Hospital. Continuous care in care plans should deal with the different conditions and needs of the dependent elderly people and caregivers.

3. In the Hong Ha community, family members and relatives are still the primary caregivers. It has been shown that family bonds and relationships among family members in Thai society are still strong. Therefore, health care skills and knowledge in caregivers should be developed and promoted to provide care for dependent elderly people according to individual needs. In particular, health care teams should encourage caregivers to increase their potential and confidence in caring for the elderly people. Advice and suggestions should be given to caregivers who care for the elderly with complex health conditions.

4. Social-bound elderly people in Hong Ha community should be supported by the community to help elderly people with dependence. The establishment of volunteer groups, such as "Friends Help Friends," could provide physical assistance, counseling, and daily use equipment to dependent elderly people.

5. The use of technology to care for the elderly with dependence in the community should be promoted. For example, the use of LINE GROUP for caregivers could allow members of the group to share ideas together, learn about caring, consult about problems, and coordinate with relevant agencies.

References

Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2015). *Guideline to Screen and Evaluate the elderly 2014.* Bangkok: Veterans Affairs Housing Office Press.

Gomutbutra, P., & Thongbunjob, K. (2008). Chronic care model: Improving primary care for patient with chronic illness. *Documentation of Chronic Care Model.* Retrieved from http://www.med.cmu.ac.th/dept/commed/2015/images/2_Chronic_care_model_improving_primary_care_for_patient_with_chronic_illness_5.60_.pdf

Ngoichansri, J., & Kongtaln, O. (2012). Kār phạt'hnākār dūlæ s̄uk̄hphāph xỳāng t̀x neụ̀xng s̄̊āh̄ rạb p̄hû̂ s̄ūngxāyu klùm tid b̂ān tid teīyng nı chumchn k̄het theṣ̄bāl meụ̄xng Phechrbūrṇ́ [Development of continuing care for the home care and bedridden elders in Phetchabun Municipal Community]. *Graduate Research Conference 2012.* Retrieved from http://gsbooks.gs.kku.ac.th/55/cdgrc13/files/mmo14.pdf

Prasartkul, P., editor. (2016). *Thai elderly situation, BE 2015.* Bangkok: Amarin Company Limited.

Sawatphol, C., Pengpinit, T., Senanikorn, A., & Srisuraphol, W. (2017). Care for elderly dependents on the Northeast Thailand. *Journal of MCU Peace Studies, 5*(Special Issue), 387-405.

Wirojratana, V., Amnatsatsue, K., Sasat, S., Malathum, P., & Narongsak, J. (2014). Improvement of healthcare services for dependent elders. *Thai Journal of Nursing Council, 29*(3), 104-115.

Biographical Notes

Sumitra Wicha, M.N.S., is a nursing instructor in the Adult & Aging Nursing Department at Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang. Her research interests include health promotion in NCD people, long-term care systems in the community, and ethics in clinical practice.

She can be reached at Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, 268 Pa-kam Rd., Hua-Wiang, Lampang 52000, Thailand, by telephone at +66-5422-6254 connect 113, by fax at +66-5422-5020, by mobile phone at +66-89-700-3982, or by e-mail at sumitra18@hotmail.com.

Benjaporn Saovapha, M.P.A., is a nursing instructor in the Adult & Aging Nursing Department at Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang. Her research interests include organization development in nursing administration and orthopedic nursing.

She can be reached at Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, 268 Pa-kam Rd., Hua-Wiang, Lampang 52000, Thailand, by telephone at +66-5422-6254 connect 113, by fax at +66-5422-5020, by mobile phone at +66-87-466-3453, or by e-mail at benja8196@hotmail.com.

Sirirat Sripattarangkul, M.N.S., is a nursing instructor in the Adult & Aging Nursing Department at Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang. Her research interests include health promotion in NCD people and patient advocacy.

She can be reached at Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, 268 Pa-kam Rd., Hua-Wiang, Lampang 52000, Thailand, by telephone at +66-5422-6254 connect 113, by fax at +66-5422-5020, by mobile phone at +66-81-724-2409, or by e-mail at lek1f@yahoo.co.th.

Natchapan Manop, M.P.H., is the Director of Public Health and Environment Division in Nam Cho Sub-district Municipality. Her research interests include health promotion in the community.

She can be reached at Nam Cho Sub-district Municipality, 111 Village 5, Nam Cho Sub-district, Maetha District, Lampang 52150, Thailand by telephone at +66-5434-6238, by fax at +66-5434-6238 connect 12, by mobile phone at +66-86-587-0962, or by e-mail at Natchapan.ma@gmail.com.

Thanakrit Muankonkaew, M.S., is an Instructor at the Public Health Faculty at Nation University. His research interests include food and nutrition for NCD people and epidemiology in the community.

He can be reached at Nation University, 444 Prabat Sub-district, Wattana Rd., Muang, Lampang 52000 Thailand, by telephone at +66-5426-5170 connect 6, by fax at +66-5426-5184, by mobile phone at +66-86-921-0054, or by e-mail at chutchai_mua@nation.ac.th.

Supha Srirungrueang, M.N.S., is the Director of Hong Ha Health Promoting Hospital and is interested in case management in NCD and long-term care patients.

She can be reached at Hong Ha Health Promoting Hospital, 222 Village 1, Nam Cho Sub-district, Maetha District, Lampang 52220, Thailand, by telephone at +66-5434-6326, by mobile phone at +66-88-503-8802 or by e-mail at maetha_06222@hotmail.com.

Date of submission: 2018-03-06

Date of the review results: 2018-03-23

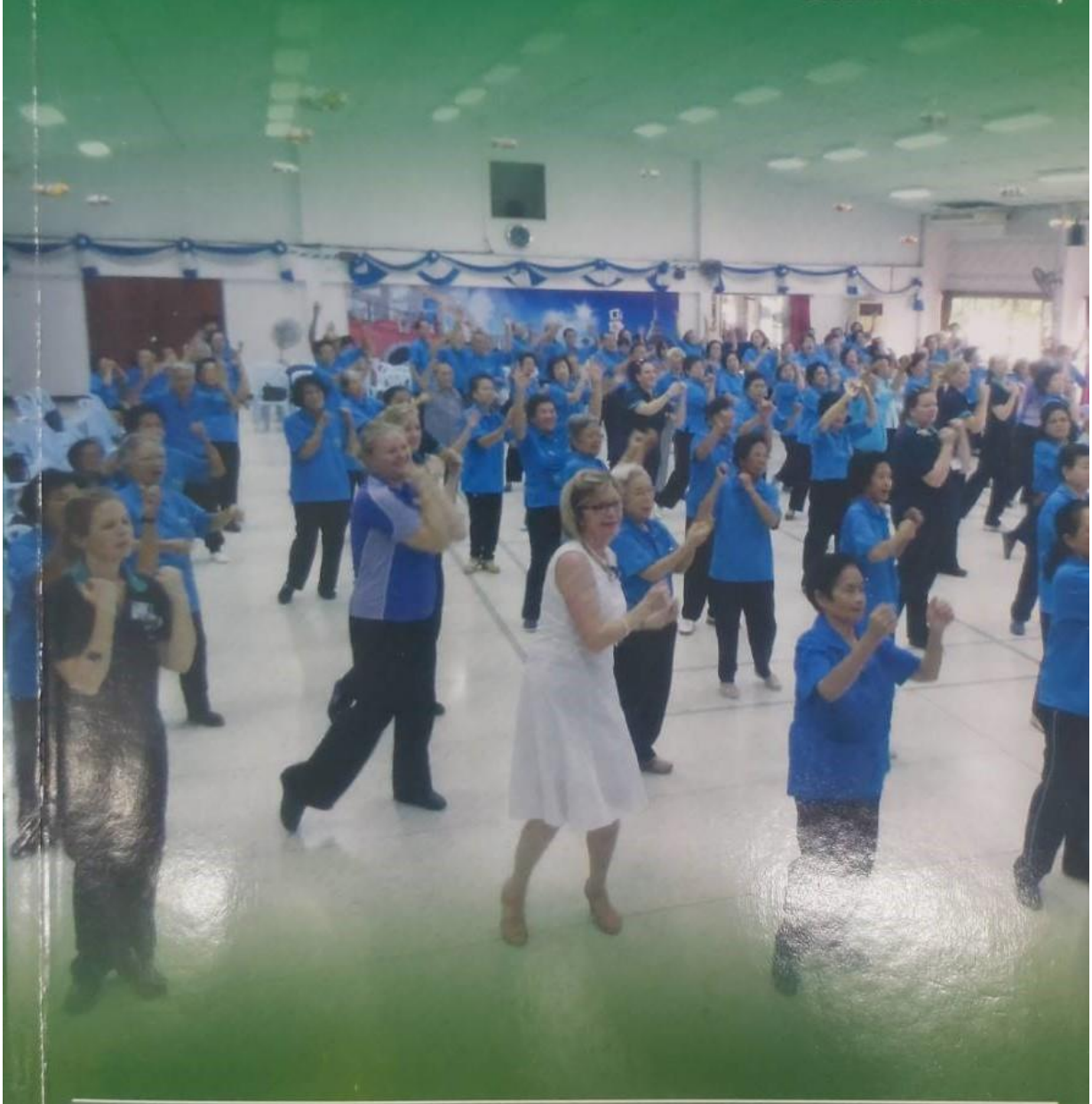
Date of the decision: 2018-04-10

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

พฤฒาวิทยาสังคมสำหรับพยาบาล

Social Gerontology for Nurses

จรวยพร ทะแกล้วพันธุ์



Social Gerontology for Nurses : พฤฒาวิทยาสังคมสำหรับพยาบาล

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน : ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสารกลุ่มที่	สาขา
1	วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ	1906-2605	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์	1	วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

Back to top

Copyright 2005 Thai Journal Citation Index Project
e-mail: tci.thai@gmail.com

การพัฒนาแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

Development of a Framework for M.O.P.H Core Values Development among Lampang Provincial Public Health Office's Personnel

บุณยาพร อารยวุฒิกุล[1] และ ถาวร ล่อกา[2]

Boonyaporn Arayawudhikul[1] and Thaworn Lorga[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง และ เพื่อจัดทำแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ผู้วิจัยได้สำรวจการปฏิบัติตามค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ทีปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จำนวน 749 คน โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และได้นำผลการสำรวจร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และ ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาจัดทำกรอบแนวคิดสำหรับการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH

ผลการวิจัยพบว่าการปฏิบัติตามค่านิยมร่วม MOPH ทุกด้านของบุคลากรอยู่ในระดับดี สำหรับกรอบแนวคิดการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH เป็นการบูรณาการการพัฒนาค่านิยม MOPH ทุกด้านเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือประชาชนมีสุขภาพดี แนวคิดการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH เชื่อว่านวัตกรรมโดยบุคลากรจะทำให้เกิดการพัฒนาผลลัพธ์สุขภาพของประชาชน แต่การจะเกิดนวัตกรรมบุคลากรต้องเป็นผู้ที่มีความอ่อนน้อมถ่อมตน และ เป็นนายตนเอง ผู้วิจัยได้จัดทำแนวทางในการนำกรอบแนวคิดนี้สู่การปฏิบัติ

คำสำคัญ: เป็นนายตนเอง เร่งสร้างสิ่งใหม่ ใส่ใจประชาชน ถ่อมตนอ่อนน้อม ค่านิยมร่วม

Abstract

This action research aimed to (1) describe the level of mastery, originality, people-centredness, and humility practiced by staff working for Lampang PPHO, and (2) developed a framework for MOPH core values development. We first surveyed MOPH practices among 749 staff working in Lampang PPHO, district health offices, hospitals, and health facilities using an online questionnaire. Based on the survey results, integrated literature review and expert consultations, we developed a framework for MOPH core values development.

Result found that mastery, originality, people-centredness and humility practices among staff were at good levels. The suggested framework conceptually integrates Mastery, Originality, People-centredness and Humility and offers a systems approach to developing MOPH core values with the ultimate goal of improving people's health. This framework postulates that staff's innovative thinking and practices will lead to improved people's health outcomes. Innovative thinking and practices however require the development of staff's humility and mastery. Guidelines are provided for implementing this framework.

Keywords: Mastery, Originality, People-centredness, Humility, Core values

[1] สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำปาง

[2] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

บทนำ

จากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ได้ให้ความสำคัญกับสิทธิการได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยการเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ทำให้มีการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ของกระทรวงสาธารณสุข ให้เกิดความสอดคล้องกับสิทธิดังกล่าว จึงปฏิรูประบบเพื่อสร้างความเข้มแข็งสู่ความยั่งยืน และพัฒนาประเทศให้มีศักยภาพเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพ (Health hub) เป็น 1 ใน 3 ของภูมิภาคเอเชีย โดยมีการกำหนดเป้าหมายคือ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ที่มีความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ 1) Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ) 2) Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) 3) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) และ 4) Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศ)[1] เพื่อขับเคลื่อนทุกหน่วยงานไปสู่เป้าหมาย และบรรลุตามวิสัยทัศน์ของประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน ตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขเดินหน้าสืบสานโครงการในพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช โดยน้อมนำพระจริยวัตรพระบรมราโชวาท พระราชดำรัส พระราชดำริ มาเป็นหลักยึดเหนี่ยวจิตใจและค่านิยมองค์กร เพื่อให้บรรลุยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศทั้ง 4 ด้าน จึงน้อมนำพระราชดำรัสนำมาจัดทำรูปแบบค่านิยมองค์กรของกระทรวงสาธารณสุขที่เรียกว่า MOPH ดังนี้ M : Mastery คือการเป็นนายตนเอง โดยบุคลากรต้องมีภาวะผู้นำ เป็นผู้นำที่ดี เอาชนะความโลภ โกรธ หลงให้ได้, O : Originality เร่งสร้างสิ่งใหม่ ทั้งนโยบาย นวัตกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชน, P : People centered approach การใส่ใจประชาชน ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการทำงาน และ H : Humility ถ่อมตนอ่อนน้อม โดยการปฏิบัติตัว และใช้คำพูดที่ดี เพื่อให้ประชาชนปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ[2]

ค่านิยมองค์กรเป็นสิ่งทำให้บุคคลรู้ว่าองค์กรคาดหวังอะไร ผลงานแบบใด ด้วยวิธีการใด ช่วยสร้างบรรยากาศที่กลมเกลียวและกลมกลืนในการทำงาน ทำให้เกิดผลอันพึงปรารถนาร่วมกัน และช่วยทำให้บุคคลมีแนวทางในการปรับตัวและมีความเหมาะกับองค์กร[1] ฉะนั้นการสร้างวัฒนธรรมองค์กรเป็นสิ่งที่สำคัญ เป็นการหล่อหลอมให้คนในองค์กรสามารถ อยู่ร่วมกันได้ และช่วยหล่อหลอมให้องค์กรนั้นๆ มีพฤติกรรมในอนาคตเป็นไปตามที่เราคาดหวัง[3] การที่องค์กรมีการนำค่านิยม MOPH มาเป็นส่วนสำคัญเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร จะทำให้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นไปตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข คือ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน”[4]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางได้มีนโยบายการถ่ายทอดค่านิยมร่วม MOPH ของกระทรวงสาธารณสุขลงไปสู่บุคลากรทุกระดับในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง แต่ขณะเดียวกันยังขาดแนวทางที่ชัดเจนในการพัฒนาบุคลากรที่สะท้อนให้เห็นการนำค่านิยมร่วม MOPH มาปฏิบัติจากความจำเป็นในการพัฒนาบุคลากร โดยนำค่านิยมร่วม MOPH มาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและเพื่อทำให้เกิดการพัฒนาบุคลากรให้เกิดค่านิยมดังกล่าว จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานมุ่งสู่เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขและประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

2. เพื่อพัฒนาแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 13 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 12 แห่งและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 141 แห่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ บุคลากรของหน่วยงานใน

สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ประกอบด้วย 1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 13 แห่ง 3) โรงพยาบาลชุมชน 12 แห่ง และ 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 141 แห่ง รวม 2,764 คน ทำการศึกษาโดยการส่งแบบสอบถามออนไลน์ โดยมีผู้ตอบแบบสอบถามออนไลน์ จำนวน 749 คน คิดเป็นร้อยละ 27.09

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยแบบสอบถามออนไลน์ที่พัฒนาโดยผู้วิจัย มีจำนวนข้อทั้งหมด 59 ข้อ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ ค่านิยม Mastery (เป็นนายตนเอง) จำนวน 15 ข้อ ค่านิยม Originality (เร่งสร้างสิ่งใหม่) จำนวน 13 ข้อ ค่านิยม People centered (ใส่ใจประชาชน) จำนวน 18 ข้อ ค่านิยม Humility (ถ่อมตนอ่อนน้อม) จำนวน 13 ข้อ โดยลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) คือ 5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4=เห็นด้วยมาก 3=เห็นด้วยปานกลาง 2=เห็นด้วยน้อย 1=ไม่เห็นด้วย การแปลผลระดับคะแนนการปฏิบัติระดับพอใช้ หมายถึง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00.-3.49 คะแนน การปฏิบัติระดับดี หมายถึง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 คะแนน ขึ้นไป การปฏิบัติระดับดีมาก หมายถึง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50 คะแนน ขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบสอบถามเรื่องการพัฒนาแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ผู้วิจัยได้พัฒนาและสร้างขึ้น และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ในการตรวจสอบความเที่ยงและความตรง และนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) รายด้านของแบบสอบถามได้แก่ เป็นนายตัวเอง เร่งสร้างสิ่งใหม่ ใส่ใจประชาชน และ ถ่อมตนอ่อนน้อม ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) 0.940, 0.946, 0.968 และ 0.961 ตามลำดับ

ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัย ครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ที่สะท้อนถึงการปฏิบัติตามค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จากนั้นพัฒนาแบบสอบถามการปฏิบัติตามค่านิยมร่วม MOPH ดำเนินการสำรวจการปฏิบัติตามค่านิยมร่วม MOPH และ วิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 2. นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับผลการทบทวนวรรณกรรมมาพัฒนากรอบแนวคิดเชิงความสัมพันธ์ระหว่าง Mastery, Originality, People-centredness และ Humility ได้กรอบแนวคิดดังแผนภูมิที่ 1 หลังจากนั้นนำกรอบแนวคิดเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้บริหารเพื่อพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะ ได้กรอบแนวคิดการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ดังแผนภูมิที่ 2 พร้อมแนวทางการดำเนินงานตามกรอบแนวคิดฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ จากการรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมของบุคลากรตามค่านิยมร่วม MOPH และใช้เกณฑ์เพื่อเป็นตัวบ่งชี้ของความสำเร็จในการขับเคลื่อนค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง และเพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.7 และเพศชาย ร้อยละ 24.3 โดยอยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี มากที่สุด ตำแหน่งการปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติ ร้อยละ 82.6 ซึ่งมีระยะเวลาการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปีพบมากที่สุด ร้อยละ 64.5 ประเภทของบุคลากรปฏิบัติงานในตำแหน่งของข้าราชการมากที่สุด ร้อยละ 64.1 และหน่วยงานที่สังกัดส่วนใหญ่ทำงานที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 71.4

2. การปฏิบัติตามค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$= 4.19, SD = .504) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่าค่านิยม Humility (ถ่อมตนอ่อนน้อม) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$=4.43, SD = .556) รองลงมาคือ ค่านิยม Mastery (เป็นนายตนเอง) ($\overline{X}$=4.32, SD = .490), ค่านิยม People centered (ใส่ใจประชาชน) ($\overline{X}$=4.22, SD = .596) และ ค่านิยม Originality (เร่งสร้างสิ่งใหม่) ($\overline{X}$=3.80, SD = .649) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า

2.1 ค่านิยม M : Mastery (เป็นนายตนเอง) รายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติสูงสุด คือ รับผิดชอบงานในหน้าที่และที่ได้รับมอบหมาย รองลงมาคือ ปฏิบัติตามกฎ ระเบียบและข้อบังคับ และใช้หลักคุณธรรม และจริยธรรมในการทำงาน ส่วนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ แสวงหาความรู้เพื่อการพัฒนางาน และ กำหนดเป้าหมาย ที่ท้าทายในการปฏิบัติงาน

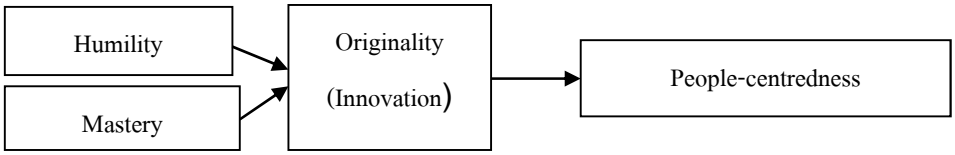
2.2 ค่านิยม Originality (เร่งสร้างสิ่งใหม่) รายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติสูงสุด คือ พัฒนาบริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ รองลงมาคือ พัฒนาแนวทางในการให้บริการ หรือทำงานเพื่อเพิ่มผลลัพธ์ในงาน และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการทำงาน ส่วนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ผลิตและเผยแพร่ผลงานวิจัย และ ผลิตนวัตกรรมเพื่อพัฒนางาน

2.3 ค่านิยม People centered (ใส่ใจประชาชน) รายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติสูงสุด คือ ให้บริการประชาชนด้วยวาจาและท่าทีที่สุภาพเป็นมิตร รองลงมาคือ มุ่งประโยชน์ของประชาชนเป็นเป้าหมายสำคัญในการทำงาน และเคารพการตัดสินใจของประชาชนหรือผู้รับบริการ ส่วนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ พัฒนาสื่อสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าใจข้อมูลและความรู้ได้ง่าย และพัฒนาวิธีการและเครื่องมือในการส่งเสริมประชาชนให้ประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะสุข ภาพไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน

2.4 ค่านิยม Humility (ถ่อมตนอ่อนน้อม) รายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติสูงสุด คือ ฝึกตนเองให้เมตตาผู้อื่น รองลงมาคือ กล่าวขอโทษเพื่อการแสดงการยอมรับในกรณีที่ตนเองได้ทำผิดพลาด และเตือนตัวเองเสมอว่าคนเราไม่ได้รู้หรือเชี่ยวชาญทุกเรื่อง ชื่นชม ยกย่องความสำเร็จของเพื่อนร่วมงาน/สมาชิกทีม ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ประเมินจุดอ่อนและจุดแข็งของตนเองอย่างตรงไปตรงมาฝึกตนให้เป็นผู้ที่รู้เท่าทันความรู้สึกนึกคิดของตนเอง และ ค้นหาและชื่นชมความสามารถของเพื่อนร่วมงาน

2. การจัดทำแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

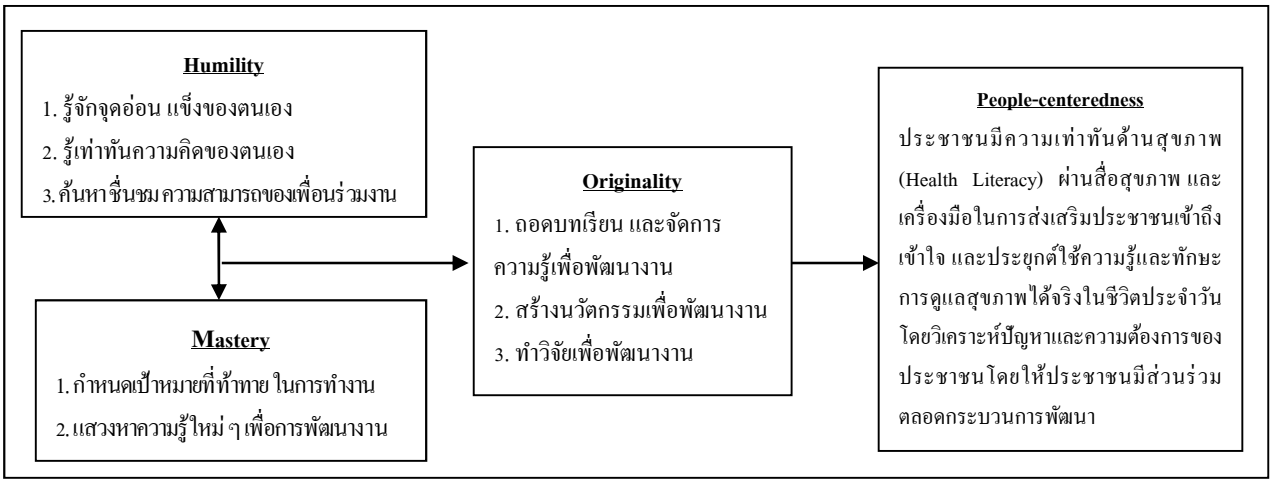
2.1 ผู้วิจัยได้ค้นหากรอบแนวคิดเชิงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมร่วม Mastery, Originality, People-Centeredness และ Humility สำหรับใช้เป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH สำหรับบุคลากรภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความนอบน้อมถ่อมตน (Humility) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการสร้างนวัตกรรม (Innovation หรือ Originality) ภายในองค์กร และ การเป็นนายตัวเอง (Mastery) ส่งผลต่อการสร้างนวัตกรรมและผลการดำเนินงานขององค์กร นอกจากนี้ยังพบว่านวัตกรรมส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ และ คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ ผู้วิจัยได้จัดทำร่างกรอบแนวคิดการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 ความสัมพันธ์ระหว่าง Mastery, Originality, Humility และ People-Centeredness

2.2 ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตามค่านิยมร่วม MOPH และ ร่างกรอบแนวคิดการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ต่อผู้บริหาร และ ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อรับทราบสถานการณ์จากข้อมูล และ ร่วมกันพิจารณาร่างรูปแบบการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของหน่วยงานภายใต้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ที่ประชุมเสนอให้จัดทำแนวทางการพัฒนาค่านิยม MOPH เชิงบูรณาการภายใต้โครงการริเริ่มที่มีกรอบแนวคิดเชื่อมโยงค่านิยมแต่ละด้านเพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกิจกรรมการพัฒนา แทนที่จะดำเนินการพัฒนาค่านิยมแบบแยกส่วน ซึ่งต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการกิจกรรมพัฒนาสูง และ ใช้เวลากับกิจกรรมการพัฒนามาก ซ้ำซ้อน ไม่เหมาะสมกับภาระงานที่มีมากอยู่แล้วของบุคลากรและหน่วยงาน นอกจากนี้ยังเสนอให้เลือกประเด็นรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติน้อยที่สุด จำนวน 2-3 ข้อ ใน

แต่ละด้านของค่านิยม MOPH มาเป็นเป้าหมายในการพัฒนาในโครงการริเริ่มการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลาสาธารณสุขในเชิงบูรณาการ เริ่มจากการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมของบุคลากร และการเสริมสร้าง Result based /Strategic Management เพื่อพัฒนาบุคลากรให้รู้จักจุดแข็งจุดอ่อน รู้เท่าทันความคิดของตนเอง เปิดใจรับการพัฒนา และเสริมสร้างองค์ความรู้ วิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์เพื่อให้เข้าใจสภาพการทำงานและปัญหา เพื่อนำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหา และกำหนดเป้าหมายที่ท้าทาย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ เพื่อนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมทางด้านสาธารณสุข หรือการเผยแพร่ผลิตผลงานวิจัย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน รวมทั้งเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการแสดงความเห็น ความต้องการในการจัดทำสื่อสุขภาพ เพื่อให้ตรงตามความต้องการของประชาชน เข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวัน เพื่อให้เกิด Health Literacy (ปริศนา นวลบุญเรือง, ปานจันทร์ อิ่มหนำ และ ถาวร ล่อกา, 2560) นอกจากนี้ต้องมีการกำหนดทิศทาง นโยบายที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสาธารณสุขไปยังหน่วยบริการทุกแห่งทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ซึ่งหากมีการดำเนินการตามพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลาสาธารณสุข สุดท้ายจะเห็นผลได้ในประชาชน โดยประชาชนจะเข้าถึงสื่อสุขภาพมากขึ้น และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2. แนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH แบบบูรณาการ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำปาง

3. การนำแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางไปใช้ในการพัฒนาบุคลากรต้นสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางได้กำหนดให้หน่วยงานระดับอำเภอและตำบลจัดทำโครงการริเริ่ม (Initiative project) สำหรับการพัฒนาบุคลากรในสังกัดให้มีค่านิยมร่วม MOPH ภายใต้กรอบแนวคิดทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH แบบบูรณาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง (Integrated Framework of MOPH Core Values Development) โดยมีแนวทางเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

3.1 โครงการริเริ่มควรมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความเท่าทันด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชน โดย วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของประชาชน วิเคราะห์บริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดความต้องการ

3.2 ผลิตนวัตกรรมสื่อในรูปแบบต่างๆที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ โดยให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการผลิตและพัฒนาสื่อ

3.3 ใช้กระบวนการวิจัยในการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของสื่อสุขภาพ

3.4 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง และหน่วยงานในระดับอำเภอรับผิดชอบและให้การสนับสนุนกิจกรรมการพัฒนาดังต่อไปนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในด้าน การวิเคราะห์ตนเอง การวิเคราะห์ระบบการทำงานและเป้าหมาย การสร้างแรงบันดาลใจในการทำงาน การผลิตผลงานวิจัยและนวัตกรรม และ การจัดการความรู้ 2) เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ภายใต้โครงการริเริ่มระดับอำเภอ และ จังหวัด 3) ประเมินผลการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ภายใต้โครงการริเริ่ม 4) กำหนดให้การดำเนินการในการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลการปฏิบัติงาน และ 5) จัดทำข้อเสนอแนะและแนวทางในการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ในปีต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

จากการดำเนินงานพัฒนา การปฏิบัติตามค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$= 4.19, SD = .504) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า ค่านิยม Humility (ถ่อมตนอ่อนน้อม) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$=4.43, SD = .556) รองลงมาคือ ค่านิยม Mastery (เป็นนายตนเอง) ($\overline{X}$=4.32, SD = .490), ค่านิยม People centered (ใส่ใจประชาชน) ($\overline{X}$=4.22, SD = .596) และ ค่านิยม Originality (เร่งสร้างสิ่งใหม่) ($\overline{X}$=3.80, SD = .649) ตามลำดับ

จากผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้จัดทำแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง โดยทำการทบทวนวรรณกรรมเพื่อค้นหากรอบแนวคิดเชิงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมร่วม Mastery, Originality, People-Centeredness และ Humility สำหรับใช้เป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH สำหรับบุคลากรภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความนอบน้อมถ่อมตน (Humility) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการสร้างนวัตกรรม (Innovation หรือ Originality) ภายในองค์กร[4] นอกจากนี้ยังพบว่านวัตกรรมส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ และ คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ[5,6] โดยนำเสนอผลการวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตามค่านิยมร่วม MOPH และร่างกรอบแนวคิดการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ต่อผู้บริหาร และ ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อรับทราบสถานการณ์จากข้อมูล และ ร่วมกันพิจารณาร่างรูปแบบการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของหน่วยงานภายใต้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ที่ประชุมเสนอให้จัดทำแนวทางการพัฒนาค่านิยม MOPH เชิงบูรณาการภายใต้โครงการริเริ่มที่มีกรอบแนวคิดเชื่อมโยงค่านิยมแต่ละด้านเพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกิจกรรมการพัฒนา แทนที่จะดำเนินการพัฒนาค่านิยมแบบแยกส่วน ซึ่งต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการกิจกรรมพัฒนาสูง และ ใช้เวลากับกิจกรรมการพัฒนามาก ซ้ำซ้อน ไม่เหมาะสมกับภาระงานที่มีมากอยู่แล้วของบุคลากรและหน่วยงาน นอกจากนี้ยังเสนอให้เลือกประเด็นรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติน้อยที่สุดจำนวน 2-3 ข้อ ในแต่ละด้านของค่านิยม MOPH มาเป็นเป้าหมายในการพัฒนาในโครงการริเริ่มการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลาสาธารณสุขในเชิงบูรณาการ เริ่มจากการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมของบุคลากร และการเสริมสร้าง Result based /Strategic Management เพื่อพัฒนาบุคลากรให้รู้จักจุดแข็ง จุดอ่อน รู้เท่าทันความคิดของตนเอง เปิดใจรับการพัฒนา และเสริมสร้างองค์ความรู้วิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์เพื่อให้เข้าใจสภาพการทำงานและปัญหา เพื่อนำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาและกำหนดเป้าหมายที่ท้าทาย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ เพื่อนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมทางด้านสาธารณสุข หรือการเผยแพร่ผลิตผลงานวิจัย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน รวมทั้งเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการแสดงความเห็น ความต้องการในการจัดทำสื่อสุขภาพ เพื่อให้ตรงตามความต้องการของประชาชน เข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพเพื่อนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวัน เพื่อให้เกิด Health Literacy [7] นอกจากนี้ต้องมีการกำหนดทิศทาง นโยบายที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลาสาธารณสุขไปยังหน่วยบริการทุกแห่งทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ซึ่งหากมีการดำเนินการตามพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลาสาธารณสุข สุดท้ายจะเห็นผลได้ในประชาชน โดยประชาชนจะเข้าถึงสื่อสุขภาพมากขึ้น และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. นำแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH แบบบูรณาการ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำปาง (Integrated Framework of MOPH Core Values Development) มาทดลองใช้ในหน่วยบริการทุกแห่งทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

2. ประเมินผลการนำแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH แบบบูรณาการ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำปาง (Integrated Framework of MOPH Core Values Development) ที่ทดลองใช้ในหน่วยบริการทุกแห่งทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. **แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข).** สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี, 2559.

2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน จุดยืน วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย และค่านิยม และยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข.** นนทบุรี, 2559.

3. ชุติเดช ตาบ-องครักษ์. **Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ.** 2561. สืบค้นจาก https://www. hfocus.org/content/2017/01/13274

4. Liu, W., Mao, J., & Chen, X. Leader Humility and Team Innovation: Investigating the Substituting Role of Task Interdependence and the Mediating Role of Team Voice Climate. **Frontiers in psychology**, *8*(1), 2017. 1115.

5. Nielsen, M., Langner, B., Zema, C., Hacker, T., & Grundy, P. (2012). Benefits of Implementing the Primary Care Patient-Centered Medical Home. **Washington: Patient-Centered Primary Care Collaborative**, 2012

6. Institute for strategic Analysis and Innovation. (2015). **Health Innovation Report RAISING THE BAR ON HEALTH SYSTEM PERFORMANCE.** Health Innovation Forum and MUHC-ISAI, 2015.

7. ปริศนา นวลบุญเรือง, ปานจันทร์ อิ่มหนำ และ ถาวร ล่อกา. การพัฒนาเอกสารให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมโดยใช้กระบวนการปรึกษาผู้ใช้: การวิจัยและพัฒนา. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.** *10*(1), 2560: 156-167.

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน : ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสารกลุ่มที่	สาขา
1	วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ	1906-2605	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์	1	วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

Back to top

Copyright 2005, Thai-Journal Citation Index (TCI) Centre. All rights reserved.
Contact: tci.thai@gmail.com

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

การพัฒนารูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพประชาชนของสถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่จังหวัดลำปาง

Development of a Model for Integrated Thai Traditional Medicine and Conventional Medicine Services in Public Health Facilities, Lampang

วรรณา ดำเนินสวัสดิ์[1] และ ถาวร ล่อกา[2]

Wanna Damnoensawat, and Thaworn Lorga

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนารูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันในสถานบริการสาธารณสุข และ (2) อธิบายถึงความคิดเห็นของผู้ให้บริการด้านสุขภาพเกี่ยวกับรูปแบบและวิธีการปรับปรุงบริการทางการแพทย์แผนไทย ผู้เข้าร่วมวิจัยคือบุคลากรสุขภาพจำนวน 127 คนซึ่งให้บริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดลำปาง ผลการศึกษา: รูปแบบของการบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันประกอบด้วย 2 องค์ประกอบคือ (1) แนวทางบริการแบบบูรณาการ และ (2) มาตรการสนับสนุน 6 ประการ บุคลากรสุขภาพส่วนใหญ่เห็นด้วยว่ามาตรการดังกล่าวสนับสนุนการดำเนินงานแบบบูรณาการการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน อย่างไรก็ตามพวกเขาเห็นว่ามาตรการทั้ง 6 ข้อนี้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพของการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบัน ข้อเสนอแนะ ได้แก่ การสนับสนุนนโยบายอย่างเข้มแข็ง การเพิ่มงบประมาณ การปรับปรุงรายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ การสร้างสมรรถนะบุคลากรสุขภาพ แนวทางการบูรณาการที่ดีขึ้น และการให้ความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและบริการที่มีอยู่

คำสำคัญ: การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนปัจจุบัน บูรณาการการบริการ

Abstract

This action research aimed to (1) develop a model for integrating Thai traditional and conventional medicine within public health facilities, and (2) describe opinions of health providers about the model and how to improve Thai traditional medicine services. The participants were 127 health personnel who provided Thai traditional medicine services at community hospitals and primary care units in Lampang province. Results: The model of integrated Thai and conventional medicine consisted of two components (1) service integration guidelines, and (2) six supporting measures. The majority of health personnel agreed that the measures supported the implementation of the integrated Thai and conventional medicine services. However, they opined that these six measures alone did not suffice the effective integration of current Thai and conventional services. Recommendations included strong policy support, improved budgets, improved national herbal medicine list, health personnel capacity building, better guidelines for better integration, and public education about Thai traditional medicine and existing services.

Keywords: Thai traditional medicine, conventional medicine, integrated services

[1] พว. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำปาง

[2] พว. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

บทนำ

ปัจจุบันการแพทย์แผนไทยกำลังได้รับความนิยมและเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายจากประชาชน ทำให้มีความพยายามในการผลักดันให้การแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์กระแสหลักของชาติไทย ในปี พ.ศ.2549 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยการเพิ่มสิทธิประโยชน์มากขึ้น ทำให้ประชาชนหันมาให้ความสำคัญกับการแพทย์แผนไทย โดยมีกรมการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานขับเคลื่อนระบบการแพทย์แผนไทยให้พัฒนาและสอดแทรกเข้าไปในระบบบริการของรัฐ โดยจัดให้มีบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลประจำอำเภอ และโรงพยาบาลประจำจังหวัด เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึง[1,2]

จังหวัดลำปาง โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ได้กำหนดมาตรการ สนับสนุนให้สถานบริการจัดบริการการแพทย์แผนไทย มาตั้งแต่ปี 2544 โดยคำนึงถึงความพร้อมของสถานบริการที่ได้มาตรฐาน 5 ด้านตามเกณฑ์ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด[1] ได้แก่ 1)มาตรฐานด้านโครงสร้าง สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ 2)มาตรฐานด้านบุคลากร 3)มาตรฐานด้านคุณภาพบริการ 4)มาตรฐาน ด้านขั้นตอนการปฏิบัติงาน และ 5)มาตรฐานด้านการจัดการบริการ ซึ่งสถานบริการในจังหวัดลำปาง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 12 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 142 แห่ง รวมทั้งสิ้น 155 แห่ง มีการเปิดให้บริการการแพทย์แผนไทยทั้ง 155 แห่ง ทั้งนี้รูปแบบการจัดบริการการแพทย์แผนไทยบูรณาการกับการแพทย์แผนปัจจุบันในสถานบริการของรัฐ จังหวัดลำปาง แตกต่างกันตามความพร้อมของ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ยา (สมุนไพร) ส่งผลให้การขับเคลื่อนการนำองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยไปสู่การบริการสุขภาพแก่ประชาชนไม่ประสบความสำเร็จในแง่การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยของประชาชน ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยและพัฒนารูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพประชาชนของสถานพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการและการดำเนินงานการจัดบริการการแพทย์แผนไทยให้เกิดเป็นรูปธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพประชาชนของสถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่จังหวัดลำปาง

2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรสุขภาพต่อมาตรการส่งเสริมสนับสนุนการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพประชาชน ของสถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่จังหวัดลำปาง

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ เดือนมกราคม 2560 – มีนาคม 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ บุคลากรของสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ที่ให้บริการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 643 คน ทำการศึกษาโดยการส่งแบบสอบถามออนไลน์ โดยมีผู้ตอบแบบสอบถามออนไลน์จำนวน 127 คนคิดเป็นร้อยละ 19.75

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามออนไลน์ที่พัฒนาโดยผู้วิจัย เพื่อประเมินความคิดเห็นของบุคลากรที่ให้บริการแพทย์แผนไทยต่อมาตรการสนับสนุนการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพประชาชน จำนวน 8 ข้อ สอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการบูรณาการฯ โดยรวม จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) และ ความเหมาะสมและเพียงพอของมาตรการทั้ง 6 จำนวน 1 ข้อ และมีคำถามปลายเปิดให้กลุ่มตัวอย่างแสดง

ความคิดเห็นต่อการจัดบริการแพทย์แผนไทย

ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1. วิเคราะห์สถานการณ์ ครอบคลุมประเด็นการจัดบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย และ ปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการแพทย์แผนไทย โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการกำกับติดตามและการนิเทศงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง โดยดำเนินการระหว่างเดือน มกราคม 2560

ระยะที่ 2. นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับผลการทบทวนวรรณกรรมมายกร่างรูปแบบการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพประชาชน พร้อมทั้งจัดทำคู่มือ และเอกสารประกอบการดำเนินงานดำเนินกิจกรรมการพัฒนาตามรูปแบบที่ได้กำหนดไว้ และนำรูปแบบไปใช้กับหน่วยงานในสังกัดที่ให้บริการแพทย์แผนไทย โดยดำเนินการระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2560 – ธันวาคม 2560

ระยะที่ 3. ประเมินการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยของผู้รับบริการ และ ความคิดเห็นของบุคลากรที่ให้บริการแพทย์แผนไทย โดยดำเนินการในเดือน มกราคม 2561 นำผลการประเมินที่ได้จากข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพมาพัฒนาข้อเสนอแนะเพื่อปรับรูปแบบให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ คือ ความถี่ ร้อยละ ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา

1. การจัดบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย และ ปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการแพทย์แผนไทย โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการกำกับติดตามและการนิเทศงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง พบว่า สถานบริการมีการจัดบริการยาสมุนไพรจำนวน 155 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 แต่จำนวนรายการยาสมุนไพรในสถานบริการแต่ละแห่ง และแต่ละระดับมีจำนวนรายการยาที่ไม่เท่ากัน เช่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนใหญ่จะมีแต่ยาสมุนไพรเดี่ยว เฉลี่ย 3-10 รายการ ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง มีทั้งรายการยาสมุนไพรเดี่ยวและสมุนไพรตำรับ แต่มีจำนวนรายการยา 6-25 รายการซึ่งไม่เป็นไปตามมาตรฐานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด คือสถานบริการระดับโรงพยาบาลต้องมีจำนวนรายการยาขั้นต่ำ 30 รายการ ทั้งนี้สถานบริการส่วนใหญ่ โดยเฉพาะระดับโรงพยาบาลมีมูลค่าการสั่งใช้ยาสมุนไพรในอัตราที่ต่ำ โดยพบว่า ร้อยละมูลค่ายาสมุนไพรเทียบกับยาแผนปัจจุบันในปี 2559 คิดเป็นร้อยละ 0.82 สำหรับสถานบริการที่มีการจัดบริการ นวด อบ ประคบสมุนไพร ระดับโรงพยาบาล ครบทั้ง 13 แห่ง แต่ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีเพียง 43 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 30.28 ทั้งนี้ข้อมูลการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยนอก พบว่าร้อยละของผู้ป่วยนอกที่รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยเทียบกับผู้ป่วยนอกทั้งหมดตั้งแต่ปี 2557-2559 คิดเป็นร้อยละ 9.06, 10.69 และ 13.01 ตามลำดับ ซึ่งยังเป็นอัตราที่ต่ำกว่าเป้าหมายที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนดคือร้อยละ 18.5 (เป้าหมายปี 2560) โดยมีปัจจัยดังต่อไปนี้

1.1 ขาดบุคลากรผู้มีคุณสมบัติในการตรวจวินิจฉัย และสั่งการรักษา โดยในปี พ.ศ. 2557 มีแพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวนทั้งสิ้น 20 คน ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั้ง 13 แห่ง (แห่งละ 1-2 คน) และ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่งๆละ 1 คน สำหรับผู้ช่วยแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติหน้าที่ให้บริการนวดแผนไทย ในสถานบริการระดับโรงพยาบาล 13 แห่ง และ รพสต. 43 แห่ง จำนวนทั้งสิ้น 116 คน โดยกระจายปฏิบัติหน้าที่ 1-14 คน/แห่ง

1.2 ขาดงบประมาณจ้างผู้ช่วยแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานด้านการนวดด้วยข้อจำกัดของเงินบำรุง

1.3 ผู้ปฏิบัติงานด้านการนวดที่มีคุณสมบัติลาออก เดินทางไปทำงานต่างประเทศและต่างจังหวัด

1.4 การสนับสนุนรายการยาสมุนไพรจาก CUP สู่ PCU ไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน (ไม่ครอบคลุมกลุ่ม

อาการของโรค มีจำนวนรายการต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด จำกัดปริมาณการเบิกจ่ายจาก CUP)

1.5 ผู้บริหารสนับสนุนเรื่องการใช้ยาสมุนไพรน้อย อาจเนื่องจาก ยาสมุนไพรมีราคาแพง เมื่อเปรียบเทียบกับยาแผนปัจจุบัน หากสั่งใช้มาก จะเพิ่มภาระให้กับโรงพยาบาล ซึ่งหลายแห่งประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน

1.6 บุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยา อาทิ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขาดความรู้ความเข้าใจในศาสตร์แผนไทยและขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนรวมทั้งขาดประสบการณ์ในเรื่องยาสมุนไพร ทำให้ไม่มั่นใจในการสั่งใช้ยาสมุนไพร

1.7 ขาดการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยให้ทีมบุคลากรสหวิชาชีพและประชาชน รับรู้คุณประโยชน์ และช่องทางการรับบริการดังกล่าว

2. การพัฒนารูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์สถานการณ์มายกร่างรูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันในสถานบริการ แบ่งเป็น 2 รูปแบบหลัก ได้แก่ รูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน และ รูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยใช้มาตรการเป็นตัวขับเคลื่อน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 รูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

1) รูปแบบการใช้ยาสมุนไพร เน้นการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งแพทย์แผนปัจจุบันสามารถสั่งจ่ายยาสมุนไพรได้โดยตรง หรือปรึกษาแพทย์แผนไทยในสถานบริการหากมีข้อสงสัยในการใช้ยา ในส่วนของแพทย์แผนไทยสามารถปรึกษากับแพทย์แผนปัจจุบัน และเภสัชกรในกรณีที่มีการใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยา และเป็นการสนับสนุนผู้รับบริการให้มีการใช้ยาสมุนไพรมากขึ้น

2) มีรูปแบบการจัดระบบบริการคลินิก ซึ่งกิจกรรมบริการประกอบด้วย ให้บริการซักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัย สั่งการรักษา การให้บริการนวดไทย การประคบสมุนไพร การอบไอน้ำสมุนไพร การทับหม้อเกลือ ให้คำแนะนำรายบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเฉพาะโรค ให้สุขศึกษารายกลุ่มแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยให้ความรู้ สอนสาธิต ปรับพฤติกรรม ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ มีการบูรณาการร่วมกันระหว่างแพทย์แผนไทย และแพทย์แผนปัจจุบันโดยการคัดกรอง และส่งต่อผู้ป่วยตามความเหมาะสม โดยเน้นใน 4 โรคหลักคือ ข้อเข่าเสื่อม อัมพฤกษ์ อัมพาต ภูมิแพ้ทางเดินหายใจ ไมเกรน เช่น ในผู้ป่วยอาการการปวดเรื้อรังจากข้อเข่าเสื่อม หรือการฟื้นฟูร่างกายจากอัมพฤกษ์อัมพาต จะมีการวางแผนการรักษาร่วมกันทั้งการทำกายภาพบำบัด และการนวดไทย ในผู้ป่วยภูมิแพ้ทางเดินหายใจให้มีการอบไอน้ำสมุนไพรร่วมกับการรักษาทางแผนปัจจุบัน นอกจากนี้ต้องมีการติดตามผลการรักษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของการรักษา ฟื้นฟู ตามบริการทางคลินิกที่จัดให้

2.2 รูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยใช้มาตรการเป็นตัวขับเคลื่อน ดังนี้

มาตรการที่ 1: การกำหนดให้สถานบริการทุกแห่งมีการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ (First-line drugs) จำนวน 2 รายการได้แก่ ยาขมิ้นชัน และยาฟ้าทะลายโจร

มาตรการที่ 2: การกำหนดให้สถานบริการจัดบริการหัตถบำบัดเช่น นวด อบ ประคบ ดูแลหลังคลอดตามความเหมาะสม

มาตรการที่ 3: การสนับสนุนสื่อแนวทางการสื่อใช้ยาจากสมุนไพรสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่สั่งการรักษา (วางบนโต๊ะตรวจ)

มาตรการที่ 4: การสนับสนุนคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติการบริการแผนไทย

มาตรการที่ 5.1: การนิเทศในพื้นที่โดยทีมจังหวัด เพื่อกระตุ้นการสั่งใช้ยาสมุนไพรและบริการหัตถบำบัดอย่างสมเหตุผล

มาตรการที่ 5.2: การสร้างช่องทางการสื่อสารเพื่อให้คำแนะนำและคำปรึกษาในกรณีที่มีข้อสงสัย หรืออุปสรรคในการปฏิบัติตามมาตรการ

มาตรการที่ 6.1: การติดตามความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ในที่ประชุมผู้บริหารทุกเดือน (การประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล: กวป.)

มาตรการที่ 6.2: การสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน บริการการแพทย์ แผนไทยบูรณาการกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ในการนำมาตรการลงสู่การปฏิบัติ

จากนั้นผู้วิจัยได้นำมาตรการทั้ง 6 ลงสู่การปฏิบัติโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางได้ประกาศเป็นนโยบายให้หน่วยงานดำเนินการตามมาตรการดังกล่าว

3. การประเมินผลรูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

3.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง พบว่าบุคลากรสุขภาพที่ให้บริการแพทย์แผนไทยมีทั้งแพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และ แพทย์ ส่วนใหญ่ที่ตอบแบบสอบถามเป็นผู้หญิง (72.4%) มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี (33.9%) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (92.1%) และ มีประสบการณ์ในการให้บริการแพทย์แผนไทยมากกว่า 5 ปี (59.8%) โดยที่กว่าครึ่งให้บริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (56.7%) และอีกครึ่งหนึ่งให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน

3.2 การเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทย ภายหลังการนำรูปแบบและมาตรการไปสู่การปฏิบัติ พบว่าการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 23.5 เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้าพบว่าอัตราการเข้าถึงเพิ่มขึ้นร้อยละ 10

ตาราง 1 การเข้าถึงบริการก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

ผลการดำเนินงาน	บริการแผนไทย (ครั้ง)	บริการผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	ร้อยละการเข้าถึงบริการ
ก่อน	87,215	630,434	13.38
หลัง	143,681	611,432	23.50

3.3 ความคิดเห็นของบุคลากรต่อมาตรการส่งเสริมสนับสนุนรูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

ตาราง 2 ความคิดเห็นของบุคลากรต่อมาตรการส่งเสริมสนับสนุนรูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

มาตรกาสนับสนุนการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันมากน้อยเพียงใด	ระดับความคิดเห็น N (%)					ค่าเฉลี่ย (SD)	การแปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เน้อย	ไม่เห็นเลย		
มาตรการที่ 1 : การกำหนดให้สถานบริการทุกแห่งมีการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ (First line drugs) จำนวน 2 รายการได้แก่ ยาขมิ้นชัน และยาฟ้าทะลายโจร	47 (37.0)	71 (55.9)	0 (0.0)	7 (5.5)	2 (1.6)	4.21 (0.83)	มาก
มาตรการที่ 2 : การกำหนดให้สถานบริการจัดบริการหัตถบำบัดเช่น นวด อบ ประคบ ดูแลหลังคลอดตามความเหมาะสม	38 (29.9)	68 (53.5)	0 (0.0)	7 (5.5)	14 (11.0)	3.86 (1.22)	มาก

ตาราง 2 ความคิดเห็นของบุคลากรต่อมาตรการส่งเสริมสนับสนุนรูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

มาตรกาสนับสนุนการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันมากน้อยเพียงใด	ระดับความคิดเห็น N (%)					ค่าเฉลี่ย (SD)	การแปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เห็นเลย		
มาตรการที่ 3 : การสนับสนุนสื่อแนวทางการสื่อใช้ยาจากสมุนไพรสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่สั่งการรักษา (วางบนโต๊ะตรวจ)	28 (22.0)	81 (63.8)	0 (0.0)	16 (12.6)	2 (1.6)	3.92 (0.93)	มาก
มาตรการที่ 4 : การสนับสนุนคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติการบริการ แผนไทย	23 (18.1)	83 (65.4)	0 (0.0)	13 (10.2)	8 (6.3)	3.79 (1.05)	มาก
มาตรการที่ 5.1 : การนิเทศในพื้นที่โดยทีมจังหวัด เพื่อกระตุ้นการสั่งใช้ยาสมุนไพรและบริการหัตถบำบัดอย่างสมเหตุผล	24 (18.9)	81 (63.8)	0 (0.0)	13 (10.2)	9 (7.1)	3.77 (1.09)	มาก
มาตรการที่ 5.2 : การสร้างช่องทางการสื่อสารเพื่อให้คำแนะนำและคำปรึกษาในกรณีที่มีข้อสงสัย หรืออุปสรรคในการปฏิบัติตามมาตรการ	23 (18.1)	81 (63.8)	0 (0.0)	16 (12.6)	7 (5.5)	3.76 (1.06)	มาก
มาตรการที่ 6.1 : การติดตามความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ในที่ประชุมผู้บริหารทุกเดือน (ประชุม กวป.)	23 (18.1)	79 (62.2)	0 (0.0)	15 (11.8)	10 (7.9)	3.71 (1.13)	มาก
มาตรการที่ 6.2 : การสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน บริการการแพทย์ แผนไทยบูรณาการกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ในการนำมาตรการลงสู่การปฏิบัติ	15 (11.8)	89 (70.1)	0 (0.0)	16 (12.6)	7 (5.5)	3.70 (1.01)	มาก

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่ามาตรการทั้ง 6 ข้อสนับสนุนการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันในระดับ สนับสนุนมาก

ระดับความพึงพอใจต่อมาตรการได้ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับความพึงพอใจปานกลาง โดยร้อยละ 79.5 ของบุคลากรคิดว่า มาตรการทั้ง 6 ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางได้กำหนดไม่เพียงพอ

3.4 ข้อเสนอแนะของบุคลากรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพรูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน พบว่า การขับเคลื่อนการบริการแพทย์แผนไทย จำเป็นต้องดำเนินการเพิ่มในประเด็นดังต่อไปนี้ 1) ผู้บริหารต้องให้การสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างจริงจัง 2) เพิ่มการสนับสนุนงบประมาณ 3) เพิ่มรายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ 4) พัฒนาศักยภาพและสมรรถนะบุคลากรด้านการบริการแพทย์แผนไทย 5) ปรับรูปแบบบริการให้เกิดการบูรณาการอย่างแท้จริง 6) ให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแผนไทยและบริการการแพทย์แผนไทย

สรุปและอภิปรายผล

จากการปรับใช้รูปแบบการบริการ และมาตรการสนับสนุนการบูรณาการระหว่างแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบันพบว่ามีการใช้บริการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 อาจเนื่องมาจากการใช้มาตรการขับเคลื่อนการทำงาน ทำให้บุคลากรมีความตื่นตัวในการพัฒนางานมากขึ้น ทำให้เกิดความรับผิดชอบต่อการทำงานมาขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่มีผลต่อคุณภาพการบริการทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ [3] พบว่าความรับผิดชอบต่องานเป็นปัจจัยจูงใจที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพการบริการที่ดีขึ้น ซึ่งเมื่อคุณภาพในการบริการดีขึ้นแล้วย่อมส่งผลที่ดีต่อภาพลักษณ์ในการ

ให้บริการ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้มีผู้มาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น

ในส่วนของความคิดเห็นของบุคลากรสุขภาพนั้น มีความเห็นว่ามาตรการทั้ง 6 ข้อสนับสนุนการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันในระดับมาก แต่โดยรวมแล้วมีความพึงพอใจต่อมาตรการส่งเสริมสนับสนุนรูปแบบบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันในระดับปานกลาง ซึ่งไม่ได้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากภาระงานที่มากขึ้นและอาจไม่มีความยืดหยุ่นมากพอจึงไม่สามารถนำไปใช้ได้โดยสะดวก และสอดคล้องกับงานประจำ ดังจะเห็นได้ว่าบุคลากรส่วนใหญ่เห็นว่า “มาตรการทั้ง 6 ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางได้กำหนด” ไม่เพียงพอต่อการสนับสนุนการจัดบริการการแพทย์แผนไทยบูรณาการกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ให้ประสบความสำเร็จ แสดงให้เห็นว่าการปรับรูปแบบการให้บริการจากการวิเคราะห์สถานการณ์อาจไม่เพียงพอสำหรับการนำไปปฏิบัติจริง ดังที่ ศิรินาถ ตงศิริ และคณะ (2561)[4] ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่าผู้กำหนดนโยบายเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติตามได้มีส่วนร่วมต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติทุกขั้นตอน เพื่อให้มีความเข้าใจในการถ่ายทอดนโยบายทุกระดับของการปฏิบัติการ

นอกจากนี้แล้วบุคลากรสุขภาพต่างให้ข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพรูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งสามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้

1. ผู้บริหารต้องให้การสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างจริงจัง เนื่องจากในปัจจุบัน การรักษาโดยใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยยังขาดการพิสูจน์องค์ความรู้ให้เห็นเชิงประจักษ์ จนสามารถเป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ได้ ฉะนั้นเพื่อให้ผู้บริหารสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างจริงจัง ควรเริ่มจากการประกาศใช้แพทย์แผนไทยในการรักษากลุ่มอาการที่ไม่รุนแรง หรือโรคที่ง่าย ๆ และโรคที่สามารถอธิบายได้ในทางวิทยาศาสตร์ หรือมีงานวิจัยรองรับในประสิทธิผลของการรักษา[2]

2. เพิ่มการสนับสนุนงบประมาณ ผู้ให้บริการควรมีการรวบรวมข้อมูลเปรียบเทียบด้านงบประมาณในกลุ่มโรคเดียวกันในการใช้ยาแผนปัจจุบัน และยาสมุนไพรเพื่อการรักษา เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับให้ผู้บริหารสามารถนำมาใช้ในการตัดสินใจ ว่าการเพิ่มงบประมาณสนับสนุนด้านการให้บริการแพทย์แผนไทยในแต่ละหน่วยบริการจะเพิ่มความคุ้มทุนในภาพรวม หากมีการสนับสนุนการใช้งบประมาณเพิ่ม

3. จากข้อเสนอแนะให้มีการเพิ่มรายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ หากพิจารณาในหลักเกณฑ์การเพิ่มรายการยา ยาหลักที่จะถูกเสนอให้มีการประกาศใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาสมุนไพรดังการจะต้องได้รับการยืนยันถึงประสิทธิ์ผล และความปลอดภัยในการใช้ จึงจะสามารถเสนอเพื่อการประกาศใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติได้

4. พัฒนาศักยภาพและสมรรถนะบุคลากรด้านการบริการแพทย์แผนไทย โดยกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นที่ต้องการในการพัฒนาศักยภาพ และสนับสนุนให้มีการต่อยอดจากการศึกษาต่อเนื่องในศาสตร์แผนไทยที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติได้

5. การปรับรูปแบบบริการให้เกิดการบูรณาการอย่างแท้จริง ควรมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทย และแพทย์แผนปัจจุบัน ในการนำมาใช้เพื่อให้เกิดรูปแบบการบริการที่ผสมผสานศาสตร์ทั้งสองได้อย่างชัดเจน

6. ส่งเสริม และให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแผนไทยและบริการการแพทย์แผนไทยโดยปรับเปลี่ยนมุมมองให้ผู้รับบริการ เข้าใจและเห็นคุณค่าของแพทย์แผนไทยที่มีมาอย่างยาวนาน

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพประชาชนของสถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่จังหวัดลำปาง มีข้อเสนอแนะรูปแบบที่ควรจะเป็นในการบูรณาการ การแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ เพื่อนำไปสู่คุณภาพบริการและการ เข้าถึงบริการของประชาชน ทั้งนี้การจะทำให้การแพทย์แผนไทยเป็นสิ่งที่น่าเชื่อถือในระดับบุคลากร สาธารณสุข ต้องได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้บริหารอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็น

ปัจจัยสำคัญในการ สร้างการรับรู้ เชื่อมั่น ชอบและยอมรับในการนำบริการการแพทย์แผนไทยบูรณาการกับการแพทย์แผนปัจจุบันในการบำบัดรักษา ฟื้นฟู ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เหมาะสม

2. การศึกษาการพัฒนารูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพประชาชนของสถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่จังหวัดลำปาง ควรมีการศึกษาและพัฒนาต่อให้ถึงขั้นนำไปใช้แก้ปัญหาเชิงระบบ บริการสาธารณสุขส่วนใหญ่ความเหลื่อมล้ำ ของระบบบริการ ขาดการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ความแออัดของผู้มารับบริการ ลดการใช้ยาแผนปัจจุบันโดยเฉพาะยาต้านเชื้อแบคทีเรีย และการรักษาอาการเจ็บป่วยของกลุ่มอาการโรคอื่นๆ ที่แพทย์แผนไทยดูแลรักษาได้ควบคู่กับการแพทย์พื้นบ้าน และการใชตำรับยาสมุนไพรเพื่อจะได้ใช้ศักยภาพของการแพทย์แผนไทยได้อย่างเต็ม ความสามารถ

3. รูปแบบการจัดบริการการแพทย์แผนไทยโดยส่วนใหญ่เป็นนโยบายโดยตรงมาจากสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยกำหนดเป้าหมาย กลวิธีการดำเนินงานหรือโครงการต่างๆ ส่วนมากดำเนินการในลักษณะการนำนโยบายจากส่วนกลางไปใช้ในลักษณะเดียวกันทุกพื้นที่ การดำเนินการในลักษณะดังกล่าว ขาดการวิเคราะห์ความต้องการที่แท้จริงของหน่วยงานในแต่ละพื้นที่ ซึ่งอาจมีความต้องการการรูปแบบบริการที่แตกต่างกันจึงส่งผลให้ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการหรือทีมสหวิชาชีพ ในพื้นที่และส่งผลกระทบในการเข้าถึงบริการของประชาชน ดังนั้น ควรที่จะให้หน่วยงานจัดหารูปแบบการดำเนินงานด้านต่างๆดังนี้

3.1 นำรูปแบบที่ได้มากำหนดเป็นโยบายและมาตรการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงระบบบริการ การแพทย์แผนไทยการแพทย์ทางเลือกบูรณาการให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพ ผสมผสานนโยบายคลินิกหมอครอบครัว

3.2 นำรูปแบบที่ได้มาพัฒนา เร่งสร้างค่านิยม แผนไทยเฟริส์ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

3.3 พัฒนาเชื่อมโยงระบบข้อมูล การวิจัยนวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร เพื่อให้เกิดประโยชน์ในระบบสุขภาพ ส่งเสริมเศรษฐกิจอย่างครบวงจร สร้างสรรค์ต่อยอดภูมิปัญญาด้านนวัตกรรมและเทคโนโลยี

3.4 ส่งเสริมการวิจัยการใช้บริการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านในการบำบัดรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง

3.5 การพัฒนามาตรฐานคุณภาพ ระบบบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ภายใต้กรอบของนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.กระทรวงสาธารณสุข.*การจัดระดับบรกิารการแพทย์แผนไทย*, 2557. [17 ตุลาคม 2560].

2. อรุณพร อิฐรัตน์. *ทิศทางการวิจัยและพัฒนาการแพทย์แผนไทย: มุมมองและประสบการณ์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.* ใน การพัฒนาแพทย์แผนไทยประยุกต์กับการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้ยั่งยืน ศุภวนิชการพิมพ์. กรุงเทพมหานคร.2554.

3. อุบลวรรณ เที่ยงบูรณธรรม ภูษิตา อินทรประสงค์ วันเพ็ญ แก้วปาน จุฑาธิป ศีลบุตร.*แรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่มีผลต่อคุณภาพการบริการทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเครือโรงพยาบาลพญาไท กรุงเทพมหานคร*. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 9(2), 2554: 143-53.

4. ศิรินาถ ตงศิริ, ศุภวิตา แสนศักดิ์, ชนัตถา พลอยเลื่อมแสง, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, สุมัทนา กลางนคร. *ทฤษฎีและกรอบแนวคิดของการวิจัยเพื่อนำนโยบายสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ: การวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหากลยุทธ์การปฏิบัติตามนโยบายที่มีประสิทธิภาพ.* วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 12 (1). 2561: 7-26.

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน : ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสารกลุ่มที่	สาขา
1	วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ	1906-2605	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์	1	วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

Back to top

Copyright 2005. Thai-Journal Citation Index (TCI) Centre. All rights reserved.
Contact. tci.thai@gmail.com

การวิจัยและพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน จังหวัดลำปาง

A research and development study of model for early childhood development surveillance and promotion, Lampang Province

กุลรัตน์ ไชยพรม*[1], ณัฏฐ์ธูภรณ์ ปัญจขันธ์*[2], ถาวร ล่อกา*[3]
Kulrut Chaiprom*[1], Nutthaporn Panchakhan*[2], Thaworn Lorga*[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กและมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป้าหมาย จำนวน 15 คน เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม ประชากร คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ผิดชอบงานพัฒนาการเด็กในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน รวม 306 คนเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS ในการหาสถิติขั้นพื้นฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้ Factor Analysis และใช้โปรแกรม Smart PLS ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวแปร

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ลักษณะการให้บริการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก พบปัญหาด้านบุคลากร ว่าผู้บริหารของหน่วยงานให้ความสำคัญกับงานพัฒนาการเด็กน้อย ผู้รับผิดชอบงานบางส่วนขาดสมรรถนะในการปฏิบัติและขาดความตระหนักภาระงานมาก บุคลากรไม่เพียงพอ ผู้ร่วมงานและผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือ ด้านกระบวนการคือ ขาดการประสานงาน ขาดความต่อเนื่องของการดำเนินงาน ด้านวัสดุอุปกรณ์คือ มีการใช้ฐานข้อมูลหลากหลาย วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ระยะที่ 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) เพื่อหาตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ จากตัวแปร 92 ตัว พบว่าได้องค์ประกอบใหม่ 6 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านสมรรถนะ มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 8 ตัว 2) ด้านการจัดระบบ มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 11 ตัว 3) ด้านการถ่ายทอดความรู้ มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 21 ตัว 4) ด้านการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ของชุมชน มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 18 ตัว 5) ด้านการจัดกระบวนการ มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 12 ตัว และ 6) ด้านการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 22 ตัว ระยะที่ 3 รูปแบบทางสถิติ โดยใช้ตัวแบบสมการโครงสร้าง พบว่าทั้ง 6 องค์ประกอบเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข การจัดการระบบ การจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะที่ 4 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ พบว่า 1) สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย ความมั่นใจ ความรู้และทักษะ การทบทวนการทำงาน การสอนผู้อื่น และการเรียนรู้ของทีม 2) การจัดการระบบ ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติตามขั้นตอนในแผนงาน การตรวจสอบผลการดำเนินงาน และการปรับปรุงการดำเนินงานอย่างเหมาะสม 3) การจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย ระบบฐานข้อมูล การมีส่วนร่วมของเครือข่าย วัสดุอุปกรณ์ การรณรงค์ให้ความรู้ การคัดกรอง การติดตาม การกระตุ้น การส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ การกระตุ้น และการส่งเสริมสุขภาพเด็ก และวิธีการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข คือ 1) พัฒนาตนเองให้เกิดความมั่นใจ ในด้านความรู้และทักษะ 2) การทบทวน สะท้อนผลงานของตน 3) ส่งเสริมการเรียนรู้ของทีมงาน โดยจะทำให้ขับเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพและนำไปใช้ได้

คำสำคัญ : การวิจัยและพัฒนา, ระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

Abstract

Research and development was perform to this study. Qualitative and quantitative research data was both collected. The purpose was to develop surveillance and promotion system for children aged 9, 18, 30 and 42 months. Qualitative data collection was a group discussion. The samples were the public health personnel responsible for child development and had resulted achieved 15 target goals. The instrument

[1] นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

was a semi-structured interview and the questionnaire was be the quantitative data as well. The population was the health workers who preferred the development of children in the 306 district health promotion hospitals and community hospitals. The data collection tool was a 5-level scale questionnaire and basic statistics for data was SPSS. The relationship analysis between variables using Factor Analysis and the Smart PLS program was used to analyze factors influencing variables.

The research was divided into 4 stages as follows: Phase 1: Surveillance and promotion of child development. Findings showed that the head of the agency were less interested in focusing on the development of children, some of the people responsible for the work lacked the capacity to perform and lack of awareness. In addition the co-workers and parents do not cooperate. For the process is lack of coordination and lack of continuity of operation. For the material is there are a variety of databases and insufficient equipment. Phase 2: Factor analysis found that the new 6 factors from 92 indicators: 1) The performance item has 8 indicators. 2) The system item has 11 indicators 3) The 21 indicators of knowledge transfer 4) The 18 indicators of participation and learning of the community. 5) There are 12 indicators for process management and 6) There are 22 indicators for continuous development of children. Phase 3: Statistical Model by using the structural equation model found that 6 factors are affecting the development and promotion of child development, the child monitoring and promotion system consists of three main components: Performance of public health personnel, System management and continuing child development. The three elements are related with the statistically significant at the .05 level. Phase 4: Development of child monitoring and development system and evaluation of the feasibility of the application found that 1) The performance of health personnel consists of confidence, knowledge and skills, review work and teaching others 2) The management system consists of planning, followed the steps in the plan, monitoring and to improve operations. 3) The continuous child development management consists of a database system, Involvement of network, ready materials, awareness, campaigning, screening, follow-up, promoted forwarding to the expert and child health promotion. How to improve the performance of public health personnel is 1) self-confidence. 2) Review of their work. 3) Promote the learning of the team. It will make the drive more efficient and usable.

Keywords: Research and Development, Child Development and Monitoring System

บทนำ

คุณภาพประชากรมีรากฐานมาจากเด็กที่มีคุณภาพ ช่วงแรกของชีวิตวัยแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี หรือเด็กปฐมวัย เป็นวัยที่มีอัตราการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างมาก จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการกระตุ้น ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก หากพบเด็กมีปัญหาพัฒนาการผิดปกติ จะต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและช่วยเหลืออย่างเหมาะสมโดยเร็วที่สุด จะสามารถแก้ไข บำบัดฟื้นฟู และส่งเสริมให้มีพัฒนาการที่ก้าวหน้าขึ้น ในช่วงเวลาที่สมองยังมีความสามารถยืดหยุ่นฟื้นตัวได้ดี ทำให้ลดความพิการและเข้าใกล้ความปกติมากที่สุด

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559) และนโยบาย ยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัย (0-5ปี) ระยะยาว พ.ศ. 2550-2559 ตามมติคณะรัฐมนตรี ได้ให้ความสำคัญในเรื่องพัฒนาการเด็กปฐมวัย อีกทั้งในปี 2558 รัฐบาลได้กำหนดนโยบายเพื่อเป็นทิศทาง การขับเคลื่อนประเทศและการดูแลสุขภาพประชาชน ในข้อ 5 การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่ดูแลสุขภาพประชาชนทุกช่วงชีวิต จึงได้กำหนดแผนบูรณาการยุทธศาสตร์สุขภาพ เป็นประเด็นที่ตอบสนองต่อการพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติ โดยกำหนดยุทธศาสตร์ที่กลุ่มเด็ก 0-5 ปี ให้มีพัฒนาการสมวัย ซึ่งเน้นบูรณาการกับกระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ จึงได้จัดทำโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558 โดยมีเป้าหมายมุ่งเน้นให้เด็กไทยทุกคนได้รับการพัฒนาการที่ถูกต้อง มีมาตรฐานอย่างเท่าเทียมจากพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดู และชุมชน[1]

การคัดกรองพัฒนาการเด็ก 4 ช่วงอายุ (9, 18, 30, 42 เดือน) ตามโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระ

เกียรติฯ ในช่วงรณรงค์ วันที่ 4-8 กรกฎาคม 2559 พบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 23.30 ซึ่งได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการร้อยละ 56.0 หลังการกระตุ้น 30 วัน พบเด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 94.36 โดยได้มีการพัฒนาทักษะในการคัดกรอง ทบทวนเครื่องมือและอุปกรณ์การตรวจตามคู่มือ DSPM (Developmental Surveillance and Promotion Manual) เพื่อเพิ่มคุณภาพในการคัดกรองพัฒนาการเด็กใน 4 ช่วงอายุ ให้มีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งเด็กพัฒนาการล่าช้า ต้องได้รับ การส่งต่อพบพยาบาลจิตเวชที่โรงพยาบาลชุมชน[2] ซึ่งมีการดำเนินงานคัดกรอง ประเมิน กระตุ้น ติดตาม ส่งเสริมพัฒนาการเด็กในคลินิกสุขภาพเด็กดี อย่างไรก็ตามพบว่า มีคลินิกสุขภาพเด็กดีในโรงพยาบาลชุมชน ผ่านเกณฑ์คุณภาพร้อยละ 63.3 โดยพบว่า ผู้ปฏิบัติงานไม่มีทักษะในการใช้เครื่องมือ ทำให้ส่งผลต่อการให้คำแนะนำพ่อแม่ ผู้ปกครอง ด้านสื่ออุปกรณ์มีไม่เพียงพอ ความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดีของเด็ก และระบบการเฝ้าระวังและดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุมทั้งประเทศ[3]

จังหวัดลำปางปี 2559 พบเด็กพัฒนาการสมวัยร้อยละ 85.31 ความครอบคลุมการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กใน 4 ช่วงอายุ ร้อยละ 27.13 และติดตามเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 43.30 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่าเป้าหมาย โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ได้ใช้กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการดำเนินงานกลุ่มสตีและเด็ก 0-5 ปี และมีทีม Child Project Manager :CPM ระดับจังหวัด อำเภอ ทำหน้าที่กำกับดูแลติดตามการดำเนินงาน มีการประชุมชี้แจงและพัฒนาศักยภาพบุคลากร รวมทั้งบูรณาการร่วมกับภาคเครือข่าย จากการนิเทศงาน พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมียังไม่สามารถให้บริการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างเต็มที่ ยังเน้นการให้วัคซีนตามเกณฑ์อายุเป็นหลัก เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ อีกทั้งผู้ปฏิบัติงานในระดับอำเภอและตำบล ไม่เข้าใจในระบบการบันทึกข้อมูล ขาดการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ขาดความรู้และทักษะในการดำเนินงาน ผู้ปกครองไม่สนใจในเรื่องการดูแลสุขภาพเด็ก อุปกรณ์เครื่องมือไม่เพียงพอ คลินิกสุขภาพเด็กดียังไม่ได้มาตรฐาน ส่งผลให้คุณภาพของข้อมูลและความครอบคลุมการดำเนินงานพัฒนาการเด็กไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะดำเนินการวิจัยและพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน จังหวัดลำปาง เพื่อให้ได้ระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีประสิทธิผล เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนากระบวนการ การบริหารจัดการให้มีระบบที่ดีและมีประสิทธิภาพประสิทธิผล อันจะส่งผลดีต่อการพัฒนาระบบสุขภาพเด็กของจังหวัดลำปางและระดับประเทศ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน

2. เพื่อศึกษาตัวแบบสมการโครงสร้าง (Structural equation model) ที่อธิบายระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน

3. เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่มีประสิทธิผล การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และความเหมาะสม

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน โดยใช้การสนทนากลุ่ม เพื่อนำสู่การยกร่างการพัฒนาระบบและปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลของการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) เพื่อหาตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ และตั้งชื่อองค์ประกอบที่มีผลกระทบต่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน

ระยะที่ 3 การค้นหารูปแบบทางสถิติ โดยใช้ตัวแบบสมการโครงสร้าง (Structural equation model) เพื่ออธิบายระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน

ระยะที่ 4 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยการสนทนากลุ่ม (focus group) เพื่อให้ได้

ระบบเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน จังหวัดลำปาง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ตั้งแต่ มกราคม - ธันวาคม 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ผิดชอบงานพัฒนาการเด็กในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน รวม 306 คน

กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กและมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป้าหมาย จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลลำปาง รวม 15 คน

ประชากรที่ใช้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็ก ทั้งผู้รับผิดชอบงานหลักและรอง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชนๆ แห่งละ 2 คน รวม 306 คน และมีผู้ส่งแบบสอบถามคืน จำนวน 281 ชุด คิดเป็นร้อยละ 91.83

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) ในประเด็น ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน วิธีการดำเนินงานหรือกลยุทธ์ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานพัฒนาการเด็ก และปัญหาอุปสรรค

2. แบบสอบถามระดับการปฏิบัติงานพัฒนาการเด็ก (Questionnaires) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของไลเคิร์ท (Likert ′s Rating Scale)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โดยการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน แล้วนำผลประเมินของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าเฉลี่ย เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยใช้สูตร Index of Concordance ได้ค่า IOC ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.885 นำแบบสอบถามไปทดสอบคุณภาพของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับบุคคลที่ไม่ใช่กลุ่มประชากร (try out) ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 30 คน แล้วนำคำตอบมาคำนวณค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.985

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้จัดการสนทนากลุ่มบุคลากรมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป้าหมาย จำนวน 15 คน

2. การวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ การยินยอมตอบแบบสอบถาม และรายละเอียดข้อคำถามของแบบสอบถามแก่ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กระดับอำเภอ เพื่อให้อธิบายบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนในการตอบแบบสอบถาม และเก็บรวบรวมข้อมูลส่งผู้วิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาตรวจความถูกต้องความสมบูรณ์ จากนั้นนำมาจัดทำบันทึกผลและนำมาวิเคราะห์ผลด้วยสถิติการวิจัย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การวิเคราะห์ระดับการปฏิบัติตามเกณฑ์ของเบสท์[4] การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้ Factor Analysis เพื่อหาลักษณะร่วมของข้อคำถาม และตั้งชื่อกลุ่มตัวแปร การวิเคราะห์ตัวแบบโครงสร้าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ Smart PLS[5]

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยนำโครงร่างวิจัยและแบบสอบถาม เสนอขอการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E2560/006 ลงวันที่ 1 มกราคม 2560

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 สถานการณ์การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน

จากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 15 คน พบว่า บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับ

การอบรมทักษะเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และอยู่ในทีมคณะทำงานเด็กของแต่ละอำเภอ แต่ยังพบปัญหาของการดำเนินงาน ดังนี้ 1) ด้านบุคลากร (Man) พบว่า ผู้บริหารของหน่วยงานให้ความสำคัญกับงานพัฒนาการเด็กน้อย และผู้รับผิดชอบงานบางส่วนขาดสมรรถนะในการปฏิบัติและขาดความตระหนัก มีภาระงานมาก บุคลากรไม่เพียงพอ อีกทั้งผู้ร่วมงานและผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร 2) ด้านกระบวนการ (Method) พบว่า ขาดการประสานงานระหว่างการส่งเสริมสุขภาพกับคลินิกอื่นๆ และขาดความต่อเนื่องของการคัดกรอง ติดตาม กระตุ้น ส่งต่อบริการแก่ผู้เชี่ยวชาญ และการส่งเสริมสุขภาพ 3) ด้านวัสดุ อุปกรณ์ (Material) พบว่า มีการใช้ฐานข้อมูลหลายระบบ เทคโนโลยี สื่อ คู่มือ และอุปกรณ์ในการกระตุ้นพัฒนาเด็กไม่เอื้อต่อการดำเนินงานและไม่เพียงพอ ดังแสดงในตาราง 1 ดังนี้

ตาราง 1 สถานการณ์ปัญหาการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน

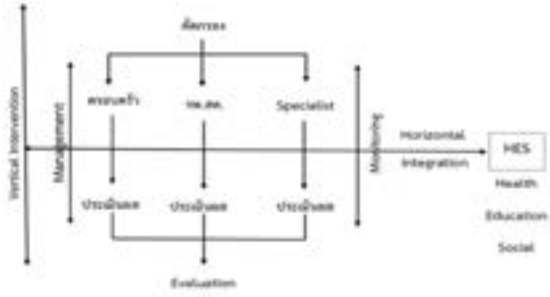
หมวดหมู่	ข้อมูล
ด้านบุคลากร (Man)	1) ผู้บริหารระดับอำเภอให้ความสำคัญกับงานอนามัยแม่และเด็กน้อยเมื่อเทียบกับงานอื่น 2) บุคลากรที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็ก ขาดสมรรถนะและขาดความตระหนักในการปฏิบัติงาน 3) ผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก 4) ทีม มอค.ขาดสมรรถนะในการประเมินพัฒนาการเด็ก 5) ขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก และมีภาระงานหลายด้าน 6) ผู้ร่วมงานไม่เข้าใจธรรมชาติของงาน
ด้านกระบวนการ (Method)	1) การทำงานแยกส่วน ขาดการประสานงานกับคลินิกสุขภาพเด็ก 2) ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินการของระบบพัฒนาการเด็ก
ด้านวัสดุอุปกรณ์ (Material)	1) มีฐานข้อมูลหลากหลาย 2) เทคโนโลยีและสื่อไม่เอื้อต่อการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก 3) วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ

โดยทางกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และชี้แนะแนวทางในการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน เพื่อนำไปปรับใช้ในพื้นที่ดังนี้

ด้านบุคลากร (Man) 1) ผู้บริหารต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติและการสั่งการเชิงนโยบาย เป็นผู้สนับสนุนเกิดผลงาน 2) พัฒนาสมรรถนะของบุคลากรให้ครอบคลุมประเด็นการคัดกรองพัฒนาการ ทักษะการสื่อสารกับผู้ปกครอง ทักษะการทำงานกับเด็กและระบบกลไกการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก โดยการอบรมและการสอนงาน 3) สร้างความร่วมมือกับครอบครัว ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการสร้างความร่วมมือ ด้านการให้ความรู้ การคืนข้อมูล และการกำกับ ติดตามประเมินผลร่วมกัน (Engagement, Education, Feedback, M/E) 4) พัฒนาสมรรถนะทีมบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้มีความเชี่ยวชาญสาขาแม่และเด็ก, Community Care, Competency Bundle 5) บูรณาการแนวราบกับภาคีเครือข่าย และการบริการอื่นๆ 6) พัฒนางานเป็นทีม โดยการสร้างสัมพันธภาพอย่าง

ด้านกระบวนการ (Method) 1) บูรณาการงานพัฒนาการเด็กทั้งแนวตั้งและแนวราบ 2) ใช้ระบบการนิเทศงานทั้งเชิงบริหารและปฏิบัติการต่อเนื่อง จะทำให้เกิดความร่วมมือในการทำงานด้วยดี

ด้านวัสดุ อุปกรณ์ (Material) 1) บูรณาการฐานข้อมูลหรือแนวทางการใช้ฐานข้อมูล 2) เสนอจุดแข็งที่สามารถเข้าถึงโดยใช้สื่อและเทคโนโลยี เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ 3) สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอ สรุปดังภาพ ประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 ระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน

ผู้วิจัยได้นำแนวทางปฏิบัติที่ได้จากสนทนากลุ่มไปจัดทำเป็นข้อคำถาม เพื่อศึกษาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่เหมาะสมในบริบทของจังหวัดลำปางต่อไป

ระยะที่ 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบ

ผลการหาตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ โดยใช้ Factor Analysis จำนวน 92 ตัวแปร สามารถจัดองค์ประกอบได้ 6 องค์ประกอบ และกำหนดชื่อองค์ประกอบ เพื่อสื่อความหมายที่สอดคล้องกับตัวแปรของแต่ละองค์ประกอบให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ต่อไป ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านสมรรถนะของบุคลากร มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 8 ตัว คือ

ตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ	Compo Nent 1
4ท่านมั่นใจว่าสามารถดำเนินงานพัฒนาการเด็กได้	0.736
3ท่านมีความรู้ทักษะในการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก	0.729
5ท่านทบทวนความสำเร็จของการปฏิบัติงานตามแนวทาง	0.670
6ท่านได้ร่วมกิจกรรมการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง	0.599
9ท่านให้ความรู้ แก่ผู้ปกครองเด็กทุกเดือน	0.575
2ท่านสามารถจัดกระบวนการเรียนรู้งานให้กับทีมงานได้	0.553
8ท่านให้ความรู้ในชุมชนทุกเดือน	0.533
15ท่านกำหนดแนวทางให้ความรู้ ให้ประชาชน	0.451

2. องค์ประกอบด้านการจัดระบบ มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 11 ตัว คือ

ตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ	Compo Nent 2
65ท่านและเครือข่ายติดตามประเมินผลหลังการกระตุ้น	0.637
64ท่านวางแผนร่วมกับผู้ปกครองเพื่อนัดหมาย	0.619
66ท่านให้ความรู้และติดตามประเมินผู้ปกครอง	0.581
58ท่านมีแนวทางที่ชัดเจน ปฏิบัติได้ง่ายในการส่งต่อเด็ก	0.553
70ท่านส่งเสริมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การใช้สมุดบันทึกสีชมพู	0.548
69ท่านจัดกิจกรรมให้ความรู้ ก่อนตั้งครรภ์ หลังคลอด	0.522
59เครือข่ายของท่านมีระบบการส่งและรับข้อมูล	0.519
62ท่านติดตามตามผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ	0.516
63MCH Board นำข้อมูลมาวิเคราะห์และหาแนวทาง	0.503
60ท่านมีการประสานเครือข่าย ในการจัดบริการรถรับส่ง	0.487
61ท่านส่งต่อเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าทุกราย	0.430

3. องค์ประกอบด้านการถ่ายทอดความรู้ มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 21 ตัว คือ

ตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ	Compo Nent 3
20รพสต.ของท่านให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก	0.663
26รพสต.ของท่านมีข้อมูล อสม.ที่ผ่านการอบรม	0.632
19การให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กในสถานบริการ	0.607
32รพสต.ของท่านมีช่องทางปรึกษา	0.596
22รพสต.ของท่านสนับสนุนองค์ความรู้ ชุดกระตุ้น	0.586
23รพสต.ประชาสัมพันธ์ให้ไปคัดกรองพัฒนาการ	0.549
16รพสต.ของท่านมีแผนการสอนการดูแลสุขภาพและพัฒนาการเด็กแก่ผู้ปกครองและเครือข่าย	0.518
29ท่านตรวจสอบความถูกต้อง ทันเวลาของข้อมูล	0.516
30รพสต.ของท่านบันทึกผลการคัดกรองพัฒนาการเด็ก	0.501
36รพสต.ของท่านมีกิจกรรมการจัดบริการเชิงรุก	0.500
27ท่านสามารถค้นหาข้อมูลเด็กหรือความรู้ได้ทันที	0.489
7ท่านได้จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ประชาชน	0.486
25รพสต.ของท่านประเมินผลการให้ความรู้แก่ อสม.	0.481
18จัดการให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กในชุมชน	0.480
21รพสต.ของท่านจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้	0.452
28เมื่อท่านมีปัญหาในการค้นข้อมูลสามารถประสานได้	0.443
24รพสต.ของท่านประเมินผลการให้ความรู้แก่ประชาชน	0.436
11MCH Board	0.418
17รพสต.ของท่านมีสื่อการสอนสอนที่เพียงพอ	0.391
35รพสต.ของท่านจัดสถานที่ วัน เวลาที่เหมาะสม	0.379
12จนท.ในรพสต.ให้บริการตรวจพัฒนาการแทนท่านได้	0.290

4. องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ของชุมชน มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 18 ตัว คือ

ตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ	Compo Nent 4
75การจัดทำนโยบายสาธารณะร่วมกับประชาชน	0.853
73การหาข้อตกลงร่วมกันกับชุมชน	0.837

ตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ	Compo Nent 4
77การติดตามและประเมินผล	0.802
78การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	0.800
76การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	0.789
72การประสานเครือข่าย ศพด. ชุมชน	0.744
ตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ	Compo nent
79ประชุมคืนข้อมูลที่แสดงถึงปัญหาสุขภาพเด็ก	0.738
81จัดกิจกรรมการพัฒนาทักษะที่จำเป็น	0.715
74การประชาสัมพันธ์แก่ประชาชน	0.658
82มีการจัดกิจกรรมการศึกษาดูงาน	0.647
80มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ	0.605
68ท่านประสานเครือข่ายเพื่อขอรับการสนับสนุนงบ	0.601
57รพสต.ของท่านประเมินผลการติดตาม	0.511
34ท่านสนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมผู้ปกครอง	0.511
67ท่านสนับสนุนสื่อ อุปกรณ์ที่เพียงพอและเหมาะสม	0.480
10ท่านได้ร่วมกำหนด/บังคับใช้มาตรการทางสังคม	0.465
71การประสานเครือข่าย ศพด. ชุมชน	0.413
49การประเมินทักษะการคัดกรองจากผู้เชี่ยวชาญ	0.295

5. องค์ประกอบด้านการจัดกระบวนการ มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 12 ตัว คือ

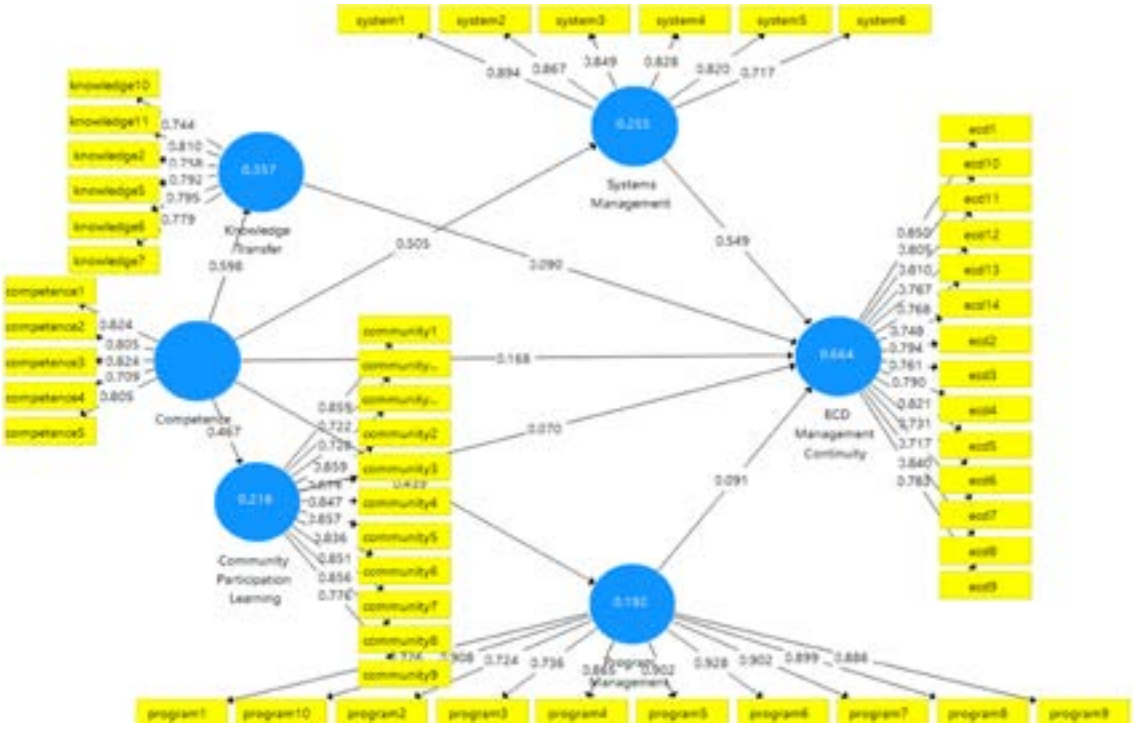
ตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ	Compo Nent 5
84มีการนำโครงการสู่การปฏิบัติ	0.735
85มีการประเมินผลโครงการ	0.732
83มีการเขียนโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ	0.702
14นำประเด็นไปบูรณาการกับโครงการที่มีอยู่เดิมของรพสต.	0.502
13นำประเด็นพัฒนาการเด็กไปบูรณาการกับหน่วยงานอื่น	0.420
88นำผลการวิเคราะห์มาเป็นแนวทางในการกำหนดประเด็น	0.807
87มีการนำข้อมูล เพื่อการวิเคราะห์ค้นหาสาเหตุของปัญหา	0.794
89การนำผลการวิเคราะห์มากำหนดแผนการดำเนินงาน	0.791
90นำข้อมูลมาใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน	0.744
86มีการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อระบุปริมาณและความรุนแรง	0.726
92นำผลการประเมินไปพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	0.693
91มีการคืนข้อมูลแก่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง	0.665

6. องค์ประกอบด้านการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 22 ตัว คือ

ตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ	Compo nent 6
46ท่านวางแผนการกระตุ้นพัฒนาการและการส่งต่อ	0.778
44ท่านสรุปผลการประเมินและแจ้งผลให้แก่ผู้ปกครอง	0.767
40ท่านเตรียมสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์การประเมินให้พร้อมใช้	0.754
42ท่านดำเนินการคัดกรองโดยใช้เครื่องมือ DMPA	0.735
43ท่านสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ปกครองและเด็ก	0.727
52ท่านติดตามเด็กที่ไม่มาตรวจตามนัดภายในเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์	0.681
33ท่านทำทะเบียนข้อมูลเด็กและผู้ปกครองครบถ้วน	0.641
41ท่านเลื่อนการประเมินพัฒนาการเด็ก	0.632
51ท่านมีแผนและดำเนินการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้ารายบุคคล	0.632
45ท่านประเมินภาวะจิตใจของผู้ปกครอง	0.626
47ประสานเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ	0.620
55ท่านบันทึกผลครบถ้วน ทุกต้อง ทันเวลา	0.600
53ท่านประสานให้ อสม.ติดตามเด็กภายใน 2 สัปดาห์	0.583
54ท่านประสานให้ เจ้าหน้าที่(มอค.) ติดตาม	0.550
50ท่านประเมินความเข้าใจของผู้ปกครองในการกระตุ้น	0.536
39ท่านฝึกการใช้ข้อคำถามในการประเมินพัฒนาการเด็ก	0.536
37ท่านศึกษาข้อมูลสถานการณ์ ภูมิหลังของเด็ก	0.534
31ท่านเข้าร่วมการกำหนดแนวทางการแจ้งผลการประเมิน	0.502
38ท่านกำหนดแผนการคัดกรอง โดยเตรียมข้อมูลเด็ก 1ด.	0.484
56ท่านประสานเครือข่ายเพื่อการติดตามเด็ก	0.470
48ท่านมีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์และประเมินผล	0.462
1ท่านกำหนดเป้าหมายผลการดำเนินงานพัฒนาการเด็กให้สูงสุดที่จะเป็นไปได้	0.443

ระยะที่ 3 รูปแบบทางสถิติ โดยใช้ตัวแบบสมการโครงสร้าง (Structural equation model)

1. องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ตามภาพ 2 และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิผลต่อตัวแปรตามตาราง 2



ภาพประกอบ 2 ผลการวิเคราะห์ตัวแบบสมการโครงสร้าง ที่มา: ผลการทำโปรแกรม Smart PLS V. 3.0.

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม

Dependent Variable	R^2	Effect	Antecedent				
			Competence	Knowledge Transfer	Program Management	Systems Management	Community Participation & Learning
ECD Management & Continuity	**0.664**	DE	0.168	0.090	0.091	0.549	0.070
		IE	0.403	N/A	N/A	N/A	N/A
		TE	0.571	0.090	0.091	0.549	0.070
Community Participation & Learning	**0.218**	DE	0.467	N/A	N/A	N/A	N/A
		IE	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
		TE	0.467	N/A	N/A	N/A	N/A
Systems Management	**0.255**	DE	0.505	N/A	N/A	N/A	N/A
		IE	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
		TE	0.505	N/A	N/A	N/A	N/A
Program Management	**0.192**	DE	0.439	N/A	N/A	N/A	N/A
		IE	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
		TE	0.439	N/A	N/A	N/A	N/A
Knowledge Transfer	**0.357**	DE	0.598	N/A	N/A	N/A	N/A
		IE	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
		TE	0.598	N/A	N/A	N/A	N/A

Note. TE = Total Effect, DE = Direct Effect, IE = Indirect Effect, N/A = Non Applicable, **Competence** =สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข, **ECD Management & Community** =การจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง, **Community Participation & Learning** =การมีส่วนร่วมของชุมชนและการเรียนรู้, **Systems Management** = การจัดการระบบ, **Program Management** =การจัดกระบวนการ, **Knowledge Transfer** = การถ่ายทอดความรู้

จากภาพ 2 และตาราง 2 เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม พบว่า สมรรถนะมีผลทางตรงต่อปัจจัยทั้ง 5 ด้าน และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อตัวแปรตาม มีรายละเอียดดังนี้

ด้านที่ 1 สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า มีอิทธิพลทางตรงต่อการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง เท่ากับ 0.168 มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง เท่ากับ 0.403 และมีอิทธิพลรวมต่อการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง เท่ากับ 0.571

ด้านที่ 2 สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า มีอิทธิพลทางตรงต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนและการเรียนรู้ เท่ากับ 0.467

ด้านที่ 3 สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า มีอิทธิพลทางตรงต่อการจัดการระบบ เท่ากับ 0.505

ด้านที่ 4 สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า มีอิทธิพลทางตรงต่อการจัดกระบวนการ เท่ากับ 0.439

ด้านที่ 5 สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า มีอิทธิพลทางตรงต่อการถ่ายทอดความรู้ เท่ากับ 0.598

2. รูปแบบระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน โดยการทดสอบสมมุติฐาน ดังตาราง 3

ตาราง 3 ผลการทดสอบสมมุติฐานที่ 1-9

สมมติฐานการวิจัย	Coef.	t-stat	p-value	สรุปผล
H1: สมรรถนะของบุคลากรส่งผลต่อการจัดการระบบ	.0505	11.399	.000	สนับสนุน
H2: สมรรถนะของบุคลากรส่งผลต่อการถ่ายทอดความรู้	0.589	15.249	.000	สนับสนุน
H3: สมรรถนะของบุคลากรส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนและการเรียนรู้	0.467	10.083	.000	สนับสนุน
H4: สมรรถนะของบุคลากรส่งผลต่อการจัดกระบวนการ	0.439	11.159	.000	สนับสนุน
H5: สมรรถนะของบุคลากรส่งผลต่อการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง	0.168	3.383	.001	สนับสนุน
H6: การจัดการระบบส่งผลต่อการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง	0.549	7.804	.000	สนับสนุน
H7: การถ่ายทอดความรู้ส่งผลต่อการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง	0.090	1.217	.224	ไม่สนับสนุน
H8: การมีส่วนร่วมของชุมชนและการเรียนรู้ส่งผลการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง	0.070	1.036	.301	ไม่สนับสนุน
H9: การจัดกระบวนการส่งผลต่อการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง	0.091	1.520	.125	ไม่สนับสนุน

จากตาราง 3 พบรูปแบบระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือนที่มีเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน จำนวน 6 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) สมรรถนะของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการจัดการระบบ 2) สมรรถนะของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการถ่ายทอดความรู้ 3) สมรรถนะของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนและการเรียนรู้ 4) สมรรถนะของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการจัดกระบวนการ 5) สมรรถนะของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง 6) สมรรถนะของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการจัดการระบบ และการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง

2.2 องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน จังหวัดลำปาง พบว่า บุคลากรสาธารณสุขที่มีสมรรถนะและการจัดการระบบที่มีประสิทธิภาพ นำไปสู่ระบบเฝ้า

ระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่มีประสิทธิผล ดังภาพประกอบ 2



หมายเหตุ: Coef.= 0.572, t= 6.360,

ภาพประกอบ 3 ระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน จังหวัดลำปาง

จากภาพประกอบ 3 พบว่า ระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน จังหวัดลำปาง มีองค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน คือ สมรรถนะของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง สมรรถนะของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการจัดการระบบ และการจัดการระบบมีความสัมพันธ์กับการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ 1) บุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญในการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก จะมีความมั่นใจในการวางแผนการดำเนินงาน ปฏิบัติตามแผนงาน การตรวจสอบและปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง 2) บุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้ ทักษะ และการทบทวนการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เกิดความพร้อม ความมุ่งมั่น ในการดำเนินงานรณรงค์ให้ความรู้ คัดกรอง กระตุ้น ติดตาม ประเมินพัฒนาการเด็ก และการประสานการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) การจัดการระบบ โดยมีการวางแผนงานจากวัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย และมีการปฏิบัติตามขั้นตอนในแผนงาน รวมทั้งการตรวจสอบ ปรับปรุง จัดทำมาตรฐานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง จะสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เข้ากับสถานการณ์และพื้นที่ได้ ส่งผลให้การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กมีประสิทธิภาพ 4) องค์ประกอบทั้ง 3 ตัวมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีการจัดการระบบเป็นตัวแปรคั่นกลาง ระหว่างสมรรถนะของบุคลากรและการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 4 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กและการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยการสนทนากลุ่ม (focus group)

1. การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ พบว่า ระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน จังหวัดลำปาง พบว่า มีค่าเฉลี่ยรวมทุกองค์ประกอบ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.52, SD= .271) 1) สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน ประกอบด้วย ความมั่นใจ (Confidence) ความรู้และทักษะ (Knowledge & Skills) การทบทวนการทำงาน (Review) การสอนผู้อื่น (Education) และการเรียนรู้ของทีม (Learning) 2) การจัดการระบบ ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติตามขั้นตอนในแผนงาน (Do) การตรวจสอบผลการดำเนินงาน (Check) และการปรับปรุงการดำเนินงานอย่างเหมาะสม (Act) 3) การจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย ระบบฐานข้อมูล การมีส่วนร่วมของเครือข่าย วัสดุอุปกรณ์ การรณรงค์ให้ความรู้ การคัดกรอง การติดตาม การกระตุ้น การส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ และการส่งเสริมสุขภาพพัฒนาการเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน

2. วิธีการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน ดังนี้ 1) พัฒนาตนเองให้เกิดความมั่นใจ ในด้านความรู้และทักษะ 2) การทบทวน สะท้อนผลงานของตน 3) ส่งเสริมการเรียนรู้ของทีมงาน

ผลการวิจัยชี้ชัดว่าการจัดระบบผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม ด้วยการจัดระบบงานที่มีคุณภาพ จึงจะนำไปสู่การบริหารจัดการระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน จังหวัดลำปาง

อธิปรายผล

1. สถานการณ์การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน

1.1 ปัญหาการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ได้แก่ ด้านบุคลากร คือ ผู้บริหารยังให้

ความสำคัญกับงานพัฒนาการเด็กน้อย และผู้รับผิดชอบงานยังขาดสมรรถนะและขาดความตระหนัก ภาระงานมาก บุคลากรไม่เพียงพอ ผู้ร่วมงานและผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือ ด้านกระบวนการ คือ ขาดการประสานงาน ขาดความต่อเนื่องของการดำเนินงาน ด้านวัสดุอุปกรณ์คือ มีการใช้ฐานข้อมูลหลากหลาย วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ดังการศึกษาของ กมลรัตน์ เกตุบรรลุ และคณะ (2552)[6] พบว่า การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับปฐมภูมิ มีลักษณะการให้บริการคือ ไม่ได้ตรวจพัฒนาการเด็กทุกราย มีการตรวจและแปลผลไม่ถูกต้อง ขาดระบบการส่งต่อที่ดี อีกทั้งการศึกษาของ พรพิมล ธีรนันทน์ และคณะ (2557)[7] พบว่า ปัญหาการจัดระบบบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านสถานที่ และด้านขีดความสามารถ

1.2 แนวทางในการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ได้แก่ ด้านบุคลากร คือ การปรับเปลี่ยนทัศนคติและการสั่งการเชิงนโยบาย พัฒนาสมรรถนะของบุคลากร ทักษะการสื่อสารกับผู้ปกครอง ทักษะการทำงานกับเด็กและระบบกลไกการดำเนินงาน สร้างความร่วมมือกับครอบครัว ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพัฒนาสมรรถนะทีมบุคลากรสาธารณสุข บูรณาการแนวราบกับภาคีเครือข่ายและการบริการอื่นๆ พัฒนางานเป็นทีม ด้านกระบวนการคือ บูรณาการงานพัฒนาการเด็กทั้งแนวตั้งและแนวราบ ใช้ระบบการนิเทศงานทั้งเชิงบริหารและปฏิบัติการต่อเนื่อง ด้านวัสดุ อุปกรณ์ คือบูรณาการฐานข้อมูลหรือแนวทางการใช้ฐานข้อมูล การใช้สื่อและเทคโนโลยี เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ และสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอ ดังการศึกษาของ ชญาณิษฐ์ ปัญญาทอง (2559)[8] พบว่า การพัฒนาระบบบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี ได้แก่ การกำหนดนโยบายการดูแลและเฝ้าระวังพัฒนาการที่ชัดเจน ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญและให้ความร่วมมือในการปรับระบบงาน ตลอดจนการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ เจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาทักษะและสมรรถนะอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบ ทำให้ได้การจัดกลุ่มองค์ประกอบ 6 องค์ประกอบ ดังนี้

2.1 องค์ประกอบด้านสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข เป็นคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่พึงมีในการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก คือ ความมั่นใจ ความรู้และทักษะ การทบทวนการทำงาน เทคนิคการให้ความรู้หรือสอนผู้ปกครองและเครือข่าย และส่งเสริมการเรียนรู้ของทีม ดังการศึกษาของ พรรณี ลีกิจวัฒนะ (2552)[9] พบว่า สมรรถภาพครูทั้งที่พึงประสงค์และที่เป็นจริง ต่างประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านลักษณะนิสัย

2.2 องค์ประกอบการจัดการระบบ ที่มีการวางแผน การปฏิบัติตามแผน การตรวจสอบ และการปรับปรุงอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ดังการศึกษาของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2558)[10] พบว่า องค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้อัตลักษณ์ มีกลวิธีการพัฒนาอัตลักษณ์ ได้แก่ การกำหนดนโยบาย จัดทำแผนปฏิบัติการ สนับสนุนให้ทำกิจกรรมตามกระบวนการ PDCA และการประเมินผลอย่างเป็นระบบ

2.3 องค์ประกอบการถ่ายทอดความรู้ เป็นการจัดกิจกรรมการให้ความรู้แก่ประชาชนและเครือข่าย ทั้งในสถานบริการและชุมชน การสนับสนุนองค์ความรู้ และการประเมินผลการให้ความรู้ ดังการศึกษาของ พรรณี ลีกิจวัฒนะ (2552)[9] พบว่า องค์ประกอบเชิงสำรวจด้านความรู้เกี่ยวกับการสอน ประกอบด้วย รูปแบบการสอน วิธีการสอน สื่อการสอน และการวัดประเมินผลการเรียนรู้

2.4 องค์ประกอบการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ของชุมชน โดยมีการคืนข้อมูล การร่วมจัดทำนโยบายหรือข้อตกลงร่วมกัน การร่วมดำเนินงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสนับสนุนงบประมาณ ดังการศึกษาของ ภัธรภร ปุยสุวรรณ และคณะ (2557)[11] พบว่า องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วม คือ 1) การมีส่วนร่วมประชุม ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมทำ และร่วมบำรุงรักษา 2) ระดมทรัพยากร 3) เสียสละ ตระหนักในการบริหารจัดการ 4) สร้างความตระหนักและปลูกจิตสำนึกให้กับผู้ปกครอง

2.5 องค์ประกอบการจัดกระบวนการ เริ่มจากการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูล จัดทำแผนงานโครงการ และประเมินผล ดังการศึกษาของ วราเสฏฐ์ เกษี

สังข์ (2559)[12] พบว่า องค์ประกอบของการบริหารจัดการ คือ 1) การส่งเสริมความรู้และทักษะ 2) จัดระบบ 3) จัดกระบวนการดำเนินงานวัดและประเมินผล 4) กำกับติดตามงาน 5) จัดระบบสนับสนุน

2.6 องค์ประกอบการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงข้อมูล เครือข่าย วัสดุอุปกรณ์ และกระบวนการดำเนินงานพัฒนาการเด็กตามแนวทาง และตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ดังการศึกษาของ กมลรัตน์ เกตุบรรลุ และคณะ (2552)[6] พบว่า การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับปฐมภูมิ โดยการจัดเวทีพูดคุยและสร้างการมีส่วนร่วม จัดทำแผนงานพัฒนาของโรงพยาบาลและเครือข่าย การพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการในการประเมินพัฒนาการเด็กที่ถูกต้อง ปรับรูปแบบบริการโดยทีมหน่วยบริการ และติดตามผลการให้บริการ ความแม่นยำในการประเมินพัฒนาการเด็ก ความพึงพอใจของพ่อแม่ ผู้ปกครองเด็กที่มารับบริการ ส่วนรูปแบบบริการคลินิกที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องของทีมหน่วยบริการ

3. ปัจจัยที่มีผลต่อระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน

3.1 สมรรถนะของบุคลากรส่งผลต่อการจัดการระบบโดยบุคลากรที่มีความรู้ เข้าใจในการดำเนินงาน จะสามารถกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ การรับส่งต่อและการใช้ข้อมูลข้อมูล การทวนทวนผลงานทันที เนื่องจากมีการคิดวิเคราะห์ มีความสามารถในการใช้อุปกรณ์ เทคโนโลยีสารสนเทศ ดังการศึกษาของ สุมาลี จรุงจิตตานุสนธิ์ (2560)[13] พบว่า รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมเด็กปฐมวัย ได้แก่ 1) เรื่องระบบขอมูล 2) การดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3) การจัดทีมให้บริการตามโซน ส่งผลให้ความครอบคลุมของการตรวจพัฒนาการ และเข้าถึงบริการของเด็ก และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความเข้าใจในการเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก มีระบบทะเบียนให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ได้ติดตาม

3.2 สมรรถนะของบุคลากรส่งผลต่อการถ่ายทอดความรู้ เนื่องจากบุคลากรมีความเข้าใจที่ลึกซึ้ง จะมีความมั่นในในการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้ปกครองและประชาชน ให้รู้สึกและเห็นคุณค่าของการกระตุ้น ติดตามพัฒนาการเด็ก ซึ่งต้องใช้ทักษะการประสานงาน ศิลปะการสื่อสาร ดังการศึกษาของ สกาวรัตน์ เทพรักษ์ และคณะ (2557)[14] พบว่า ผู้ปกครอง บุคลากรสาธารณสุข ครูผู้ดูแลเด็ก ต้องร่วมกันส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ถึงวิธีการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็ก

3.3 สมรรถนะของบุคลากรส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนและการเรียนรู้ เนื่องจากบุคลากรที่ทักษะงานพัฒนาการเด็ก นำไปสู่ความไว้วางใจ ทำชุมชนเปิดใจยอมรับ เกิดความมั่นใจที่จะมีส่วนร่วมในการวางแผนและร่วมดำเนินงานพัฒนาการเด็ก โดยใช้การดำเนินงานเชิงรุกและการมีส่วนร่วม ดังการศึกษาของ นิตยา คชภักดี และคณะ (2542)[15] พบว่า การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการของเด็ก โดยการกระตุ้นให้ครอบครัวและชุมชนมีจิตสำนึกตระหนักถึงความสำคัญและบทบาทของตนเองและเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ

3.4 สมรรถนะของบุคลากรส่งผลต่อการจัดกระบวนการ เนื่องจากบุคลากรที่มีความรู้ ความเข้าใจในงานพัฒนาการเด็ก จะมีความพร้อมที่จะนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ บริหารแผนงานโครงการ และจัดกระบวนการเรียนรู้แบบบูรณาการให้กับทีมงานได้อย่างทันท่วงทีและมีการทบทวนทันที ดังการศึกษาของ สุมาลี จรุงจิตตานุสนธิ์ (2560)[13] พบว่า การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมเด็กปฐมวัย เริ่มจาก 1) แต่งตั้งคณะกรรมการจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง 2) จัดประชุมวางแผนอย่างมีส่วนร่วม 3) ดำเนินตามโครงการที่วางแผนไว้ 4) ติดตามประเมินผลและสรุปเป็นบทเรียน

3.5 สมรรถนะของบุคลากรส่งผลต่อการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยบุคลากรที่มีทักษะ ความชำนาญ จะมีความมั่นใจ มุ่งมั่นให้การวางแผน กระตุ้นติดตาม ประเมินพัฒนาการอย่างมีประสิทธิผล เนื่องจากบุคลากรได้รับการเสริมสร้างความรู้ ทักษะในการมุ่งผลสัมฤทธิ์ การมีจริยธรรมการบริการ นำไปสู่การจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง ดังการศึกษาของ พนิต โล่เสถียรกิจ และคณะ (2558)[16] ให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก คือ การบูรณาการกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การกำหนด

มาตรการในการติดตาม เฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้บริการแม่และเด็กที่มีคุณภาพ และสร้างความตระหนักให้กับครอบครัว ชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

3.6 การจัดการระบบส่งผลต่อการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีการวางแผนจากวัตถุประสงค์และปฏิบัติตามแผน และตรวจสอบ ปรับปรุงการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การจัดการพัฒนาการเด็กมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ดังการศึกษาของ พรพิมล ธีรนันทน์ และคณะ (2557)[7] พบว่า ระบบบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีคุณภาพ ในด้านขีดความสามารถระบบบริการ คือมีการตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษา ประเมินและส่งเสริมพัฒนา มีระบบการดูแลทางสังคมและจิตใจ ระบบยา ระบบการส่งต่อ และระบบการติดตามดูแล

3.8 สมรรถนะของบุคลากรส่งผลต่อการจัดการระบบ และการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดระบบผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม ด้วยการจัดระบบงานที่มีคุณภาพ จึงจะนำไปสู่การวางแผน กระตุ้น ติดตาม ประสาน และประเมิน ของการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง ดังการศึกษาของ พชรวิทย์ จันทร์ศิริสิร (2560)[17] พบว่า รูปแบบและเทคนิควิธีการพัฒนาสมรรถนะหลักที่เหมาะสมเพื่อนำไปพัฒนาประสิทธิภาพในการทำงาน ประเด็นหนึ่งคือ การมีระบบการบริหารที่มีประสิทธิภาพ

4. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน

4.1 สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน ประกอบด้วย ความมั่นใจ ความรู้และทักษะ การทบทวนการทำงาน การสอนผู้อื่น และการเรียนรู้ของทีม จะนำไปสู่การวางแผน กระตุ้น ติดตาม ประสาน และประเมินของการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง ดังการศึกษาของ ขวัญจิรา เพชรคง และบรรพต กิติสุนทร (ม.ป.ป.)[18] พบว่า สมรรถนะในการปฏิบัติงานของบุคลากร มีความสัมพันธ์ในทางตามกันกับประสิทธิผลในการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งการศึกษาของ พชรวิทย์ จันทร์ศิริสิร (2560)[17] พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะหลักกับประสิทธิภาพการทำงานโดยรวม มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.2 การจัดการระบบที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติตามขั้นตอนในแผนงาน การตรวจสอบผลการดำเนินงาน และการปรับปรุงการดำเนินงาน ดังการศึกษาของ จรุญ จับบัง และคณะ (2555)[19] พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้น คือมีระบบการบริหารจัดการที่ดี นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการศึกษาที่มีประสิทธิผล

1.3 วิธีการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน คือ การพัฒนาตนเองให้เกิดความมั่นใจ ทั้งด้านความรู้และทักษะ การทบทวนและสะท้อนผลงานของตน ส่งเสริมการเรียนรู้ของทีมงาน ดังการศึกษาของ พิทยา ศรีเมือง และคณะ (2559)[20] พบว่า การสร้างหรือพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอของทีม ประกอบด้วย การควบคุมตนเอง การทำงานเป็นทีม การปรับวิธีคิด และวิธีการทำงาน วิสัยทัศน์และภาวะผู้นำ

ดังนั้นการจัดระบบผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมด้วยการจัดระบบงานที่มีคุณภาพ จึงจะนำไปสู่การบริหารจัดการระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน จังหวัดลำปาง

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรให้ความสำคัญของการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข ในเรื่องการพัฒนาตนเองให้เกิดความมั่นใจ ทั้งด้านความรู้และทักษะ การทบทวน สะท้อนผลงานของตน และส่งเสริมการเรียนรู้ของทีมงาน

2. ส่งเสริมสนับสนุนให้มีความรู้ ทักษะ แก่บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใหม่ มีการปรับการนิเทศงานในเชิงปฏิบัติการและเชิงบริหาร การสร้างความร่วมมือกับครอบครัว ชุมชน เครือข่าย และการบูรณาการงานทั้งแนวตั้งและแนวราบ

3. ศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรที่มีประสิทธิผลต่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอที่อำนวยความสะดวกให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง และขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการดำเนินงาน "โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558"**. กระทรวงสาธารณสุข, 2558.
2. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. **บทสรุปผลการตรวจราชการ กรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2559 เขตสุขภาพที่ 1-12.** เอกสารอัดสำเนา, 2559.
3. กรมสุขภาพจิต. **แนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก และวัยรุ่นสำหรับ รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สต.** นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต, 2557.
4. Best, J. W. **Research in Education.** Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc, 1970.
5. Ringle, C. M., Wende, S., and Becker,J.M. **Smart PLS.** URL http://www.smartpls.com. สืบค้นเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2559.
6. กมลรัตน□ เกตุบรรลุ และคณะ. **การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและส□งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับปฐมภูมิ.** URL http://203.157.71.139/group_sr/allfile/1423451936.pdf. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2560.
7. พรพิมล ธีรนันทน์ และคณะ. "การติดตามผลการจัดระบบบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี ที่มีปัญหาพัฒนาการในโรงพยาบาลชุมชน ปีงบประมาณ 2557". **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.** 29(3) : 28-41, 2557.
8. ชญาณิษฐ์ ปัญญาทอง. **การพัฒนาระบบบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี.** คลังความรู้สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8. URL http://203.157.168.77/km/?p=777. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2560.
9. พรรณี ลีกิจวัฒนะ. การพัฒนาองค์ประกอบของสมรรถภาพครูเทคโนโลยีสารสนเทศ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น. **วารสารวิจัย มข..** 15(11) : 1101-1114, 2552.
10. กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ. การพัฒนาตัวบ่งชี้อัตลักษณ์ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. **วารสารวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์.** 7(3) : 59-73, 2558.
11. ภัธรภร ปุยสุวรรณ และคณะ. แนวทางการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการสถานศึกษาของสมาคมผู้ปกครองและครูที่เหมาะสมกับสังคมไทย. **วารสารสุทธิปริทัศน์.** 28(87) : 345-367,2557.
12. วราเสฏฐ์ เกษีสังข์. การบริหารจัดการการวัดและประเมินผลการศึกษาของสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน. URL www.ithesis-ir.su.ac.th/dspace/handle/123456789/1028. สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2560.
13. สุมาลี จรุงจิตตานุสนธิ์. การพัฒนารูปแบบการเฝาระวังและสงเสริมเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการลาชาใน จังหวัดบุรีรัมย์. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.** 35(2) : 122-132, 2560.
14. สกาวรัตน์ เทพรักษ์ และคณะ. **ปัจจัยด้านการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง และการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในเขตสาธารณสุขที่ 4 และ 5.** งานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557.
15. นิตยา คชภักดี. **พัฒนาการเด็ก.** ใน: ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย และคณะ,บรรณาธิการ. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: บริษัท บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด, 2554.
16. พนิต โล่เสถียรกิจ และคณะศูนย์อนามัยที่ 1-12 กรมอนามัย. **สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย.** ศูนย์อนามัยที่ 1-12 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558.
17. พชรวิทย์ จันทร์ศิริสิร. การพัฒนาสมรรถนะหลักและประสิทธิภาพในการทำงานของข้าราชการครู ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. **วารสารสุทธิปริทัศน์.** 31(100) : 144-158, 2557.

18. ขวัญจิรา เพชรคง และบรรพต กิติสุนทร. **สมรรถนะที่มีความสัมพันธ์ต่อประสิทธิผลในการปฏิบัติงานของ บุคลากรบริษัท ซีพี ออลล์ จำกัด (มหาชน) สำนักงานปฏิบัติการเขตกรุงเทพฯและปริมณฑล 1 ภาคตะวันออก.** URL http://pws.npru.ac.th/banpot/data/files/A1.pdf. สืบค้นเมื่อ 13 กรกฎาคม 2560.

19. จรุญ จับบัง และคณะ. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการศึกษาตามยุทธศาสตร์ การพัฒนาโรงเรียนขนาดเล็ก ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. **วารสารการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา.** 6(2) : 59-72, 2555.

20. พิทยา ศรีเมือง และคณะ. การประเมินผลโครงการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอของประเทศไทย. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.** 9(3) : 152-163, 2559.

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน : ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสารกลุ่มที่	สาขา
1	วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์	0859-6808	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์	1	วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

Back to top

Copyright 2005, Thai-Journal Citation Index (TCI) Centre. All rights reserved.
Contact. tci.thai@gmail.com

การพัฒนาตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป

Development of Mental Health Literacy Indicators for the Public

ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ (Sriprapai Inchaithep) [1]
สิริอร พัวศิริ (Siriorn Puasiri) [1]
มณีรัตน์ พันธุ์สวัสดิ์ (Maneerat Punsawat) [1]
ประภาศรี ทุ่งมีผล (Prapasri Thungmepon) [1]
วินัย รอบคอบ (Winai Robkob) [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์ตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต และตรวจสอบคุณภาพของโมเดลการประเมินรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง คือประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จังหวัดลำปาง จำนวน 960 คน ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โดยใช้โปรแกรม LISREL 8.72 ผลการวิจัยพบว่า

1. ตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ 48 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต จำนวน 15 ตัวบ่งชี้ 2) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต จำนวน 12 ตัวบ่งชี้ และ3) ด้านความความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต จำนวน 21 ตัวบ่งชี้

2. ผลการตรวจสอบคุณภาพของโมเดลการประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ได้ค่า Chi square = 1954.66 , df = 1060, $p = .0421$, GFI = 0.94, AGFI = 0.93, RMR = 0.04, RMSEA=0.013 โดยตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักสูงสุด 4 อันดับแรก ได้แก่ 1) การบอกความรู้สึก/เล่าอาการที่เปลี่ยนแปลงให้แก่บุคลากรสุขภาพ 2) ถ้ามีปัญหาสุขภาพจิตสามารถโทรสายด่วน 1323 3) สถานบริการด้านสุขภาพจิตในชุมชนที่ใกล้ที่สุด คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 4) ความคิดอยากตายเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นกับใครก็ได้

คำสำคัญ : การพัฒนาตัวบ่งชี้, การรู้เท่าทันสุขภาพจิต, ประชาชนทั่วไป

1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang
อีเมล์: inchaithep@gmail.com
E-mail: inchaithep@gmail.com

ABSTRACT

The purposes of this research were to synthesize the indicators of mental health literacy indicators for the public and to validate the evaluation model. The samples consisted of 960 participants including people age 15 and above in Lampang province. The multi-stage random sampling technique was used. The research instrument was a questionnaire on mental health literacy. Data were analyzed by confirmatory factor analysis using LISREL 8.72. The results of the study were as follows:

1. The mental health literacy indicators for the public. consisted of three factors and 48 indicators. The factors include: 1) Knowledge about mental health and mental disorders consisted of 15 indicators 2) Beliefs about mental health and mental disorders consisted of 12 indicators 3) Abilities to recognize, prevention and management of mental health problems consisted of 21 indicators.

2. The quality of mental health literacy evaluation model fitted with empirical data was found as the Chi square = 1954.66, df = 1060, *p = .0421*, GFI = 0.94, AGFI = 0.93, RMR = 0.04, RMSEA=0.013. The highest four factors loading were 1) express the feelings/explain the changing symptoms to health professional, 2) available of accessing 1323 - mental health hotline, 3) the nearest community mental health service is the Sub - district Health Promoting Hospital and 4) suicidal idea is normal life situation.

Keywords : Development indicators, Mental health literacy, The public

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยได้ประสบปัญหาภาวะเศรษฐกิจมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในหลายๆ ด้าน ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้ลักษณะการดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปมาก ประชาชนเกิดความตึงเครียดส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงประชาชนมีความคาดหวังและความกดดันในการใช้ชีวิตค่อนข้างสูง จึงส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชนอย่างมาก ซึ่งเห็นได้จากทั่วโลกที่มีผู้ป่วยจิตเวชถึง 26 ล้านคน (Thai Health Promotion Foundation, 2014) ขณะที่ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 1,734,410 คน ซึ่งในปี พ.ศ. 2556 พบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเวชในจังหวัด

ลำปาง จำนวน 3,778 คน (Department of Mental Health, 2015) และจากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตมีแนวโน้มสูงขึ้นสัมพันธ์กับการประมาณการจากองค์การอนามัยโลกว่าภายในปี 2563 โรคที่เป็นสาเหตุความสูญเสีย 10 อันดับแรก เป็นโรคทางจิตเวชถึง 5 โรค ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคติดสุรา โรคจิตทางอารมณ์ โรคจิตเภท และ โรคย้ำคิดย้ำทำ

ปัญหาสุขภาพจิตที่เพิ่มมากขึ้นมาจากการที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมสิ่งแวดล้อมได้ จึงแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่แปรเปลี่ยนไปตามสิ่งเร้าที่มากระทบ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ความคับข้องใจ ความขัดแย้ง ความไม่สมหวังในชีวิต ถ้าหากบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้จะเกิดผลกระทบต่อบุคคล ทำให้เกิดความทุกข์ ขาดความสามารถ บกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Videbeck, 2011) ซึ่งระดับความรุนแรงของปัญหาทางจิตขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคลในการแก้ปัญหาที่แต่ละบุคคลต้องเผชิญ ในบุคคลที่มีความสามารถในการปรับตัวต่อปัญหาสูง โอกาสที่บุคคลนั้นจะพิจารณาหาทางแก้ปัญหาจะมีมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ความรุนแรงของปัญหาหรือสภาวะความวุ่นวายใจต่างๆ มีแนวโน้มที่จะลดลง (Kaewprom et al., 2014) ทั้งนี้ความสามารถในการปรับตัวต่อปัญหาทางจิตของบุคคลมีผลมาจากการที่บุคคลสามารถรับรู้ปัญหาของตนเอง การแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต ผลการศึกษาของ Jorm และคณะ พบว่า การแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจะพบเฉพาะในคนที่สามารถรับรู้ปัญหาของตนเองและมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาทางจิต ซึ่งการรับรู้ความเข้าใจ การเข้าถึง และหาแนวทางแก้ไขปัญหาทางจิต เป็นองค์ประกอบของทักษะการรู้เท่าทันสุขภาพจิต (Jorm et al., 2007)

การรู้เท่าทันสุขภาพจิต (mental health literacy) เป็นความรู้ ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ทำให้บุคคลตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิต และสามารถจัดการหรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ นอกจากนี้ยังรวมถึงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดรักษาบุคคลที่มีปัญหาทางจิต ตลอดจนแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาดังกล่าว (Jorm et al., 2006) การรู้เท่าทันสุขภาพจิตมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต 2) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต และ 3) ด้านความความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต (Jorm et al., 1997) บุคคลที่มีการรู้เท่าทันสุขภาพจิตจะตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้างได้ และมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิต (Langlands et al., 2008) รวมถึงมีความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติ รู้วิธีการหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการรักษา การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ ทัศนคติที่ส่งเสริมการรับรู้ และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม

จะเห็นได้ว่าการรู้เท่าทันสุขภาพจิตเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญ แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าเครื่องมือในการประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิตในประเทศไทยยังไม่มีให้เลือก

หลากหลาย ส่วนใหญ่นิยมใช้แบบประเมินของ Jorm et al. (2006) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ให้ผู้ตอบวิเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต แล้วตอบคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ที่กำหนดด้วยการเขียนอธิบาย ซึ่งผู้ที่จะตอบแบบสอบถามในลักษณะนี้ได้จะต้องสามารถอ่านออกเขียนได้และมีความเข้าใจศัพท์ด้านสุขภาพจิต จึงเป็นข้อจำกัดในการนำเครื่องมือมาใช้ในกลุ่มประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศไทย โดยเฉพาะในจังหวัดลำปาง ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ยังมีความสามารถในสื่อสารด้วยการอ่าน การตีความ และการอธิบายอยู่ในระดับที่ยังไม่ดีนัก นอกจากนี้ยังพบว่า ยังไม่มีการพัฒนาเครื่องมือประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิตในประเทศไทยที่เหมาะสมกับบริบทของคนไทย การศึกษาส่วนใหญ่จะเป็นการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของคนไทย โดยใช้เครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพจิต ความสุข และความเครียดของประชาชนในแต่ละพื้นที่ ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต และยังไม่พบว่ามีการประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับแนวโน้มการเจ็บป่วยทางจิต และความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยทางจิต (Jorm et al., 2007) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาเครื่องมือประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต โดยผ่านกระบวนการพัฒนาตัวบ่งชี้และวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยอาศัยหลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ตามวิธีการของ Johnstone (1981) ซึ่งเป็นวิธีที่ทำให้ได้ตัวบ่งชี้ที่มีประสิทธิภาพ ถูกต้องและแม่นยำ เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพ เป็นประโยชน์ต่อการเสริมสร้างสุขภาพจิต และป้องกันการเกิดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสังเคราะห์ตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป

2. เพื่อตรวจสอบคุณภาพของโมเดลการประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป

สมมติฐานการวิจัย

โมเดลการประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับประชาชนทั่วไป ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต 2) องค์ประกอบด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต และ 3) องค์ประกอบด้านความความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากร ประชากรเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนในจังหวัดลำปาง ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดลำปาง

2. ขอบเขตด้านเนื้อหา การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษา ในประเด็นต่อไปนี้

2.1 ตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับประชาชนทั่วไป ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต 2) องค์ประกอบด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต และ 3) องค์ประกอบด้านความความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกันและการจัดการปัญหาทางจิต

2.2 คุณภาพของโมเดลการประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป ครอบคลุมความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) และความเชื่อมั่น (Reliability)

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา เก็บรวบรวมข้อมูลช่วงมีนาคม 2560 ถึง มิถุนายน 2560

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบวิจัยเป็น การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดลำปาง จำนวน 646,258 คน (Registration Office Department of Administration, 2017)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนในจังหวัดลำปาง มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกล้วยแพะ , โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีหมวดเกล้า และ โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง จำนวน 960 คน ประกอบด้วย วัยรุ่นอายุ 15- 20 ปี จำนวน 180 คน วัยผู้ใหญ่อายุ 20-59 ปี จำนวน 465 คน และวัยผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 315 คน โดยคำนวณจากสัดส่วนของประชากรแต่ละกลุ่มวัย เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ ซึ่งกำหนดไว้ว่า สัดส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่างต่อตัวบ่งชี้ควรเป็น 20:1 สัดส่วนต่ำสุดที่พอใช้ได้ คือ 5:1 (Hair et al., 2006) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างต่อตัวบ่งชี้ 20:1 จำนวนตัวบ่งชี้ 48 ตัวบ่งชี้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 960 คน ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) จาก 13 อำเภอในจังหวัดลำปาง ได้อำเภอเมือง

ขั้นที่ 2 สุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยแบ่งประชากรตามพื้นที่ให้บริการเป็นหน่วยปฐมภูมิ และหน่วยบริการทติยภูมิและตติยภูมิ แล้วสุ่มพื้นที่ออกมา โดยหน่วยปฐมภูมิสุ่มได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกล้วยแพะ , โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีหมวดเกล้า ส่วนหน่วยบริการทติยภูมิและตติยภูมิได้ โรงพยาบาลลำปาง

ขั้นที่ 3 เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) หน่วยบริการสุขภาพกำหนดพื้นที่ ที่เป็นชุมชนที่ประชาชนมีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุดและน้อยที่สุด จำนวน 2 ชุมชนต่อหน่วยบริการสุขภาพ โดยคณะผู้วิจัยได้ประสานงานผู้นำชุมชน ประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย และคณะผู้วิจัยเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในแต่ครอบครัวจนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Jorm et al. (1997) จำนวน 52 ข้อ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต เป็นแบบทดสอบถูกผิดจำนวน 16 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

12 - 16 คะแนน มีความรู้อยู่ในระดับ ดี

8 - 11 คะแนน มีความรู้อยู่ในระดับ ปานกลาง
0 - 7 คะแนน มีความรู้อยู่ในระดับ ไม่ดี

ตอนที่ 2 แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 13 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.00 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต อยู่ในระดับดีมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต อยู่ในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต อยู่ในระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต อยู่ในระดับไม่ดี

ตอนที่ 3 แบบประเมินความความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิตเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 23 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.00 ความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการปัญหาทางจิต ดีมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 ความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการปัญหาทางจิต ดี

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 ความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการปัญหาทางจิต พอใช้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 ความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการปัญหาทางจิต ไม่ดี

<u>การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ</u>

1. การตรวจสอบความตรง (Validity) ของตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยการวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of congruence: IOC) พบว่า มีตัวบ่งชี้ 4 ตัว ที่มีค่า .40 จึงตัดออก เหลือ 48 ตัวบ่งชี้ที่มีค่า IOC อยู่ระหว่าง .80 ถึง 1.0

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับวัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ที่มาร่วมกิจกรรมพยาบาลนิทรรศน์ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง กลุ่มละ 10 คน รวม 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงโดยวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบประเมินด้านความรู้ ด้วยวิธี KR-20 ได้ค่าเท่ากับ .72 ส่วนแบบประเมินด้านความเชื่อ และด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha) ได้ค่าเท่ากับ .81 และ .88 ตามลำดับ

<u>การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง</u>

คณะผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง หมายเลขเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ E 2559/12

<u>การเก็บรวบรวมข้อมูล</u>

1. สังเคราะห์ตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนในจังหวัดลำปาง โดย

1.1 ศึกษาเอกสารแนวคิดของการรู้เท่าทันสุขภาพจิต และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรู้เท่าทันสุขภาพจิต

1.2 กำหนดตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไข โดยเมื่อ

พิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (IOC) พบว่า มีตัวบ่งชี้ 4 ตัว ที่มีค่า .4 จึงตัดออก

1.3 ตรวจสอบความเที่ยงของตัวบ่งชี้ก่อนนำไปเก็บข้อมูล

2. วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis)

2.1 คณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจัดทำแบบสอบถาม เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกล้วยแพะ , โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีหมวดเกล้า และ โรงพยาบาลลำปาง โดยกลุ่มตัวอย่างที่อ่านออกเขียนได้ให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ส่วนผู้ที่อ่านไม่ออกคณะผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ตอบ

2.2 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืน ตัดแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ออกจำนวน 48 ชุด และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนครบ 960 ชุด เพื่อนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

<u>การวิเคราะห์ข้อมูล</u>

1. วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

2. วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการประเมินด้วยสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) โดยใช้โปรแกรม LISREL 8.72

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย สามารถสรุปได้ ดังนี้

1. ผลการสังเคราะห์ตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกำหนดองค์ประกอบการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ตามแนวคิดของ Jorm et al. (2006) จำนวน 3 องค์ประกอบ ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ตัวบ่งชี้ให้สอดคล้องกับองค์ประกอบ ทั้ง 3 ด้าน จำนวน 52 ตัวบ่งชี้ เมื่อผ่านกระบวนการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่ามีตัวบ่งชี้ที่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 48 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต และความผิดปกติทางจิต มีจำนวน 15 ตัวบ่งชี้ 2) องค์ประกอบด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต มีจำนวน 12 ตัวบ่งชี้ และ 3) องค์ประกอบด้านความความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต มีจำนวน 21 ตัวบ่งชี้

2. ผลการตรวจสอบคุณภาพของโมเดลการประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับประชาชนทั่วไป พบว่า มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งพิจารณาจากเกณฑ์ของค่าสถิติวัดความกลมกลืนของโมเดล พบว่าทุกค่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ยกเว้นค่า Chi square - sig ที่น้อยกว่า .05 แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาค่า Chi square/ df พบว่า มีค่าเท่ากับ 1.84 ซึ่งน้อยกว่า 2 จึงถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (Kline, 2011, Wiratchai, 1999) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสถิติวัดความกลมกลืนของโมเดลการประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป

ดัชนีความกลมกลืน	เกณฑ์ที่ดี	ค่าที่ได้	ผลการพิจารณา
Chi square/ df	< 2	1.840	ผ่าน
GFI	>0.90	0.94	ผ่าน
AGFI	>0.90	0.93	ผ่าน
CFI	>0.90	0.97	ผ่าน
RMR	<0.05	0.04	ผ่าน
SRMR	<0.05	0.038	ผ่าน
RMSEA	<0.05	0.013	ผ่าน

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า โมเดลการประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต มีจำนวน 15 ตัวบ่งชี้ 2) องค์ประกอบด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต มีจำนวน 12 ตัวบ่งชี้ และ 3) องค์ประกอบด้านความความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกันและการจัดการปัญหาทางจิต มีจำนวน 21 ตัวบ่งชี้ รายละเอียดดังแสดงในภาพที่ 1

เมื่อพิจารณาแต่ละองค์ประกอบพบว่า น้ำหนักองค์ประกอบของแต่ละตัวบ่งชี้ มีดังนี้

1. องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต มีจำนวน 15 ตัวบ่งชี้ (KN1-KN15) มีน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .39 -.62 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .20 - .32 การทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าสถิติ t) มีค่าอยู่ระหว่าง 14.15 - 18.12 และค่า R^2 คือ ความเที่ยงในการวัดองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .48 - .74 โดยตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุดสามอันดับแรกได้แก่ สถานบริการด้านสุขภาพจิตในชุมชนที่ใกล้ที่สุดคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การทำหน้าที่ที่บกพร่องของสมองเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต อาการซึมเศร้าเกิดในคนที่มีจิตใจอ่อนแอ และผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถมองเห็นและได้ยินบางอย่างที่คนอื่นไม่เห็นหรือไม่ได้ยิน โดยมีน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .62, .56 และ .55 ตามลำดับ

2. องค์ประกอบด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต มีจำนวน 12 ตัวบ่งชี้ (BE1 - BE12) มีน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .42 - .60 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .24 - .30 การทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าสถิติ t) มีค่าอยู่ระหว่าง 13.86 - 20.22 และค่า R^2 คือ ความเที่ยงในการวัดองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .44 - .71 โดยตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุดสามอันดับแรกได้แก่ การเจ็บป่วยทางจิตเกี่ยวข้องกับไสยศาสตร์และเรื่องเหนือธรรมชาติ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเป็นสิ่งที่ควรปกปิด เพราะเป็นเรื่องน่าอับอาย และเฉพาะผู้ที่มีอาการรุนแรงเท่านั้นที่จำเป็นต้องรักษาด้วยยา โดยมีน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .60, .56 และ .55 ตามลำดับ

3. องค์ประกอบด้านความรู้ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต มีจำนวน 21 ตัวบ่งชี้ (RE1 - MA7) มีน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .41 - .68 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .24 - .40 การทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ

(ค่าสถิติ t) มีค่าอยู่ระหว่าง 17.64 - 20.25 และค่า R^2 คือความเที่ยงในการวัดองค์ประกอบ อยู่ระหว่าง .54 - 0.79 โดยตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุดสามอันดับแรก ได้แก่ ความสามารถบอกความรู้สึก/เล่าอาการที่เปลี่ยนแปลงให้แก่บุคลากรสุขภาพ ถ้ามีปัญหาสุขภาพจิตสามารถโทรสายด่วน 1323 และความคิดอยากตายเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นกับใครก็ได้ โดยมีน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .68, .65 และ .61 ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการสังเคราะห์ตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป พบว่า ตัวบ่งชี้ที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานสามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ข้อความที่เป็นรายการคำถามใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายทำให้ประชาชนทั่วไป ทั้งที่อ่านออกเขียนได้ และไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ สามารถเข้าใจข้อคำถามได้ทุกตัว ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้าง และความมีความเที่ยงเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของเครื่องมือประเมิน (Kanjanawasee, 2009) ทั้งนี้ผลวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ที่พบว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แสดงให้เห็นว่าตัวบ่งชี้ที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้การประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับประชาชนทั่วไปได้ โดยมีความเที่ยงในการประเมินอยู่ระหว่าง .44 - .79 เป็นระดับที่น่าเชื่อถือในการประเมิน วิธีการพัฒนาดังกล่าวนี้ เป็นไปตามแนวทางที่ Johnstone (1981) ได้อธิบายไว้ว่า การพัฒนาตัวบ่งชี้โดยการนิยามเชิงประจักษ์ เป็นการรวมกลุ่มความสัมพันธ์ของตัวแปร และกำหนดน้ำหนักของตัวแปร ที่เป็นวิธีการพัฒนาตัวบ่งชี้ที่น่าเชื่อถือมากที่สุด

การรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต และความความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต เมื่อพิจารณาตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักสูงสุด ในองค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต ความรู้เกี่ยวกับสถานบริการด้านสุขภาพจิตในชุมชน สาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต และอาการของผู้ที่มีปัญหาทางจิตโดยเฉพาะโรคซึมเศร้า และโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยในคนไทย เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญ และสามารถพัฒนาได้โดยการให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อให้เกิดความตระหนักและสามารถป้องกัน แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตได้ ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับ Langlands et al. (2008) ที่พบว่า บุคคลที่มีความรู้เท่าทันสุขภาพจิตจะตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้างได้ รู้วิธีการหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการรักษาและการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพได้

องค์ประกอบด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต พบว่า ตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเกี่ยวข้องกับไสยศาสตร์ และเรื่องเหนือธรรมชาติ รวมถึงการตีตราผู้ป่วยทางจิตว่าเป็นสิ่งที่น่าอับอาย จำเป็นต้องปกปิดไม่ให้สังคมรับรู้ ตัวบ่งชี้เหล่านี้ เป็นไปตามความเชื่อที่ถูกสั่งสมมาจากสมัยก่อน ที่บอกต่อกัน

มาว่าการป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเกิดจากการสิงสู่จากสิ่งชั่วร้าย ต่อมาความเชื่อได้เปลี่ยนไป คิดว่าเกิดจากความอ่อนแอทางจิตใจของผู้ป่วย ทำให้เกิดเป็นตราบาปที่ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบ (Kittirattanapaiboon, 2006)

ส่วนองค์ประกอบในด้านความความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต พบว่า ตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด ได้แก่ ความสามารถในการบอกความรู้สึก/เล่าอาการที่เปลี่ยนแปลงให้แก่บุคลากรสุขภาพ และการหาแสวงแหล่งช่วยเหลือ เช่น โทรสายด่วน 1323 ผลการศึกษาเป็นไปตามข้อสรุปของ Jorm et al (2007) ที่กล่าวว่า การรู้เท่าทันสุขภาพจิต เป็นระดับความสามารถของแต่ละบุคคลในการแก้ปัญหาใดๆ ขึ้นกับศักยภาพและความสามารถของบุคคลนั้น ในด้านความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงความรู้ ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งมีผลต่อการที่บุคคลนั้นจะพิจารณาหาทางแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงการแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต ดังนั้น ผู้ที่สามารถรับรู้ปัญหาของตนเอง และมีทัศนคติที่ดี จะสามารถในการรับรู้ เข้าใจ เข้าถึง และหาแนวทางแก้ไขปัญหาทางจิตได้ และสอดคล้องกับแนวคิดของ Langlands et al. (2008) ที่อธิบายไว้ว่า บุคคลที่มีความรู้เท่าทันสุขภาพจิตจะตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง และคนรอบข้างได้ และมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิต

การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิตครั้งนี้ จึงสามารถใช้เป็นแนวทางให้หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขได้นำข้อมูลที่ได้ มาวางแผนและหาแนวทางในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาอันเนื่องจากการขาดการรู้เท่าทันสุขภาพจิต (Ganasen et al., 2008) การพัฒนาตัวบ่งชี้ในครั้งนี้ จะช่วยให้หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิตของบุคคล และถือว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะใช้ในการคัดกรอง เพื่อนำผลการประเมินไปใช้ในการป้องกันการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เนื่องจากการที่บุคคลรู้เท่าทันสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้าน ในระดับที่ดี จะส่งผลทำให้การเกิดปัญหาทั้งทางด้านสุขภาพจิตและสุขภาพกายลดลง (Berkman et al., 2017; Prince et al., 2007)

ข้อเสนอแนะ

<u>ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้</u>

1. หน่วยงานด้านสุขภาพจิต และหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถนำเครื่องมือประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิตซึ่งได้จากการวิจัยในครั้งนี้ ไปใช้ประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิตเพื่อนำข้อมูลไปวางแผนการพัฒนาการรู้เท่าทันสุขภาพจิตแก่ประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ขึ้นไป เพื่อส่งเสริมความรู้ ความตระหนักและสามารถป้องกันแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตได้

2. เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง และมีความสะดวกในการใช้ ซึ่งจะทำให้ผู้ประเมินได้ทราบระดับการรู้เท่าทันสุขภาพจิตของตนเอง นำไปสู่ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาตนเอง

3. ในการนำตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิตไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนาการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ผู้รับผิดชอบสามารถนำตัวบ่งชี้ที่พบว่ามีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงไปเร่งรัดพัฒนาก่อน เช่น การสร้างความไว้วางใจให้ผู้รับบริการสามารถเปิดเผยความรู้สึกหรืออาการที่เปลี่ยนแปลงให้แก่บุคลากรสุขภาพ การ

ประชาสัมพันธ์ช่องทางโทรสายด่วน 1323 เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต การให้ความรู้ในด้านสาเหตุและอาการเตือนของการเจ็บป่วยทางจิต และการแก้ไขความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเกิดความผิดปกติทางจิต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปพัฒนาเป็นรูปแบบหรือแนวทางการประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับคนไทย เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้ครอบคลุมทุกพื้นที่

2. ควรศึกษารูปแบบหรือแนวทางการพัฒนาการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ให้ครอบคลุมกับตัวบ่งชี้ที่สังเคราะห์ได้ เพื่อให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปใช้ส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างเป็นรูปธรรม

References

Berkman, N.D., Sheridan S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., & Crotty, K. (2017). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine, 55*(2), 97-115.

Department of Mental Health. (2015). *Annual Report, Department of Mental Health*, Ministry of Public Health Annual Fiscal Year 2015. Bangkok: PRINTING LTD. (in Thai)

Ganasen, K.A., Parker, S., Hugo C.J., Stein D.J., Emsley R.A., & Seedat, S. (2008). Mental health literacy: focus on developing countries. *African Journal of Psychiatry*, *11,* 23 - 28.

Hair, J. F. Jr. Black, W. C., Babin, B. J. Anderson, R. E. & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate data analysis*. (6th ed). New Jersey: Prentice Hall.

Johnstone, J. N. (1981). *Indicators of education system*. London: The Anchor Press.

Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, R.A., et al. (1997). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, *166*, 182-186.

Jorm, A.F., Barney L.J., Christensen H., Highet N.J., Kelly C.M., & Kitchener B.A. (2006). Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*(1), 3-5.

Jorm, A.F., Kitchener, B.A., Kanowski, L.G. & Kelly, C. (2007). Mental health first aid training for members of the public. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. *7* (1), 141-151.

Kaewprom C., Yuthavisut S., Pratoom L., & Boontum A., (2014). Mental health literacy among village health workers A case study of two sub-districts in Kloong, Chantaburi. *Journal of health science*, *8*(1),10 -16. (in Thai)

Kanjanawasee. S, (2009). *Modern test theories*. Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai)

Kittirattanapaiboon P., (2006). *A psychiatric guide for the public*. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (in Thai)

Kline R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. 3rd ed. New York: The Guilford press.

Langlands R.L., Jorm A.F., Kelly C.M., & Kitchener B.A. (2008). First aid for depression: A Delphi consensus study with consumers, carers and clinicians. *Journal of Affective Disorders*, *105*(1-3), 157-165.

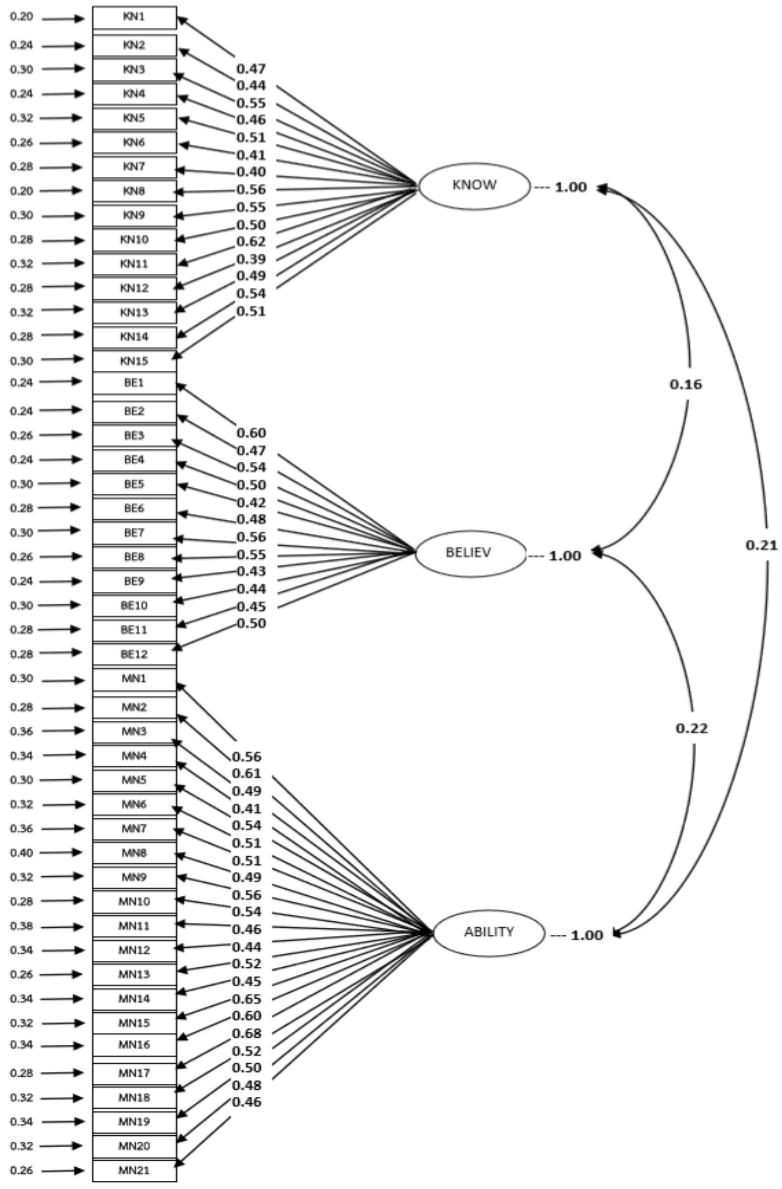
Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M.R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, *370* (9590), 859-77.

Registration Office Department of Administration. (2017). *Population and housing statistics - Population aged 2560.* Retrieved from; stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age.php. (in Thai)

Thai Health Promotion Foundation. (2014) *Annual Report 2557*. Bangkok: Office of Health Promotion Fund. (in Thai)

Videbeck, S. L. (2011). *Psychiatric mental health nursing*. (5th ed). China: Wolters Kluwer.

Wiratchai, N. (1999). *LISREL statistical analysis for research*. Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai)



ภาพที่ 1 โมเดลการประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน : ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสารกลุ่มที่	สาขา
1	วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์	0859-6808	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์	1	วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

Back to top

Copyright 2005. Thai-Journal Citation Index (TCI) Centre. All rights reserved.
Contact. tci.thai@gmail.com

ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน การจัดการตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

Relationship between Risk Perceptions, Health Behavior Self-management and Blood Sugar Level among Diabetic High Risk Population in Muang, Lampang Province

ธีรารัตน์ บุญกุณะ (Theerarat Boonkuna) [1]
อุษณีย์ วรรณาลัย (Usanee Wannalai) [2]
สุดาวัลย์ สายสืบ (Sudawan Saisueb) [3]
โอภาส ประมูลสิน (Opas Pramoonsin) [4]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน การจัดการตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 380 คน ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะที่ปลายนิ้วช่วง 100 - 125 มก. ด้วยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ Cluster Random Sampling เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน การจัดการตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพ และผลการตรวจคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรง IOC ของเนื้อหา ค่าความตรงอยู่ในระดับ .66 – 1 และการค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78 และ .82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการหาความสัมพันธ์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน (Pearson's Coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการด้านอารมณ์ 2) การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และการจัดการด้านอารมณ์ 3) การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการด้านอารมณ์ และมีความสัมพันธ์ทางบวก

1 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง อีเมล์: theera19@hotmail.com
RN., Senior Professional Level. Boromarajonani College of Nursing, Lampang. E-mail: theera19@hotmail.com
2 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
RN., Senior Professional Level. Boromarajonani College of Nursing.Lampang.
3 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
RN., Senior Professional Level. Boromarajononi College of Nursing.Lampang.
4 พยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
RN., Practitioner Level. Boromarajonani College of Nursing. Lampang

กับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ และ 4) ค่าระดับน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย

ข้อเสนอแนะควรพัฒนาแนวทางการส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานให้มีความเชื่อทางสุขภาพที่ดี กระตุ้นการรับรู้ต่อภาวะเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ของปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรค และศึกษาข้อมูลเชิงลึกต่ออุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

คำสำคัญ: การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน, การจัดการตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพ, กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน, ระดับน้ำตาลในเลือด

ABSTRACT

This descriptive correlation design aimed to study the relationship between risk perceptions, health behavior self-management and blood sugar level among diabetic high risk population in Muang, Lampang province. 380 samples were diabetic high risk who had blood sugar level 100 – 125 mg% using cluster random sampling method. The instruments consisted of personal information, risk perceptions and health behavior self-management questionnaires and record of blood sugar test. The IOC content validity were between .66 and 1. The reliability coefficients were .78 and .82. The data analysis using descriptive statistics: percentage, mean, standard deviation and Pearson's coefficient for correlation.

The results showed 1) health belief had a positive relationship with eating control behavior, exercise, and emotional management; 2) Perceived benefit was positively associated with exercise and emotional management; 3) Perceived barrier had a negative relationship with eating control behavior and emotional management. In contrast, perceived barrier was positively correlated to health risk behavior; and 4) Blood sugar level was negatively associated with perceived susceptibility, eating control behavior and exercise.

The suggestion would be the development of promotion guideline for diabetic high risk population to maintain health behaviors by enhancing perceptions of susceptibility and benefits as well as an in-depth study to find out the barriers that effect on performing health behavior.

Keywords: Risk perception, Health behavior self-management, Diabetic risk population, Blood sugar level

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์โรคเบาหวานในปัจจุบันนับวันจะเป็นปัญหาสาธารณสุขเป็นอันดับต้นๆของอัตราการเจ็บป่วยของประชากรโลก องค์การอนามัยโลก (World health Organization: WHO) ได้รายงานว่าในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานประมาณ 350 ล้านคนและคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 โรคเบาหวานจะเป็นสาเหตุการตายของประชากรโลกลำดับที่ 7 (World Health Organization, 2015) สอดคล้องกับสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF, 2017) รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมีมากถึง 425 ล้านคนหรือใน 11 คนจะพบผู้ป่วยเบาหวาน 1 คน และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2040จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 642 ล้านคน สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (Diabetes Association of Thailand, 2016) รายงานสถิติอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานว่าอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกๆปี จาก 795.04 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2550 เป็น 1032.50 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2557สถานการณ์โรคเบาหวานของจังหวัดลำปาง จากรายงานผู้ป่วยโรคเบาหวานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง (Lampang Provincial Health Office, 2016) พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 7,138.67 ต่อแสนประชากร และเมื่อพิจารณารายพื้นที่ พบอัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นในพื้นที่ 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองลำปาง อำเภอเกาะคา และอำเภอเมืองปาน และข้อมูลจากการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานของกลุ่มประชากรที่มีอายุ 35ปีขึ้นไปจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2559 มีจำนวนประชากรที่ได้รับการตรวจคัดกรองจำนวน 65,707 คน และพบว่ามีกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีค่าน้ำตาลในกระแสเลือดมากกว่า 100 มก. ซึ่งมีโอกาสที่จะกลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานมีจำนวนถึง 4,148 คน (ร้อยละ 6.31)

โรคเบาหวาน เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ ซึ่งฮอร์โมนดังกล่าวมีหน้าที่นำน้ำตาลในเลือดไปสู่เนื้อเยื่อต่างๆทั่วร่างกายเพื่อใช้ในการสร้างพลังงานและสร้างเซลล์ต่างๆ เมื่อฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ จะส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงเกิน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสาเหตุของโรคเบาหวานนอกจากเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมแล้ว ส่วนใหญ่มักเกิดจากพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเช่น ขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารไม่สมดุล รับประทานหวาน มัน เค็ม เกินพอดี สูบบุหรี่ ดื่มสุรา เป็นต้น (Bunloet, Premgamone & Kessomboon, 2018; Chaimin, 2007) การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพเพื่อป้องกันตนเองจากการเป็นโรคเบาหวานมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันกับ การมีความรู้เกี่ยวกับโรค และอีกส่วนหนึ่งคือการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความตระหนักและความใส่ใจในการดูแลสุขภาพของบุคคล

การดำเนินงานวิจัยภายใต้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Stretcher & Rosenstock, 1997) เป็นแนวคิดที่นำมาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล (Health Behavior) คือการที่บุคคลใด

จะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคบุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเป็นผู้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และโรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ดังนั้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือในกรณีที่เกิดโรคขึ้นแล้วก็จะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพประกอบด้วย การับรู้ของบุคคล (Individual perception) ได้แก่ การับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อปัญหาสุขภาพ (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงอันอาจจะเกิดจากการเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพ (Perceived Severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลมีการปรับเปลี่ยนมุมมองตามความเชื่อและการรับรู้ว่าตนเองกำลังอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค จึงจะทำให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อที่จะควบคุมหรือลดความเสี่ยงที่จะทำให้ตนเองเกิดความเจ็บป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าเมื่อกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ได้ผ่านการตรวจคัดกรองโรคและทราบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคเบาหวานจะมีการรับรู้ต่อการเป็นโรคอย่างไร จะมีการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพของตนเองอย่างไร และการรับรู้ภาวะเสี่ยงจะมีความสัมพันธ์อย่างไรกับการจัดการพฤติกรรมสุขภาพและค่าระดับน้ำตาลในเลือดจากการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในปีถัดไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน การจัดการตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ (Correlation study) ของ 3 ตัวแปรคือ การรับรู้ภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน การจัดการตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด

<u>ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง</u>

ประชากรเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ผ่านการคัดกรองโรคปี พ.ศ. 2559 และมีระดับน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะที่ปลายนิ้วหลังการงดน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ช่วง 100 - 125 mg% พื้นที่ 27 รพ.สต. อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 4,148 คน

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของยามาเน่ (1973) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 365 คนและเพิ่มกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณอีก 10% เพื่อลดการสูญเสียจากการถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยหรือการได้รับแบบสอบถามคืน จะได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ทั้งหมด 402 คน เกณฑ์คัดเข้าคือ 1) กลุ่มเสี่ยงผ่านการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานปี พ.ศ. 2559 และมีระดับน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะที่ปลายนิ้ว ช่วง 100 - 125 mg% และ 2) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการ Cluster Random Sampling ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเลือกสุ่มโดยการจับสลาก (Random sampling)

โดยการเขียนชื่อ รพ.สต.ในเขตอำเภอเมืองทั้ง 27 แห่ง นำสลากที่มีชื่อทั้งหมดใส่ภาชนะเขย่าให้ปนกันแล้วหยิบสลากออกมาทีละ รพ.สต. จนกว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับหรือมากกว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคัดเลือกเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานทุกคนที่มาจาก 4 รพ.สต. ได้แก่ รพ.สต.ศรีหมวดเกล้า จำนวน 130 คน, รพ.สต.ท่าขัว จำนวน 47 คน, รพ.สต.ท่าโทก จำนวน 100 คน และรพ.สต.กล้วยแพะ จำนวน 139 คน

<u>เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย</u>

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ รายได้ อาชีพและการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเติมคำและตรวจสอบรายการ (Check list)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 24 ข้อ ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ของ นันทวดี ดวงแก้ว (Doungkaew, 2008) และการศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามครอบคลุมองค์ประกอบของการรับรู้ภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน 4 ด้าน ดังนี้

1.ความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ

2.การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 8 ข้อ

3.การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน จำนวน 7 ข้อ

4.การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน จำนวน 5 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามของแบบสอบถามส่วนที่ 2 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) การแปลผลระดับการรับรู้ภาวะเสี่ยงโรคเบาหวานแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1.00 - 1.67 หมายถึงมีระดับการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

คะแนน คะแนน 1.68 - 3.35 หมายถึงมีระดับการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 3.36 – 5.00 หมายถึงมีระดับการรับรู้อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมทางสุขภาพจำนวน 20 ข้อ ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานของ นันทวดี ดวงแก้ว (Doungkaew, 2008) และการศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีคำถามครอบคลุมองค์ประกอบของพฤติกรรมทางสุขภาพ 4 ด้าน ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหารจำนวน 7 ข้อ

2. พฤติกรรมด้านออกกำลังกายจำนวน 4 ข้อ

3. พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ

4. พฤติกรรมด้านการจัดการอารมณ์จำนวน 6 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามของแบบสอบถามส่วนที่ 3 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่ปฏิบัติเลย) ถึง 5 (ปฏิบัติเป็นประจำ) และในบางข้อคำถามที่เป็นคำถามที่มีทิศทางเป็นลบ จะต้องมีการกลับคะแนนในทิศทางตรงกันข้าม

ก่อนที่จะมีการแปลผล การแปลผลระดับปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1.00 - 1.67 หมายถึงมีระดับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 1.68 - 3.35 หมายถึงมีระดับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 3.36 – 5.00 หมายถึงมีระดับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดในเลือดจากการเจาะที่ปลายนิ้ว ของกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้จากรายงานจากการตรวจคัดกรองจาก รพ.สต. ปี พ.ศ. 2560

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรง (Validity) ของเครื่องมือพบว่ามีค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) เท่ากับ .66 ถึง 1 การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) จากการนำแบบสอบถามไปทดสอบในกลุ่มประชาชนที่ได้รับการคัดกรองแล้วมีผลระดับน้ำตาลในเลือดช่วง 100 – 125 mg% ใน รพ.สต. อื่นที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ ส่วนที่ 3 มีค่าเท่ากับ .78 และ.82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำเรื่องขออนุมัติการทำวิจัยและวิจัยผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง หมายเลขการรับรองจริยธรรม E 2559/15 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย โดยลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการบ่งชี้กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล และการนำเสนอผลการวิจัยจะรายงานผลเป็นภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนคือขั้นตอนที่ 1 การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 402 คน ในช่วงเดือน กรกฎาคม - กันยายน พ.ศ. 2559 และขั้นตอนที่ 2 คือการรวบรวมผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากการเจาะปลายนิ้วจากการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานจาก 4 รพ.สต. ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้สถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน (Pearson’s Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 380 คน คิดเป็นร้อยละ 94.53 ของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เหลือไม่ไปตรวจคัดกรองสุขภาพปี พ.ศ. 2560

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 218 คน (ร้อยละ 57.4) เพศชาย 162 คน (ร้อยละ 42.6) มีอายุเฉลี่ย 54.37 ปี (SD =10.15) ร้อยละ 38.7 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 31.3 และ ร้อยละ 26.3 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป และเกษตรกร ตามลำดับ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.4) มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง (n = 380)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	162	42.6
หญิง	218	57.4
2. อายุ (ปี) (ค่าเฉลี่ย 54.37 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.15)		
35 – 44	67	17.63
45 – 54	132	37.4
55 – 64	128	33.68
65 ปีขึ้นไป	53	13.95
3. การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	44	11.6
ประถมศึกษา	147	38.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	60	15.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย	101	26.6
อื่นๆ	28	7.4
4. สถานภาพ		
โสด	64	16.8
คู่	262	68.9
หม้าย/หย่า/แยก	54	14.2
5. รายได้ (ต่อเดือน)		
น้อยกว่า 5,000	138	36.3
5,001 – 10,000	122	32.1
10,001 – 15,000	76	20.0
มากกว่า 15,000	44	11.6
6. อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	76	20.0
เกษตรกร	100	26.3
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	34	8.9
รับจ้างทั่วไป	119	31.3
อื่นๆ	51	13.4

2. ระดับการรับรู้ภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.78, SD =.62 และ $\bar{x}$ =3.60 ,SD =.56 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวาน และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.35, SD =.59 และ $\bar{x}$ = 3.22 ,SD =.63 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน (n = 380)

การรับรู้ภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1. ความเชื่อด้านสุขภาพ	3.78	0.62	สูง
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน	3.35	0.59	ปานกลาง
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน	3.60	0.56	สูง
4. การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน	3.22	0.63	ปานกลาง

3. ระดับการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพและค่าระดับน้ำตาลในเลือด

กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านการจัดการอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.90., SD=.57 $\bar{x}$ = 3.09 ,SD = .78) และ $\bar{x}$ = 3.20, SD=.50 ตามลำดับ) ส่วนการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพเช่นการสูบบุหรี่ ดื่มสุราและดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การดื่มชากาแฟอยู่ในระดับที่สูง ($\bar{x}$ = 3.76, SD = .98) และค่าระดับค่าน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง $\bar{x}$ = 111.45, SD = 8.65) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการจัดการตนเองด้านสุขภาพและระดับค่าน้ำตาลในเลือด (n = 380)

การจัดการตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1. พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร	2.90	0.57	ปานกลาง
2. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	3.09	0.78	ปานกลาง
3. พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ	3.76	0.98	สูง
4. พฤติกรรมด้านการจัดการอารมณ์	3.20	0.50	ปานกลาง
5. ระดับน้ำตาลในเลือด (mg%)	111.45	8.65	

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน การจัดการตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือด

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหาร (r = .166, $p < .01$) การออกกำลังกาย (r = .108, $p < .05$) และการจัดการด้านอารมณ์ (r = .358, $p < .001$) 2) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย (r = .126, $p < .05$) และการจัดการด้านอารมณ์ (r = .209, $p < .001$) 3) การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมี

นัยสำคัญกับการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหาร (r = -.163, *p < .01*) การออกกำลังกาย (r = -.115, *p < .05*) และการจัดการด้านอารมณ์ (r = -.169, *p < .01*) และมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ (r = .209, *p < .001*) 4) ค่าระดับน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน (r = -.221, *p < .001*) การจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหาร (r = -.203, *p < .001*) และการออกกำลังกาย (r = -.218, *p < .001*) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน การจัดการตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด (n = 380)

	พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร	พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ	พฤติกรรมด้านการจัดการอารมณ์	ระดับน้ำตาลในเลือด (mg%)
1. ความเชื่อด้านสุขภาพ	.166**	.108*		.358***	
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน					-.221***
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน		.126*		.209***	
4. การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน	-.163**	-.115*	.209***	-.169**	
5. ระดับน้ำตาลในเลือด (mg%)	-.203***	-.218***			

**** p <.001, ** p <.01, * p <.05*

การอภิปรายผล

1. ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการด้านอารมณ์ เมื่อพิจารณาข้อคำถามรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมหรือป้องกันการเจ็บป่วยได้ และเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองเช่นการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยป้องกันความเจ็บป่วยได้มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.65, SD =.89 และ $\bar{x}$ = 4.18, SD =.88 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นความเชื่อทางสุขภาพที่ดีจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเมื่อทราบผลการตรวจคัดกรองสุขภาพแล้วพบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคเบาหวานจึงมีการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหาร และการปฏิบัติการออกกำลังกายมากขึ้น ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ จางวาง และคณะ (Jangwang et al., 2016) ที่ความรู้และการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และสนับสนุนแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher & Rosenstock (1997) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคบุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเป็นผู้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นอาจจะมีความรุนแรงและมี

ผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ดังนั้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือในกรณีที่เกิดโรคขึ้นแล้วก็จะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้

2. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย และการจัดการด้านอารมณ์ กล่าวคือ เมื่อใดก็ตามที่บุคคลรับรู้ว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัตินั้นเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ พรเจริญ บัวพุ่ม และปารวีร์ กุลรัตนาวิโรจน์ (Buapum & Kulrattanawiroj, 2011) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดชัยนาทที่ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสร้างเสริสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3. การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญกับการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการด้านอารมณ์ และมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคเช่น การไม่มีเวลาเนื่องจากต้องทำงาน การเสียค่าใช้จ่ายและการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องที่ยากกับการใช้ชีวิตประจำวันก็เป็นอุปสรรคต่อการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher & Rosenstock (1997) ที่กล่าวเกี่ยวกับการรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) ไว้ว่าการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบซึ่งอาจได้แก่ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างเช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบายการมารับบริการหรือพฤติกรรมปฏิบัตินั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพได้

4. ค่าระดับน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน การจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย กล่าวคือจากผลการตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงโรคเบาหวานทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองกำลังอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน การรับรู้ดังกล่าวมีผลต่อความตั้งใจของกลุ่มตัวอย่างในความต้องการที่จะป้องกันตนเองจากการป่วยเป็นโรค ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงมีมีการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหารคือปฏิบัติการดูแลตนเองในการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่จะเป็นปัจจัยทำให้เกิดโรค เช่น ลดอาหารหวาน มัน เค็ม ลดการกินขนมจุบจิบ และมีการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายให้มากขึ้น พฤติกรรมดังกล่าวอาจจะส่งผลที่ทำให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ สุขสันต์ อินทรวิเชียร (Intarawichian, 2012) ที่พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานภายหลังการเข้าค่ายการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมอย่างมีส่วนร่วม หลังเข้าค่าย 3 เดือน และ 6 เดือน ระดับค่าดัชนีมวลกาย ค่าการวัดรอบเอว ค่าคอเรสเตอรอล ค่าไตรกลีเซอไรด์ ค่าน้ำตาลหลังอาหาร และค่าน้ำตาลก่อนอาหาร มีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ผลจากการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมที่ให้กลุ่มเป้าหมายที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานให้มีความเชื่อทางสุขภาพที่ดี เชื่อในศักยภาพของตนเอง การกระตุ้นการรับรู้ต่อภาวะเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ของปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรค

2. การศึกษาข้อมูลเชิงลึกถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดการปัจจัยที่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรับรู้ว่าเป็นอุปสรรคต่อการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพมากขึ้นและเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่นเพิ่มเติมที่นอกเหนือจากการรับรู้ภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน เช่น ความสามารถการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หรือการได้รับการสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม เพื่อให้เห็นปัจจัยที่มีต่อผลการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเป็นโรคเบาหวานอย่างรอบด้าน

References

Buapum, P., & Kulrattanawiroj, P. (2011). Health promoting behaviors of patients with chronic illness in Chainat province. *Thaksin University Journal, 14*(3), 199 – 205. (in Thai).

Bunloet, A., Premgamone, A., & Kessomboon, P. (2018). Prevalence and associated factors of I-sarn syndrome among the diabetic patients and hypertensive patients in rural communities, public health region 7, Thailand. *Srinagarind Medical Journal, 33*(2), 122 – 128. (in Thai)

Chaimin, U. (2007). *Health behavior of people at risk for diabetes and hypertension in Mueang District, Chiang Rai Province* (Master's thesis). Chiang Mai University, Chiang - Mai. (in Thai)

Diabetes Association of Thailand. (2016). *World Diabetes Statistics*. Retrieved from http://www.dmthai.org/statistic/1558. (in Thai)

Doungkaew, N. (2008). *Health belief and preventive of risk group diabetes mellitus in Ko Kha District, Lumpang Province* (Master's thesis). Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand. (in Thai)

Jangwang S., Pittayapinune, T.,& Chutipattana, N. (2016). Factors related to self-care behavior for prevention of diabetes mellitus and hypertension among population groups at

risk. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 3*(1), 110 - 128. (in Thai)

Lampang Provincial Health Office. (2016). Lampang Health Data Center. Retrieved from https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11 (in Thai).

Stretcher, V., & Rosenstock, I. M. (1997). The Health belief model. In Glanz, K. Lewis, F, M., & Rimer. B. K., (Eds). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco: Josey-Bass.

Intarawichian, S. (2012). Changing health behavior by participate to sustainable, in the diabetes mellitus risk group, Kasetwisai district: Roi-et province. *Khon Kaen Provincial Disease Control Office 6, 29*(2), 65 – 75. (in Thai)

The International Diabetes Federation. (2017). *IDF diabetes atlas 87 th edition: Key message*. Retrieved from http://www.diabetesatlas.org/key-messages.html

World health Organization [WHO]. (2015). World Diabetes Day 2015. Retrieved from http://www.who.int/diabetes/wdd_2015/en/

Yamane, T. (1973). *Statistic: An Introductory Analysis*. 3rd Eds. New York: Harper & row.

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน : ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสารกลุ่มที่	สาขา
1	วารสารปัญญาภิวัฒน์	1906-7658	สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์	1	มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

Back to top

Copyright 2005, Thai-Journal Citation Index (TCI) Centre. All rights reserved.
Contact: tci.thai@gmail.com

วารสาร
ปัญญาภิวัฒน์
PANYAPIWAT JOURNAL
Volume 10 No. 2 May - August 2018



ISSN 1906-7658
วารสารปัญญาภิวัฒน์ (PANYAPIWAT JOURNAL)
ผ่านการรับรองคุณภาพของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย
(Thai-Journal Citation Index Centre-TCI) และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1
และเข้าสู่ฐานข้อมูล ASEAN Citation Index (ACI)

การเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

WOMEN'S HEALTH PREPAREDNESS BEFORE ENTERING THE AGEING

ปานจันทร์ อิ่มหนำ[1] เบญจมาศ ยศเสนา[2] และศรีจันทร์ พลับจั่น[3]
Panjan Imnum[1] Benchamat Yotsena[2] and Srijan Pupjain[3]
[1,2,3]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
[1,2,3]Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การเตรียมความพร้อมของสตรีในด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยใช้ข้อมูลจาก "โครงการการสำรวจประชากรสูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2557" ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประชากรเป้าหมายคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป เลือกเฉพาะผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเท่านั้น จำนวน 9,344 คน และทำการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพจะใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 55 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 82.30 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.10 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 76.01 มีบุตรเฉลี่ย 3 คน และมีสัมพันธภาพในครัวเรือน โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) การเยี่ยมเยือนจากบุตรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 38.95 2) การพูดคุยทางโทรศัพท์ในครัวเรือนทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 38.45 และ 3) ไม่มีการติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ต คิดเป็นร้อยละ 94.11 รายได้เฉลี่ยต่อปี 30,000-59,999 บาท ร้อยละ 32.62 มีรายได้จากการทำงาน ร้อยละ 84.79 มีความพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเอง ร้อยละ 77.30 ไม่มีความต้องการในการทำงานต่อไปในอนาคต ร้อยละ 49.22 มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.55 และมีการตรวจสุขภาพประจำปีจากสถานบริการของรัฐ ร้อยละ 51.74

การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพพบว่า สตรีเกือบทั้งหมดปฏิบัติได้เหมาะสมมากที่สุดคือ การไม่สูบบุหรี่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ยังพบว่า มีสตรีถึงร้อยละ 15.55 ที่ไม่ออกกำลังกาย สตรีดื่มน้ำสะอาดไม่ถึง 8 แก้วต่อวัน หรือดื่มเป็นบางครั้งถึงร้อยละ 28.18 และสตรีกินผักผลไม้เป็นบางครั้ง ร้อยละ 26.16 ซึ่งอาจเป็นเพราะไม่มีเวลา หรือสุขภาพไม่เอื้ออำนวย โดยเฉพาะผู้ที่มีรายได้น้อยส่วนใหญ่จะไม่มีเวลา ต้องทำงานหนัก และไม่มีเวลาเพียงพอที่จะดูแลสุขภาพหรือเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ จึงทำให้ความสนใจต่อการดูแลสุขภาพลดลง ดังนั้นสตรีที่ไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมจึงควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพและได้รับการกระตุ้นเตือนหรือรณรงค์เพื่อให้มีสุขภาพหรือมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อมของสตรี ผู้สูงอายุ สุขภาพ

Corresponding Author
E-mail: violet_079@hotmail.com

Abstract

The purpose of this quantitative study was to examine the situation of women's health preparedness before entering the Ageing. Data derived from the "National Survey of Elderly population in Thailand, 2014" by the National Statistical Office. The target population was 9,344 respondents aged 50 years old who preferred to answer the questionnaire by themselves. The general characteristics and health preparedness of samples will be analyzed and explained by descriptive statistics.

The results showed that the average age of samples was 55 years old with 82.30% of marital status. Most of them were Buddhist (96.10%) with the education level at primary or lower (76.01%). On the average, the samples had three children. In term of the family relationships, it could be divided into three patterns. Firstly, 38.95 percent of samples had child visitation at least once a year. Secondly, 38.45 percent of them have daily contacted each other by phone. Finally, there was no contact via the internet which accounted for 94.11%. Moreover, the average income per year was 30,000-59,999 Baht (32.62%). Most of them had the working income. 77.30% of samples were satisfied with their financial situation and did not want to work after retirement (49.22%). 62.55 percent of samples were healthy and 51.74 percent had the annual health check from the government service sectors.

In term of the health preparedness, we found that the most of health preparedness that samples had been done well was nonsmoking. However, 15.55 percent of samples had no exercise, 28.18 percent of them drink water less than 8 glasses a day and 26.16 percent did not eat fruits and vegetables. It could be anticipated from these results that those samples possibly had no time to do exercise especially people with low income those work hardly and hesitate to care for their health. Therefore, Women who are not prepared should be encouraged to receive health promotion and be alerted or campaigned for well-being.

Keywords: Women's health preparedness, Elderly person, Health

บทนำ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางทางสุขภาพ และมีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพได้มากกว่าประชากรกลุ่มอื่น ทั้งจากสาเหตุการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและการเสื่อมสภาพร่างกายจากความชรา สภาพดังกล่าวบั่นทอนศักยภาพผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมดำเนินชีวิตประจำวัน และโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในสังคม รวมถึงผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติโดยรวม จากการที่ผู้ทุพพลภาพต้องพึ่งพาด้านการดูแลเกื้อหนุน รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ต้องมีมากขึ้น (Berkman & Harootyan, 2003) จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางประชากรดังกล่าวพบว่า ในภาพรวมของประเทศไทยในช่วงหลังศตวรรษที่ 20 อัตราการตายของผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลง แต่ภาวการณ์เจ็บป่วยและทุพพลภาพยังเพิ่มขึ้นอยู่ จึงเป็นสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเชิงสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุไทยที่ยังอยู่ในช่วงการขยายตัวของภาวการณ์เจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิงที่น่าจะเป็นกลุ่มที่มีการขยายตัวของภาวะทุพพลภาพมากกว่าชาย (Jitapunkul, 2000: 42-9) จากผลกระทบทางสุขภาพดังกล่าวที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงน่าจะเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการทุพพลภาพมากกว่าชาย แต่ปัญหาดังกล่าวก็มีแนวโน้มที่จะเพิ่มความสำคัญในเพศชายเช่นกัน แม้ว่าข้อมูลงานวิจัยของไทยที่ศึกษาภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุยังมีไม่มาก และพบสอดคล้องกันว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสพบภาวะทุพพลภาพสูงกว่าเพศชาย ซึ่งเป็นผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมถึงผลจากปัจจัยหลายประการ อาทิ ปัจจัยด้านสังคม ชุมชน และครอบครัว (Boonyakawee, 2007)

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาสถานการณ์การเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อนำไปสู่การวางแผนและการจัดทำนโยบายในการส่งเสริมให้ประชากรไทยมีการเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น อันจะทำให้ประชากรของประเทศมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุทั้งด้านสุขภาพและสังคม ได้อย่างเหมาะสมตามเพศ

ทบทวนวรรณกรรม

ก. แนวคิดเกี่ยวกับเพศภาวะ (Gender) (Udry, 1994; Casado, 2006) เป็นแนวคิดพื้นฐานในความพยายามที่จะทำความเข้าใจถึงความเชื่อมโยงระหว่างเพศ บทบาทเพศที่เกิดขึ้นจากสถานภาพทางสังคม จนเกิดการตั้งคำถามถึงความแตกต่างระหว่างเพศ (sex) กับบทบาทในการดำรงชีวิตของแต่ละเพศภาวะ (gender) ที่จะนำไปสู่การศึกษาและวิเคราะห์บทบาทของหญิงชายในสังคมได้อย่างลึกซึ้ง

“เพศ” (sex) หมายถึง ลักษณะทางธรรมชาติหรือทางชีวภาพที่บ่งบอกทางกายภาพว่า เป็นเพศหญิงหรือเพศชาย โดยเกี่ยวกับสรีระโดยตรง เป็นเรื่องของชีววิทยาที่บ่งบอกความเป็นเพศว่า เป็นสิ่งที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิดและไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (นอกจากการผ่าตัดแปลงเพศที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้แต่เพียงบางส่วนเท่านั้น) ส่วนคำว่า “เพศภาวะ” (gender) หมายถึง รูปแบบของการกระทำที่เชื่อมโยงถึงความเป็นเพศ โดยกำหนดให้แสดงบทบาททางเพศ (บทบาทของเพศหญิง บทบาทของเพศชาย) ตามสรีระทางเพศตามความคาดหวังและเงื่อนไขของวัฒนธรรมทางสังคม การแยกความแตกต่างระหว่าง “เพศ” และ “เพศภาวะ” นั้น นักสตรีนิยมพยายามชี้ประเด็นว่า ในขณะที่ “เพศ” เป็นสภาวะร่างกายที่ธรรมชาติให้มา คนในทุกสังคมและวัฒนธรรมมีร่วมกันและเราไม่สามารถทำการเปลี่ยนแปลงสภาวะดังกล่าวได้ แต่ “เพศภาวะ” คือ คุณสมบัติที่ผันแปรไปตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรม

อีกทั้งนักสตรีนิยมหลายคนได้เชื่อว่า สามารถเปลี่ยนแปลงคุณสมบัติทางเพศภาวะได้ ซึ่งถือว่า ทัศนะดังกล่าวสำคัญยิ่ง ทั้งนี้การให้คุณค่าแก่มนุษย์แต่ละเพศไม่ทัดเทียมกัน การให้ความสำคัญต่อกิจกรรมของชายเหนือกว่าของสตรี ได้หยั่งรากลึกกลายเป็นความเชื่อและค่านิยมที่สะท้อนออกมาให้เห็นในหลายรูปแบบด้วยกัน อาทิ อุดมการณ์และอุดมคติของสมาชิกในสังคมที่ให้เห็นว่า สตรีด้อยกว่าชายในทุกบทบาทและทุกฐานะ การเลี้ยงลูก งานบ้าน เป็นของสตรีโดยหน้าที่ไม่ใช่หน้าที่

ของผู้ชาย เป็นโครงสร้างทางสังคมที่กำหนดรูปแบบของกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองที่ได้แสดงให้เห็นการแบ่งแยกหน้าที่ชัดเจนระหว่างมนุษย์ทั้งสองเพศ รวมทั้งสัญลักษณ์ต่างๆ คำพังเพย สุภาษิต คำสอน นิทาน หรือวรรณกรรมที่แสดงออกมาให้เห็นถึงความด้อยกว่าของสตรี และในความไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศนี้เกิดจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบทบาททางเพศและความสัมพันธ์ระหว่างเพศในสังคม จะขอแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยทางธรรมชาติ (Nature) และปัจจัยทางสังคม (Culture) ดังนี้

ข. ความแตกต่างทางเพศ กับการเจ็บป่วยเป็นโรคและการทุพพลภาพ Yount & Agree (2005) ได้กล่าวว่าเป็นปัจจัยภาวะสุขภาพ มีอิทธิพลในระดับสูงต่อการทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ การมีโรคเรื้อรัง ปัญญาบกพร่อง ขาพิการ ซึมเศร้า สูบบุหรี่ และความบกพร่องในการมองเห็น (Stuck et al., 1999) นอกจากนี้การมีโรคร่วมกันตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปมีความสัมพันธ์ต่อการทุพพลภาพและคุณภาพชีวิตเชิงสุขภาพที่ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญ (Lima et al., 2009) จากงานวิจัยต่างประเทศพบว่า การมีโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีผลต่อการทุพพลภาพแบบ ADL มากกว่า IADL โดยโรคเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีภาวะพึ่งพา ADL ได้แก่ หัวใจขาดเลือด ต้อกระจกและต้อหิน หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ข้ออักเสบ กระดูกพรุน โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน พาร์กินสัน สมองเสื่อม กระดูกสะโพกหัก และโรคปอดเรื้อรัง

การศึกษาวิจัยในประเทศไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 ปี 2549 พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนการเจ็บป่วย และจำนวนโรคเรื้อรังโดยเฉลี่ยที่มากกว่าเพศชาย ทุกกลุ่มอายุ จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการผู้สูงอายุปี 2549 พบว่า เพศหญิงพบโรคเรื้อรังมากกว่าเพศชาย ซึ่งเท่ากับร้อยละ 53.3 และ 41.4 โดยโรคที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพผู้สูงอายุตามความชุก ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อกระดูกร้อยละ 11.5 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 7.9 โรคต่อมไร้ท่อและโรคเบาหวานร้อยละ 3.4 โรคหัวใจร้อยละ 1.9 และโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 1.6 และปัญหาการเจ็บป่วยไม่สบายเพศหญิงจะมีความชุกสูงกว่าเพศชายทุกกลุ่มอายุ และโดยรวมร้อยละ 40.3 และ 35.0 (Institute of Geriatric Medicine, 2010) นอกจากนี้สภาพการเจ็บป่วยและโรคที่พบบ่อย ที่มีความสัมพันธ์กับการทุพพลภาพในระดับสูงตามลำดับ ได้แก่ โรคอัมพฤกษ์อัมพาต โรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม โรคไต โรคหัวใจ โรคเกี่ยวกับการเห็น โรคการได้ยิน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน (Krungkrai 1997; Jitapunkul, 1997) โดยโรคหลอดเลือดสมองและแขนขาอ่อนแรงเป็นโรคที่รุนแรง และมีความสัมพันธ์กับทุพพลภาพในผู้สูงอายุเพศหญิงมากที่สุด (Jitapunkul, 1997) ส่วนโรคข้อและกระดูกเสื่อมเป็นโรคที่พบเป็นปัญหาในเพศหญิงบ่อยที่สุด (Boonyakawee, 2007) แต่จะมีความสัมพันธ์กับการทุพพลภาพในระดับที่ไม่รุนแรง

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ว่า กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคซึมเศร้า เป็นโรคที่เกี่ยวกับความผิดปกติด้านจิตใจและอารมณ์ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และจะมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น โดยมีความชุกในชุมชนร้อยละ 8-15 แต่ถ้าวินิจฉัยทางการแพทย์จะสูงถึงร้อยละ 17-35 และจะพบมากขึ้นในกลุ่มที่ติดสุราและสารเสพติด รวมทั้งมีโรคเรื้อรังอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 40-60 และมีแนวโน้มนำไปสู่การฆ่าตัวตายร้อยละ 4-5 แต่ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมักจะไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้อง โดยเพศหญิงมีความชุกมากกว่าเพศชายประมาณ 2 เท่า ซึ่งอธิบายว่าส่วนหนึ่งมีความสัมพันธ์กับสารสื่อประสาทในสมองและยีนส์ รวมทั้งปัญหาทางจิตใจ เช่น การเสียบุตร คู่สมรสและความเครียด และโรคนี้ยังมีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยทุพพลภาพที่เกิดจากการป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ด้วย รวมไปถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมที่ลดน้อยลงในวัยชรา (จากข้อมูลที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า เพศชายมีความชุกโรคเรื้อรังที่รุนแรงในระดับที่ใกล้เคียงกับเพศหญิง แต่เพศหญิงจะมีความชุกโรคเรื้อรังที่ไม่รุนแรงหลายโรคในระดับที่สูงกว่าชาย ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเหตุผลจากอัตรา

การตายของเพศหญิงที่ต่ำกว่า แต่อย่างไรก็ตาม ข้อมูลงานศึกษาวิจัยทั้งในและต่างประเทศได้แสดงให้เห็นว่าโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีความชุก และมีอิทธิพลต่อการทุพพลภาพในเพศหญิงมากกว่าชาย โดยเป็นผลจากสภาพการเจ็บป่วยรุนแรงแบบเฉียบพลันถึงตายที่มีน้อยกว่า และการฟื้นสภาพจากการเจ็บป่วยได้ยากกว่า ส่วนโรคที่รุนแรง เช่น โรคมะเร็ง และโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลต่อการทุพพลภาพในเพศชายมากกว่าหญิง จากสถานการณ์การทุพลภาพของเพศหญิงที่เกิดขึ้นมากกว่าเพศชายในกลุ่มประชากรวัยสูงอายุ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาการเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เพราะถ้าหากสตรีมีการเตรียมความพร้อมก่อนย่อมลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการดูแลด้านสุขภาพ สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ และการดูแลตนเองให้มีความพร้อมในการรับมือกับสุขภาพของตนเอง

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาสถานการณ์การเตรียมความพร้อมของสตรีในด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจาก “โครงการการสำรวจประชากรสูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2557” ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเป็นการสำรวจที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ดำเนินการเมื่อเดือนสิงหาคม 2557 ประชากรเป้าหมายคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป (National Statistical Office, 2014) สำหรับการนำเสนอข้อมูลเบื้องต้นนี้ ผู้ศึกษาได้คำนวณค่าถ่วงน้ำหนักใหม่เพื่อให้เป็นตัวแทนของประชากรของประเทศ โดยเป็นตัวอย่างที่ผู้ศึกษาเลือกเฉพาะผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเท่านั้น จำนวน 9,344 คน และในส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอ ทำการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพจะใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่และอัตราร้อยละ ในกรณีที่เป็นข้อมูลในระดับช่วงขึ้นไปจะเพิ่มการนำเสนอข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

ผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำเสนอผลออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนแรก จะเป็นผลการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง และส่วนที่ 2 จะเป็นผลการวิเคราะห์การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของสตรี ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของตัวอย่างแบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางเศรษฐกิจ รวมถึงความต้องการการทำงานต่อไปในอนาคต ภาวะสุขภาพ และการตรวจสุขภาพประจำปี ดังแสดงในตารางที่ 1

1.1 ปัจจัยทางประชากร

ปัจจัยทางประชากร ประกอบด้วยตัวแปรอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ซึ่งผลการวิเคราะห์มีดังนี้

1) อายุ ตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีอายุน้อยที่สุดคือ 50 ปี และอายุมากที่สุดคือ 59 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 55 ปี

2) สถานภาพสมรส พบว่า ตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 82.30 และเคยสมรส (หม้าย/หย่า/แยก) ร้อยละ 17.64 ส่วนสถานภาพโสดมีเพียงร้อยละ 0.06

3) ศาสนา พบว่า ตัวอย่างเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.10 รองลงมาคือ ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 3.18 ศาสนาคริสต์ ร้อยละ 0.70 และศาสนาอื่นๆ เพียงร้อยละ 0.02 ตามลำดับ

4) ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาสูงสุดของตัวอย่างพบว่า ตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษามีสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 76.01

รองลงมาคือ มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 8.39 ไม่เคยเรียน ร้อยละ 5.72 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่าในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 4.13 และร้อยละ 4.02 และระดับการศึกษาอื่นๆ หรือไม่ทราบ ร้อยละ 0.03

1.2 ปัจจัยทางสังคม

1) การมีบุตร พบว่า ตัวอย่างมีบุตรโดยเฉลี่ย 3 คน และเมื่อแยกพิจารณาเป็น 3 กลุ่ม พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนบุตรระหว่าง 1-3 คน ร้อยละ 85.70 รองลงมาคือ มีจำนวนบุตรระหว่าง 4-6 คน ร้อยละ 13.34 และมีบุตรตั้งแต่ 7 คนขึ้นไปเพียงร้อยละ 0.96 ตามลำดับ

2) สถานภาพการทำงาน การทำงานของตัวอย่างพบว่า ทำงานเป็นผู้ช่วยธุรกิจในครัวเรือน โดยไม่ได้รับค่าจ้างมีสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 42.52 รองลงมาเป็นผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง ร้อยละ 33.83 เป็นลูกจ้างเอกชน ร้อยละ 12.29 ลูกจ้างรัฐบาล ร้อยละ 9.23 ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 0.35 และเป็นสมาชิกของการรวมกลุ่มผู้ผลิต ร้อยละ 0.11 ตามลำดับ

3) สัมพันธภาพของบุคลากรในครัวเรือน แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

3.1) การเยี่ยมเยือนจากบุตร พบว่า ตัวอย่างร้อยละ 38.95 ได้รับการเยี่ยมเยือนจากบุตรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รองลงมาได้รับการเยี่ยมเยือนจากบุตรทุกเดือน ร้อยละ 25.02 ส่วนตัวอย่างที่ได้รับการเยี่ยมเยือนจากบุตรทุกวันหรือเกือบทุกวันและได้รับการเยี่ยมเยือนทุกสัปดาห์มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 16.58 และร้อยละ 15.74 ส่วนตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับการเยี่ยมเยือนจากบุตรมีเพียงร้อยละ 3.71 ตามลำดับ

3.2) การพูดคุยทางโทรศัพท์ พบว่า ตัวอย่างที่ได้รับการพูดคุยกับสมาชิกในครัวเรือนทุกวันหรือเกือบทุกวันและได้รับการพูดคุยทุกสัปดาห์มีสัดส่วนใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 38.45 และร้อยละ 36.39 รองลงมาคือ ได้พูดคุยกันทุกเดือน ร้อยละ 17.66 ไม่เคยติดต่อพูดคุยทางโทรศัพท์ ร้อยละ 6.05 และได้พูดคุยกันอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพียงร้อยละ 1.45 ตามลำดับ

3.3) การติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ต พบว่า ตัวอย่างเกือบทั้งหมดร้อยละ 94.11 ไม่เคยติดต่อสมาชิกในครัวเรือนผ่านระบบอินเทอร์เน็ต รองลงมาเคยติดต่อทุกวันหรือเกือบทุกวัน ร้อยละ 3.80 ติดต่อกันทุกสัปดาห์ ร้อยละ 1.43 และเคยติดต่อกันทุกเดือนหรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพียงร้อยละ 0.51 และร้อยละ 0.15 ตามลำดับ

1.3 ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

1) รายได้ต่อปี พบว่า ตัวอย่างร้อยละ 32.62 มีรายได้ต่อปีระหว่าง 30,000-59,999 บาท รองลงมามีรายได้ต่อปีระหว่าง 100,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 30.26 มีรายได้ต่อปีระหว่าง 60,000-99,999 บาท ร้อยละ 26.17 มีรายได้ต่อปีระหว่าง 10,000-29,999 บาท ร้อยละ 9.43 และมีรายได้ต่อปีต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 1.53 ตามลำดับ

2) แหล่งรายได้ พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่มีแหล่งรายได้หลักมาจากการทำงานถึงร้อยละ 84.79 รองลงมาจากคู่สมรส ร้อยละ 7.18 มาจากบุตร ร้อยละ 7.00 มาจากดอกเบี้ยเงินออม/เงินออม/ทรัพย์สิน ร้อยละ 0.90 มาจากพ่อแม่/พี่น้อง/ญาติ ร้อยละ 0.06 จากบำเหน็จ/บำนาญ ร้อยละ 0.04 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 0.02 และมาจากกองทุนประกันสังคม ร้อยละ 0.01 ตามลำดับ

3) ความพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเอง พบว่า ตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความพึงพอใจร้อยละ 77.30 ไม่พอใจในภาวะการเงินของตนเองร้อยละ 19.19 และมีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 3.51 ตามลำดับ

1.4 ความต้องการการทำงานต่อไปในอนาคต พบว่า ตัวอย่างไม่ต้องการทำงานในสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 49.22 ต้องการทำงานและกำลังทำงานหรือกำลังหางานทำ ร้อยละ 45.84 และต้องการทำงานแต่ไม่หางานทำ ร้อยละ 4.94

1.5 ภาวะสุขภาพ การประเมินสุขภาพร่างกายของตนเองในระหว่าง 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์ พบว่าตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีภาวะสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 62.55 รองลงมามีภาวะสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 26.74 มีภาวะสุขภาพในระดับดีมากและไม่ดีในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 5.30 และร้อยละ 5.19 และมีภาวะสุขภาพไม่ดีมากๆ ร้อยละ 0.22 ตามลำดับ

1.6 การตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีจากสถานบริการของรัฐ ร้อยละ 51.74 ได้รับการตรวจจากสถานบริการเอกชน ร้อยละ 46.18 และไม่ตรวจสุขภาพ ร้อยละ 2.08 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 การกระจายอัตราร้อยละจำแนกตามลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง (9,344)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยทางประชากร		
อายุ		
ค่าเฉลี่ย = 54.61 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.79 ปี		
ค่าต่ำสุด = 50 ปี ค่าสูงสุด = 59 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	6	0.06
สมรส	7,689	82.30
เคยสมรส (หม้าย/หย่า/แยก)	1,649	17.64
ระดับการศึกษา		
ไม่เคยเรียน	535	5.72
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	7,102	76.01
มัธยมศึกษาตอนต้น	386	4.13
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	376	4.02
ปวส./ปวท./อนุปริญญา	158	1.69
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	784	8.39
อื่นๆ/ไม่ทราบ	3	0.03
ปัจจัยทางสังคม		
การมีบุตร		
1-3 คน	8,008	85.70
4-6 คน	1,246	13.34
7 คนขึ้นไป	90	0.96
ค่าเฉลี่ย = 2.55 คน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.12 คน		
ค่าต่ำสุด = 1 คน ค่าสูงสุด = 13 คน		

ตารางที่ 1 การกระจายอัตราร้อยละจำแนกตามลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง (9,344) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพการทำงาน		
นายจ้าง	156	1.67
ผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง	3,161	33.83
ผู้ช่วยธุรกิจในครัวเรือน โดยไม่ได้รับค่าจ้าง	3,972	42.52
ลูกจ้างรัฐบาล	863	9.23
ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ	33	0.35
ลูกจ้างเอกชน	1,149	12.29
สมาชิกของการรวมกลุ่มผู้ผลิต	10	0.11
สัมพันธภาพของบุคลากรในครัวเรือน		
1) การเยี่ยมเยือนจากบุตร		
ไม่เคยติดต่อ	346	3.71
เคยติดต่อทุกวัน/เกือบทุกวัน	1,550	16.58
เคยติดต่อทุกสัปดาห์	1,469	15.74
เคยติดต่อทุกเดือน	2,338	25.02
เคยติดต่ออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	3,641	38.95
2) การพูดคุยทางโทรศัพท์		
ไม่เคยติดต่อ	565	6.05
เคยติดต่อทุกวัน/เกือบทุกวัน	3,593	38.45
เคยติดต่อทุกสัปดาห์	3,399	36.39
เคยติดต่อทุกเดือน	1,651	17.66
เคยติดต่ออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	136	1.45
3) การติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ต		
ไม่เคยติดต่อ	8,793	94.11
เคยติดต่อทุกวัน/เกือบทุกวัน	355	3.80
เคยติดต่อทุกสัปดาห์	134	1.43
เคยติดต่อทุกเดือน	48	0.51
เคยติดต่ออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	14	0.15
ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ		
รายได้ต่อปี		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	143	1.53
10,000-29,999 บาท	881	9.43
30,000-59,999 บาท	3,047	32.62
60,000-99,999 บาท	2,445	26.17
100,000 บาทขึ้นไป	2,828	30.26

ตารางที่ 1 การกระจายอัตราร้อยละจำแนกตามลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง (9,344) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งรายได้		
ไม่มีรายได้	2	0.02
ทำงาน	7,922	84.79
บำเหน็จ/บำนาญ	4	0.04
กองทุนประกันสังคม	1	0.01
ดอกเบี้ยเงินออม/เงินออม/ทรัพย์สิน	84	0.90
คู่สมรส	670	7.18
บุตร	654	7.00
พ่อแม่/พี่น้อง/ญาติ	7	0.06
ความพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเอง		
พอใจมาก	328	3.51
พอใจ	7,224	77.30
ไม่พอใจ	1,792	19.19
ความต้องการการทำงานต่อไปในอนาคต		
ต้องการ (กำลังทำงาน/หางานทำ)	4,285	45.84
ต้องการ (ไม่หางานทำ)	462	4.94
ไม่ต้องการ	4,597	49.22
ภาวะสุขภาพ		
ดีมาก	495	5.30
ดี	5,845	62.55
ปานกลาง	2,498	26.74
ไม่ดี	485	5.19
ไม่ดีมากๆ	21	0.22
การตรวจสุขภาพประจำปี		
ตรวจจากสถานบริการของรัฐ	4,834	51.74
ตรวจจากสถานบริการเอกชน	4,315	46.18
ไม่ตรวจ	195	2.08

2. การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ

ตารางที่ 2 การกระจายอัตราร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด จำแนกตามการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ (N = 9,344)

การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ		ร้อยละ
ได้เตรียม (10 คะแนน)		27.38
ไม่ได้เตรียม (2-9 คะแนน)		72.62
ค่าเฉลี่ย = 8.45 คะแนน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.38 คะแนน	
ค่าต่ำสุด = 2 คะแนน	ค่าสูงสุด = 10 คะแนน	
ออกกำลังกาย		
ทำเป็นประจำ	(2 คะแนน)	43.27 (4,043)
ทำเป็นบางครั้ง	(1 คะแนน)	41.18 (3,848)
ไม่ทำ	(0 คะแนน)	15.55 (1,453)
กินผัก/ผลไม้		
ทำเป็นประจำ	(2 คะแนน)	73.38 (6,857)
ทำเป็นบางครั้ง	(1 คะแนน)	26.16 (2,444)
ไม่ทำ	(0 คะแนน)	0.46 (43)
ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้ว หรือมากกว่า		
ทำเป็นประจำ	(2 คะแนน)	68.09 (6,362)
ทำเป็นบางครั้ง	(1 คะแนน)	28.18 (2,633)
ไม่ทำ	(0 คะแนน)	3.73 (349)
ดื่มแอลกอฮอล์		
ทำเป็นประจำ	(0 คะแนน)	1.34 (125)
ทำเป็นบางครั้ง	(1 คะแนน)	11.14 (1,041)
ไม่ทำ	(2 คะแนน)	87.52 (8,178)
สูบบุหรี่		
ทำเป็นประจำ	(0 คะแนน)	2.33 (218)
ทำเป็นบางครั้ง	(1 คะแนน)	1.05 (98)
ไม่ทำ	(2 คะแนน)	96.62 (9,028)

ตัวแปรตามในการศึกษาครั้งนี้คือ การเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยผู้วิจัยได้วัดจากคะแนนรวมของพฤติกรรมสุขภาพใน 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย การกินผัก/ผลไม้ การดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า การดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า สตรีมีคะแนนการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพต่ำสุดเท่ากับ 2 คะแนน หรือมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพียงเรื่องเดียว และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 10 คะแนน หรือมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพในทุกเรื่องที่สตรีพึงกระทำก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยพบว่า สตรีมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้เตรียมความพร้อมด้านสุขภาพถึงร้อยละ 72.62 ขณะที่สตรีที่ได้เตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุหรือเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเป็นประจำในทุกเรื่องที่พึงกระทำเพียงร้อยละ 27.38 เท่านั้น

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพในเรื่องการไม่สูบบุหรี่ของสตรีเกือบทั้งหมดปฏิบัติได้เหมาะสมมากที่สุด แต่ในพฤติกรรมการออกกำลังกาย ยังพบว่า มีสตรีถึงร้อยละ 15.55 ที่ไม่ออกกำลังกาย และมีถึงร้อยละ 41.18 ที่ออกกำลังกายเป็นบางครั้ง และยังมีสตรีถึงร้อยละ 28.18 ดื่มน้ำสะอาดไม่ถึง 8 แก้วต่อวันหรือดื่มเป็นบางครั้ง มีร้อยละ 26.16 ที่กินผักผลไม้เป็นบางครั้ง ซึ่งอาจเป็นเพราะไม่มีเวลาหรือสุขภาพไม่เอื้ออำนวย โดยเฉพาะผู้ที่มีรายได้น้อยส่วนใหญ่จะไม่มีเวลา ต้องทำงานหนัก และไม่มีเวลาเพียงพอที่จะดูแลสุขภาพหรือเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ จึงทำให้ความสนใจต่อการดูแลสุขภาพลดลง สำหรับกรณีที่ยังมีสตรีบางส่วนดื่มแอลกอฮอล์ กรณีนี้ควรรณรงค์เพื่อลดอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยสูงอายุเพื่อสตรีจะได้ปฏิบัติตนให้เหมาะสมต่อไป ดังตารางที่ 2

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ การเตรียมความพร้อมของสตรีทางด้านสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาของ Suwanarooji (2013) การที่ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมที่ให้ความสนใจเรื่องการเจ็บป่วย และรับการตรวจสุขภาพประจำปีในสัดส่วนที่สูงกว่า จะส่งผลให้เพศหญิงได้ประโยชน์จากการได้รับการวินิจฉัย คำแนะนำ และรักษาที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาการเจ็บป่วย ซึ่งเพศหญิงจะต้องประสบปัญหาเหล่านี้ในวัยสูงอายุมากกว่าชาย ดังนั้นปัจจัยนี้จึงน่าจะมีอิทธิพลช่วยลดการเจ็บป่วยทุพพลภาพในเพศหญิงได้มากกว่าชาย แม้ว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคที่ดีจะมีสัดส่วนที่สูงกว่าเพศชายอยู่บ้าง แต่พฤติกรรมเสี่ยงทั้งบุหรี่และสุรามีสัดส่วนในเพศหญิงน้อยกว่าชายค่อนข้างมาก รวมทั้งการตรวจร่างประจำปียังมีสัดส่วนในเพศหญิงที่สูงกว่า ดังนั้น ในภาพรวมผู้สูงอายุเพศหญิงน่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าเพศชาย และงานวิจัยต่างประเทศพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพหลายอย่างมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยทุพพลภาพในเพศหญิงมากกว่าชาย ได้แก่ การกินเหล้า สูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกายเพียงพอ ปัญหาด้านโภชนาการ (Casado, 2006; Jagger et al., 2006; Murtagh, Helen & Hubert, 2004) รวมทั้งข้อมูลงานวิจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพทั้งในและต่างประเทศที่ได้กล่าวมาแล้วพบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่ดี ทั้งการออกกำลังกาย การบริโภค ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงและการตรวจร่างกาย มีผลเชิงบวกต่อเพศหญิงมากกว่า ดังนั้นโดยรวมแล้ว ปัจจัยพฤติกรรมเชิงสุขภาพน่าจะมีอิทธิพลต่อการทุพพลภาพของเพศหญิงมากกว่าชาย ดังนั้นจึงควรมีการเตรียมความพร้อมให้กับสตรีก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างเร่งด่วน เพื่อลดปัญหาสุขภาพแก่สตรีสูงอายุ

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาการเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุโดยรวมพบว่า ร้อยละ 27.38 ของสตรีได้เตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งเมื่อพิจารณาการเตรียมความพร้อมในพฤติกรรมแต่ละด้านแล้วสตรีส่วนใหญ่มีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพในทุกด้าน ในขณะที่พฤติกรรมที่สตรีไม่ได้เตรียมความพร้อมด้านสุขภาพมากที่สุด คือ การออกกำลังกาย การดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า การกินผักผลไม้ การไม่ดื่มแอลกอฮอล์

และการไม่สูบบุหรี่ ตามลำดับ ดังนั้นสตรีที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมหรือไม่ได้เตรียมความพร้อมทางสุขภาพในด้านต่างๆ เหล่านี้ควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพและได้รับการกระตุ้นเตือนหรือรณรงค์เพื่อให้มีสุขภาพหรือมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพที่ดีต่อไป

จากผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุของสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุที่พบว่า ผู้สูงอายุต้องการได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพระยะยาวจากหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลเน้นการดูแลแบบองค์รวมในมิติสุขภาพ เนื่องจากประเทศไทยยังมีผู้สูงอายุบางส่วนที่ไม่สามารถเข้าถึงการเตรียมความพร้อมทางด้านสุขภาพจึงทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำของกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้นหน่วยงานภาครัฐโดยเฉพาะหน่วยงานท้องถิ่น ควรมีการส่งเสริมและให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวและผู้สูงอายุเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลตนเองในมิติด้านสุขภาพเพื่อลดความรู้สึกดังกล่าวในการเตรียมความพร้อมทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งหญิงและชาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีสูงอายุที่จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายมากกว่าเพศชาย

References

Berkman, B. & Harootyan, L. (2003). *Social Work and Health Care in Aging Society: Education, Policy, Practice, and Research*. New York: Springer.

Boonyakawee, C. (2007). *The Functional Disability of the Elderly in TambonKrabi-noi Muang District, Krabi Province, Thailand.* Public Health Thesis. College of Public Health Science, Chulalongkorn University. [in Thai]

Bootsma-van der Wiel, A., de Craen, A. J., Exel, E. V., Macfarlane, P. W., Gussekloo, J. & Westendorp, R. (2005). Association between chronic diseases and disability in elderly subjects with low and high income: the Leiden 85-plus study. *European Journal of Public Health, 15*(5), 494-497.

Casado, R. L. (2006). *Gender different in association between disability and mortality in the elderly.* Doctoral Thesis, Health and Life Sciences Faculty, Pompeu University.

Institute of Geriatric Medicine. (2010). *Elderly Situation Report 2010.* Bangkok. [in Thai]

Jagger, C., Mathews, R. J., Mathews, F. E. & Spier, N. A. (2006). Cohort difference in disease and disability in young-old: finding from MRC Cognitive Function and Aging Study (MRC-CFAS). *BMC Public Health, 7,* 156-167.

Jitapunkul, S. (1997). The health survey of older persons. In *the health survey of population from the second of physical examination (1996-1997).* (p.83-117). Bangkok: Strategy and Planning Division Ministry of Public Health. [in Thai]

Jitapunkul, S. (2000). Chronic Disease and Disability Proliferation in Thai Population: Assumptions Based on Research Data in the Elderly Population. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine, 3*(2), 42-49. [in Thai]

Krungkrai, N. (1997). *Disability status among elderly living in central region of Thailand.* The Master Degree in Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. [in Thai]

Lima, M. G., Barros, M. B., Cesar, C. L., Goldbaum, M., Carandina, L. & Ciconelli, R. M. (2009). Impact of Chronic Disease on Quality of Life Among the Elderly in the State of Sao Paulo, Brazil: A Population-Based Study. *Pan Am J Public Health, 25*(4), 314-321.

Murtagh, K. N., Helen, M. A. & Hubert, H. B. (2004). Gender Differences in Physical Disability Among an Elderly Cohort. *American Journal of Public Health, 94,* 1406-1411.

National Statistical Office. (2014). *Thai Elderly Mental Health Report.* Bangkok. [in Thai].

Promotion and Elderly Care Ministry of Social Development and Human Security. (2013). *Report of the Study on Monitoring and Evaluation Project of the National Elderly Plan No. 2 (2011-2021) Phase 2 (2007-2011).* College of Population Studies, Chulalongkorn University. [in Thai]

Songsraboon, R. (2014). Model of Health Care Service Affecting the Satisfaction of Patient in Internal Medicine Department Selected Private Hospitals. *Sipakorn University Journal, 34*(3), 151-170. [in Thai]

Stuck, A. E., Walthert, J. M., Nicholaus, T., Bula, C. J., Hohmann, C. & Beck, J. C. (1999). Risk for functional status decline in community-living elderly people: A systematic review. *SocSci Med, 48*(4), 445-69.

Suwannarooji, D. (2013). *Determinant Factors of Disability Between Female and Male Elderly in Thailand.* The degree of doctor of demography, College of Population Studies, Chulalongkorn University. [in Thai]

Udry, J. R. (1994). The Nature of Gender. *Demography, 31*(4), 561-573.

Yotsena, B (2016). *Quality of Population Acceptance of Globalization and Value of Older person*. The degree of doctor of demography, College of Population Studies, Chulalongkorn University. [in Thai]

Yount, K. M. & Agree, E. M. (2005). Differences in Disability among Older Women and Men in Egypt and Tunisia. *Demography, 42*(1), 169-87.



Name and Surname: Panjan Imnum
Highest Education: Master of Nursing Science (Midwifery), Chiangmai University
University or Agency: Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang
Field of Expertise: Midwifery
Address: 239 Moo 2, Paholyothin Rd., Pichai, Mueang, Lampang 52000



Name and Surname: Benchamat Yotsena
Highest Education: Doctor Of Philosophy (Demography), Chulalongkorn University
University or Agency: Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang
Field of Expertise: Demography
Address: 57 Moo 14, Paholyothin Rd., Pichai, Mueang, Lampang 52000



Name and Surname: Srijan Pupjain
Highest Education: Doctor Of Philosophy (Immunology), Newcastle University, UK
University or Agency: Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang
Field of Expertise: Immunology
Address: 360 Moo 4, Lampang-Maeta Rd., Kluai Pae, Mueang, Lampang 52000

10

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน : ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสารกลุ่มที่	สาขา
1	วารสารประชากรศาสตร์	0857-2143	วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	1	มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

ปานจันทร์ อิ่มหนำ[1]
เบญจมาศ ยศเสนา[2]
ศรีจันทร์ พลับจั่น[3]

บทนำ

การที่ประชากรสูงอายุวัยปลายมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้น ประกอบกับสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพศหญิงจะสูงกว่าชายอย่างชัดเจน และยังคงมีแนวโน้มสูงกว่าชายเพิ่มมากขึ้นตลอดช่วงสองสามทศวรรษหน้า (Kinsella and Phillips, 2005: 24) โดยเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาการทุพพลภาพมากกว่าเพศชาย

ในขณะที่ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาการทุพพลภาพในกลุ่มประชากรสูงอายุมากขึ้น ทั้งจากสถานการณ์การสูงอายุทางประชากร และแนวโน้มการเจ็บป่วยทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังเพิ่มมากขึ้น-นอกจากนี้ผลของอัตราการตายเพศของหญิงที่ต่ำกว่าชายทุกกลุ่มอายุ จะส่งผลให้ประชากรเพศหญิงมีสัดส่วนสูงกว่าประชากรเพศชายในวัยสูงอายุ คาดประมาณกันว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) จะมีเพศหญิงมากกว่าชาย 2.2 เท่าในปี 2568 (Knodel and Chayovan, 2009:4-15; เกื้อ วงศ์บุญสิน, 2549: 15-16) จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางประชากรดังกล่าว พบว่า ในภาพรวมของประเทศไทยในช่วงหลังศตวรรษที่ 20 ว่า อัตราการตายของผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลง แต่ภาวการณ์เจ็บป่วยและทุพพลภาพยังเพิ่มขึ้นอยู่ จึงเป็นสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเชิงสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุไทย ที่ยังอยู่ในช่วงการขยายตัวของภาวการณ์เจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิงที่น่าจะเป็นกลุ่มที่มีการขยายตัวของภาวะทุพพลภาพมากกว่าชาย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2543: 42-9)

ด้วยเหตุผลดังกล่าว การวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ สถานการณ์การเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยผลการศึกษาจะนำไปสู่การวางแผนและการจัดทำนโยบายในการส่งเสริมให้

[1] หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
[2] วิทยาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
[3] วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

ประชากรไทยมีการเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น อันจะทำให้ประชากรของประเทศมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุทั้งด้านสุขภาพและสังคม ได้อย่างเหมาะสมตามเพศ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1) เพิ่มพูนองค์ความรู้ ในการอธิบายการเตรียมความพร้อมของกลุ่มผู้สูงอายุของประเทศไทย รวมทั้งเป็นการศึกษานำร่อง ที่อธิบายความแตกต่างในด้านการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุของเพศหญิง เพื่อเป็นแนวทาง ปรับปรุงการศึกษาวิจัยด้านความแตกต่างทางเพศต่อไปทั้งในเชิงประชากร เพศศึกษา ระบาดวิทยาเชิงสังคม และพฤฒาวิทยาเชิงสังคมและการแพทย์

2) ทราบปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อม ในเพศหญิง เพื่อนำไปจัดทำแนวการเตรียมความพร้อมในวัยสูงอายุ และแนวทางส่งเสริมการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มเพศหญิง ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการทุพพลภาพมากกว่าเพศชาย รวมทั้งเสนอข้อปฏิบัติให้ประชาชนมีเตรียมการในเชิงสุขภาพ และสังคม ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับปัญหาในแต่ละเพศ

การทบทวนวรรรณกรรม

การศึกษาวิจัยในประเทศไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 ปี 2549 พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนการเจ็บป่วย และจำนวนโรคเรื้อรังโดยเฉลี่ยที่มากกว่าเพศชาย ทุกกลุ่มอายุ จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการผู้สูงอายุปี 2549 พบว่า เพศหญิงพบโรคเรื้อรังมากกว่าเพศชาย ซึ่งเท่ากับร้อยละ 53.3 และ 41.4 โดยโรคที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพผู้สูงอายุตามความชุก ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อกระดูกร้อยละ 11.5, โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 7.9,โรคต่อมไร้ท่อและโรคเบาหวานร้อยละ 3.4, โรคหัวใจร้อยละ 1.9 และโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 1.6 และปัญหาการเจ็บป่วยไม่สบายเพศหญิงจะมีความชุกสูงกว่าเพศชายทุกกลุ่มอายุ และโดยรวมร้อยละ 40.3 และ 35.0 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2552) นอกจากนี้สภาพการเจ็บป่วยและโรคที่พบบ่อย ที่มีความสัมพันธ์กับการทุพพลภาพในระดับสูงตามลำดับ ได้แก่ โรคอัมพฤกษ์อัมพาต โรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม โรคไต โรคหัวใจ โรคเกี่ยวกับการเห็น โรคการได้ยิน

โรคข้อเข่าเสื่อม โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน (นิสากร กรุงไกรเพ็ชร, 2540; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2540) โดยโรคหลอดเลือดสมองและแขนขาอ่อนแรงเป็นโรคที่รุนแรง และมีความสัมพันธ์กับทุพพลภาพในผู้สูงอายุเพศหญิงมากที่สุด (Jitapunkul et al., 1994) ส่วนโรคข้อและกระดูกเสื่อมเป็นโรคที่พบเป็นปัญหาในเพศหญิงบ่อยที่สุด (นภาพร ชโยวรรณ และคณะ, 2539; Boonyakawee, 2006) แต่จะมีความสัมพันธ์กับการทุพพลภาพในระดับที่ไม่รุนแรง โดยเฉพาะเพศหญิงที่มักจะไม่ค่อยได้รับการดูแล และไม่ค่อยมีการเตรียมความพร้อมทางด้านสุขภาพเท่าที่ควร เนื่องจากในอดีตเพศหญิงเป็นเพศที่ทำงานอยู่ในบ้าน เพศชายจะเป็นเสาหลักของครอบครัว ทำให้ผู้ชายมักจะได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพมากกว่าเพศหญิง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะเป็นการศึกษาเพื่อดูว่าปัจจัยใดมีผลต่อการเตรียมความพร้อมทางด้านสุขภาพของสตรีก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เพราะถ้าหากสตรีมีการเตรียมความพร้อมก่อนย่อมลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการดูแลด้านสุขภาพ สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ และการดูแลตนเองให้มีความพร้อมในการรับมือกับสุขภาพของตนเอง

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจาก “โครงการการสำรวจประชากรสูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2557” ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเป็นการสำรวจที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุตัวอย่างที่ผู้ศึกษาเลือกเฉพาะผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเท่านั้น โดยได้ทำการถ่วงน้ำหนักตัวอย่างประชากรทั้งหมดด้วยวิธีการ normalize weight และเลือกตัวอย่างเฉพาะสตรีที่อายุตั้งแต่ 50-59 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นช่วงอายุที่คาดว่าประชากรน่าจะมีการเตรียมความพร้อมทางด้านสุขภาพ ด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ เป็นช่วงอายุก่อนการเกษียณอายุการทำงาน จึงได้มีการกำหนดอายุของตัวอย่างดังที่กล่าวไว้ข้างต้น และนำมาใช้ในการศึกษาได้ตัวอย่างจำนวน 9,344 คน และทำการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) การวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (Descriptive Statistics) ในส่วนนี้จะใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่และอัตราร้อยละ ในกรณีที่เป็นข้อมูลในระดับช่วงขึ้นไปจะเพิ่มการนำเสนอข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด สูงสุดด้วย และส่วนที่ 2) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุจะเป็นการวิเคราะห์การแปรผันหลายทาง (Multivariate Analysis) โดยใช้การวิเคราะห์ Logit เพื่อศึกษาว่าตัวอิสระแต่ละตัวมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุหรือไม่เพียงใด และมีความสัมพันธ์ในทิศทางใด ตลอดจนความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ผลการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง และ 2) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของตัวอย่างแบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางเศรษฐกิจ รวมถึงความต้องการการทำงานต่อไปในอนาคต ภาวะสุขภาพและการตรวจสุขภาพประจำปี ดังแสดงในตารางที่ 1

1.1 ปัจจัยทางประชากร

ปัจจัยทางประชากร ประกอบด้วย ตัวแปรอายุ สถานภาพสมรสศาสนาระดับการศึกษา ซึ่งผลการวิเคราะห์ มีดังนี้ **อายุ** ตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีอายุน้อยที่สุดคือ 50 ปี และอายุมากที่สุดคือ 59 ปีเนื่องจากเป็นการศึกษาการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของสตรี เนื่องจากเมื่อสตรีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งสตรีที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีอายุเฉลี่ยประมาณ 55 ปี **สถานภาพสมรส** พบว่า ตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 82.30 และเคยสมรส (หม้าย/หย่า/แยก) ร้อยละ 17.64 ส่วนสถานภาพโสดมีเพียงร้อยละ 0.06 **ศาสนา** พบว่า ตัวอย่างเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.10 รองลงมาคือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 3.18 ศาสนาคริสต์ร้อยละ 0.70 และศาสนาอื่นๆ เพียงร้อยละ 0.02 ตามลำดับ **ระดับการศึกษา** ระดับการศึกษาสูงสุดของตัวอย่าง พบว่า ตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษามีสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 76.01 รองลงมาคือ มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 8.39 ไม่เคยเรียน ร้อยละ 5.72 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่าในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 4.13 และร้อยละ 4.02 และระดับการศึกษาอื่นๆ หรือไม่ทราบ ร้อยละ 0.03 และ ตามลำดับ

1.2 ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ **การมีบุตร** พบว่า ตัวอย่างมีบุตรโดยเฉลี่ย 3 คน และเมื่อแยกพิจารณาเป็น 3 กลุ่ม พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนบุตรระหว่าง 1-3 คน ร้อยละ 85.70 รองลงมาคือ มีจำนวนบุตรระหว่าง 4-6 คน ร้อยละ 13.34 และมีบุตรตั้งแต่ 7 คนขึ้นไปเพียงร้อยละ 0.96 ตามลำดับ **สถานภาพการทำงาน** พบว่า ทำงานเป็นผู้ช่วยธุรกิจในครัวเรือน โดยไม่ได้รับค่าจ้างมีสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 42.52 รองลงมาเป็นผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง ร้อยละ 33.83 เป็นลูกจ้างเอกชน ร้อยละ 12.29 ลูกจ้างรัฐบาลร้อยละ 9.23 ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 0.35 และเป็นสมาชิกของการรวมกลุ่มผู้ผลิต ร้อยละ 0.11 ตามลำดับ และ**สัมพันธ์ภาพของ**

บุคลากรในครัวเรือน แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ 3.1) การเยี่ยมเยือนจากบุตร พบว่า ตัวอย่างร้อยละ 38.95 ได้รับการเยี่ยมเยือนจากบุตรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รองลงมา ได้รับการเยี่ยมเยือนจากบุตรทุกเดือน ร้อยละ 25.02 ส่วนตัวอย่างที่ได้รับการเยี่ยมเยือนจากบุตรทุกวันหรือเกือบทุกวันและได้รับการเยี่ยมเยือนทุกสัปดาห์มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 16.58 และร้อยละ 15.74 ส่วนตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับการเยี่ยมเยือนจากบุตรมีเพียงร้อยละ 3.71 ตามลำดับ 3.2) การพูดคุยทางโทรศัพท์พบว่า ตัวอย่างที่ได้รับการพูดคุยกับสมาชิกในครัวเรือนทุกวันหรือเกือบทุกวัน และได้รับการพูดคุยทุกสัปดาห์มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 38.45 และร้อยละ 36.39 รองลงมาคือได้พูดคุยกันทุกเดือนร้อยละ 17.66 ไม่เคยติดต่อพูดคุยทางโทรศัพท์ร้อยละ 6.05 และได้พูดคุยกันอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพียงร้อยละ 1.45 ตามลำดับ และ 3.3) การติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ต พบว่า ตัวอย่างเกือบทั้งหมดร้อยละ 94.11 ไม่เคยติดต่อสมาชิกในครัวเรือนผ่านระบบอินเทอร์เน็ต รองลงมา เคยติดต่อทุกวันหรือเกือบทุกวัน ร้อยละ 3.80 ติดต่อกันทุกสัปดาห์ร้อยละ 1.43 และเคยติดต่อกันทุกเดือนหรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพียงร้อยละ 0.51 และร้อยละ 0.15 ตามลำดับ

1.3 **ปัจจัยทางเศรษฐกิจ** ได้แก่ **รายได้ต่อปี** พบว่า ตัวอย่างร้อยละ 32.62 มีรายได้ต่อปีระหว่าง 30,000-59,999 บาทรองลงมา มีรายได้ต่อปีระหว่าง 100,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 30.26 มีรายได้ต่อปีระหว่าง 60,000-99,999 บาทร้อยละ 26.17 มีรายได้ต่อปีระหว่าง 10,000-29,999 บาทร้อยละ 9.43 และมีรายได้ต่อปี ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 1.53 ตามลำดับ **แหล่งรายได้** พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่มีแหล่งรายได้หลักมาจากการทำงานถึงร้อยละ 84.79 รองลงมา มาจากคู่สมรส ร้อยละ 7.18 มาจากบุตร ร้อยละ 7.00 มาจากดอกเบี้ยเงินออม/เงินออม/ทรัพย์สิน ร้อยละ 0.90 มาจากพ่อแม่/พี่น้อง/ญาติ ร้อยละ 0.06 จากบำเหน็จ/บำนาญ ร้อยละ 0.04 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 0.02 และมาจากกองทุนประกันสังคม ร้อยละ 0.01 ตามลำดับ และ **ความพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเอง** พบว่า ตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความพึงพอใจ ร้อยละ 77.30 ไม่พอใจในภาวะการเงินของตนเอง ร้อยละ 19.19 และมีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 3.51 ตามลำดับ

1.4 **ความต้องการการทำงานต่อไปในอนาคต** พบว่า ตัวอย่างไม่ต้องการทำงานในสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 49.22 ต้องการทำงานและกำลังทำงานหรือกำลังหางานทำ ร้อยละ 45.84 และต้องการทำงานแต่ไม่หางานทำ ร้อยละ 4.94

1.5 **ภาวะสุขภาพ** การประเมินสุขภาพร่างกายของตนเองในระหว่าง 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์ พบว่า ตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีภาวะสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 62.55 รองลงมา มีภาวะสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 26.74 มีภาวะสุขภาพในระดับดีมากและไม่ดีในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 5.30 และร้อยละ 5.19 และมีภาวะสุขภาพไม่ดีมากๆ ร้อยละ 0.22 ตามลำดับ

1.6 การตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีจากสถานบริการของรัฐ ร้อยละ 51.74 ได้รับการตรวจจากสถานบริการเอกชน ร้อยละ 46.18 และไม่ตรวจสุขภาพ ร้อยละ 2.08 ตามลำดับ

2. ผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

การอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุกับปัจจัยต่างๆ ครั้งนี้จะนำเสนอผลการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับสองตัวแปร (Bivariate Analysis) และส่วนที่สองเป็นผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับหลายตัวแปร (Multivariate Analysis) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับสองตัวแปร (Univariate analysis)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับสองตัวแปรเป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่าย (Simple Logistic Regression Analysis) พบว่า

1) ปัจจัยทางประชากร

1.1) อายุ พบว่า สตรีที่มีอายุมากกว่ามีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น1.01 เท่าของสตรีที่มีอายุน้อยกว่า (ค่า Odds ratio เท่ากับ 1.01) แต่ความสัมพันธ์นี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปว่าอายุของสตรีไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ

1.2) สถานภาพสมรส พบว่า สตรีที่มีสถานภาพโสดมีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 5.99 เท่า และสตรีที่มีสถานภาพสมรสมีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 1.16 เท่าของสตรีที่มีสถานภาพเคยสมรส (หม้าย/หย่า/แยก) ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ

1.3) ศาสนา พบว่า สตรีที่นับถือศาสนาพุทธมีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 2.91 เท่าของสตรีที่นับถือศาสนาอิสลาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แต่ไม่มีความสัมพันธ์ในสตรีที่นับถือศาสนาคริสต์

1.4) ระดับการศึกษา พบว่า สตรีที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลายหรือเทียบเท่า ระดับปวส./ปวท./อนุปริญญา และระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 1.43 1.76 1.63 1.80 และ 2.52 เท่าของสตรีที่ไม่เคยเรียนซึ่งความสัมพันธ์นี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึง

สรุปว่า ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นจะส่งผลให้สตรีมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหรือมีความพร้อมด้านสุขภาพสูงกว่าสตรีที่ไม่เคยเรียน

2) ปัจจัยทางสังคม

2.1) การมีบุตร พบว่า สตรีที่มีจำนวนบุตรมากกว่ามีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพต่ำเป็น 0.93 เท่าของสตรีที่มีจำนวนบุตรน้อยกว่าซึ่งความสัมพันธ์นี้มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปว่าสตรีที่มีจำนวนบุตรที่น้อยกว่าจะมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพดีกว่าสตรีที่มีบุตรมากกว่า

2.2) สถานภาพการทำงาน พบว่า สตรีที่ทำงานเป็นลูกจ้างรัฐบาล ผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัว/ธุรกิจในครัวเรือนนายจ้าง และลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ/เอกชนมีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 2.40 1.49 1.20 และ 1.10 เท่าของสตรีที่เป็นสมาชิกของการรวมกลุ่มผู้ผลิต ตามลำดับ แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทุกสถานภาพการทำงาน จึงสรุปว่า สถานภาพการทำงานของสตรีไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

2.3) สัมพันธภาพของบุคลากรในครัวเรือน

2.3.1) การเยี่ยมเยือนจากบุตรพบว่า สตรีที่ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรเป็นประจำ หรือเป็นบางครั้ง มีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 1.59 และ 1.55 เท่าของสตรีที่ไม่เคยได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่า สตรีที่ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรจะมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุดีกว่าสตรีที่ไม่ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตร

2.3.2) การพูดคุยทางโทรศัพท์พบว่า สตรีที่ได้ติดต่อหรือพูดคุยทางโทรศัพท์กับสมาชิกในครัวเรือนเป็นประจำมีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 1.23 เท่าของสตรีที่ไม่เคยได้รับการติดต่อหรือพูดคุยทางโทรศัพท์กับสมาชิกในครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ในสตรีที่ได้รับการติดต่อหรือพูดคุยทางโทรศัพท์เป็นบางครั้ง จึงสรุปได้ว่า สตรีที่ได้รับการติดต่อหรือพูดคุยทางโทรศัพท์กับสมาชิกในครัวเรือนเป็นประจำจะมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุดีกว่าสตรีที่ไม่ได้รับการติดต่อหรือพูดคุยทางโทรศัพท์กับสมาชิกในครัวเรือน

2.3.3) การติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ตพบว่า สตรีที่ได้รับการติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ตจากสมาชิกในครัวเรือนเป็นบางครั้ง หรือเป็นประจำ มีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 1.72 และ 1.46 เท่าของสตรีที่ไม่เคยได้รับการติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่า สตรีที่ได้รับการติดต่อผ่าน

ระบบอินเทอร์เน็ตจะมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุดีกว่าสตรีที่ไม่ได้รับการติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ต

3) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

3.1) รายได้ต่อปี พบว่า สตรีที่มีรายได้ต่อปีระหว่าง 10,000-29,999 บาท มีรายได้ต่อปีระหว่าง 30,000-59,999 บาท มีรายได้ต่อปีระหว่าง60,000-99,999 บาท และมีรายได้ต่อปี 100,000 บาทขึ้นไปมีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 1.82 1.92 2.13 และ 2.77 เท่าของสตรีที่มีรายได้ต่อปีต่ำกว่า 10,000 บาทซึ่งความสัมพันธ์นี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปว่า รายได้ต่อปีสูงจะส่งผลให้สตรีมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหรือมีความพร้อมด้านสุขภาพสูงกว่าสตรีที่มีรายได้ต่อปีต่ำ

3.2) แหล่งรายได้ พบว่าสตรีที่มีแหล่งรายได้จากครอบครัว (คู่สมรส/บุตร/พ่อแม่/พี่น้อง/ญาติ) มีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพต่ำเป็น 0.96 เท่าของสตรีที่มีรายได้จากการทำงาน และสตรีที่มีรายได้จากบำเหน็จ/บำนาญ/กองทุนประกันสังคม/ดอกเบี้ยเงินออม/เงินออม/ทรัพย์สินมีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพต่ำเป็น 0.71 เท่าของสตรีที่มีรายได้จากการทำงานเช่นกัน แสดงว่าสตรีที่มีรายได้จากการทำงานมีโอกาสที่จะมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุสูงกว่าสตรีที่มีรายได้จากแหล่งอื่นๆ แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่า แหล่งรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของสตรี

3.3) ความพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเอง พบว่า สตรีที่มีพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเองมีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 1.16 เท่าของสตรีที่ไม่พึงพอใจในภาวะการเงินของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่า ความพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเองมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ

4) ความต้องการการทำงานต่อไปในอนาคต พบว่า สตรีที่ต้องการทำงานต่อไปในอนาคตมีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 1.22 เท่าของสตรีที่ไม่ต้องการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 จึงสรุปได้ว่า ความต้องการทำงานต่อไปในอนาคตของสตรีมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ

5) ภาวะสุขภาพ พบว่า สตรีที่มีภาวะสุขภาพดีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพไม่แตกต่างจากสตรีที่มีภาวะสุขภาพไม่ดี และสตรีที่มีภาวะสุขภาพปานกลางโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพต่ำเป็น 0.83 เท่าของสตรีที่มีภาวะสุขภาพไม่ดี แต่ทิศทางความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่า ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของสตรี

6) การตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า สตรีที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีทั้งจากสถานบริการภาครัฐและภาคเอกชน มีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 1.34 เท่าของสตรีที่ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 จึงสรุปได้ว่า การตรวจสุขภาพประจำปีของสตรีมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ

3.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับหลายตัวแปร (Multivariate analysis)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับหลายตัวแปรเป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ (Multiple Logistic Regression Analysis) เมื่อควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ พบว่าตัวแปรที่ยังคงมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของสตรีก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้แก่ ตัวแปรสถานภาพสมรส ศาสนา (พุทธ) ระดับการศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น และปริญญาตรีหรือสูงกว่า) การได้รับการติดต่อหรือเยี่ยมเยียนจากบุตร รายได้ต่อปี ความต้องการการทำงานต่อไปในอนาคต และการตรวจสุขภาพประจำปี ส่วนผลการพิจารณาเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุกับผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่าย พบว่า

1) การมีบุตร จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่าย พบว่า สตรีที่มีจำนวนบุตรมากกว่ามีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงกว่าสตรีที่มีจำนวนบุตรน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01แต่ในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุกลับ พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ดังนั้นจำนวนบุตรในครัวเรือนของสตรีจึงไม่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ

2) การติดต่อพูดคุยทางโทรศัพท์กับสมาชิกในครัวเรือน จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่าย พบว่า สตรีที่เคยได้รับการติดต่อพูดคุยทางโทรศัพท์กับสมาชิกในครัวเรือนเป็นประจำมีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงกว่าสตรีที่ไม่เคยได้รับการติดต่อพูดคุยทางโทรศัพท์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุกลับพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นการติดต่อพูดคุยทางโทรศัพท์กับสมาชิกในครัวเรือนของสตรีจึงไม่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ

3) การติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ต จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่ายพบว่า สตรีที่เคยได้รับการติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ตกับสมาชิกในครัวเรือนเป็นประจำหรือบางครั้ง มีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงกว่าสตรีที่ไม่เคยได้รับการติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ในการวิเคราะห์การ

ถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุกลับพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นการติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ตกับสมาชิกในครัวเรือนของสตรีจึงไม่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ

4) **ความพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเอง** จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่ายพบว่า สตรีที่พึงพอใจในภาวะการเงินของตนเองมีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงกว่าสตรีที่ไม่พึงพอใจในภาวะการเงินของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุกลับพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นความพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเองของสตรีจึงไม่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ

ทั้งนี้จากการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุภายใต้ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคมปัจจัยทางเศรษฐกิจ ความต้องการการทำงานต่อไปในอนาคต การตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถอธิบายการแปรผันของการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุได้ร้อยละ 2.2 (R^2 = 0.022) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 1 อัตราส่วนโอกาสต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของสตรีด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่าย

Variables	Univariate analysis		Multivariate analysis	
	OR (95%CI)	p-value	OR (95%CI)	p-value
ปัจจัยทางประชากร				
อายุ	1.01 (0.99-1.03)	0.12		
สถานภาพสมรส				
เคยสมรส (หม้าย/หย่า/แยก)	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
โสด	5.99 (1.09-32.80)	0.04*	6.94 (1.24-38.85)	0.03*
สมรส	1.16 (1.02-1.31)	0.02*	1.16 (1.02-1.31)	0.02*
ศาสนา				
พุทธ	2.91 (2.04-4.15)	<0.001***	2.92 (2.01-4.25)	<0.001***
คริสต์	1.53 (0.73-3.19)	0.26	1.73 (0.81-3.67)	0.16
อิสลาม	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ระดับการศึกษา				
ไม่เคยเรียน	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	1.43 (1.15-1.78)	0.001***	1.20 (0.96-1.51)	0.11

Variables	Univariate analysis		Multivariate analysis	
	OR (95%CI)	p-value	OR (95%CI)	p-value
มัธยมศึกษาตอนต้น	1.76 (1.30-2.38)	<0.001***	1.41 (1.03-1.93)	0.03*
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	1.63 (1.20-2.22)	0.002**	1.22 (0.88-1.68)	0.23
ปวส./ปวท./อนุปริญญา	1.80 (1.21-2.68)	0.004**	1.32 (0.88-1.99)	0.18
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2.52 (1.95-3.26)	<0.001***	1.72 (1.28-2.30)	<0.001***
ปัจจัยทางสังคม				
การมีบุตร	0.93 (0.85-5.12)	0.001***	0.99 (0.95-1.04)	0.76
สถานภาพการทำงาน				
นายจ้าง	1.20 (0.24-5.91)	0.82		
ผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัว/ธุรกิจในครัวเรือน	1.49 (0.32-7.05)	0.61		
ลูกจ้างรัฐบาล	2.40 (0.51-11.39)	0.27		
ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ/เอกชน	1.10 (0.23-5.21)	0.90		
สมาชิกของการรวมกลุ่มผู้ผลิต	1.00 (reference)			
สัมพันธภาพของบุคลากรในครัวเรือน				
การเยี่ยมเยือนจากบุตร				
ไม่เคยติดต่อ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
เคยติดต่อเป็นบางครั้ง	1.55 (1.18-2.03)	0.002**	1.43 (1.08-1.88)	0.01**
เคยติดต่อเป็นประจำ	1.59 (1.21-2.10)	0.001**	1.49 (1.12-1.98)	0.006**
การพูดคุยทางโทรศัพท์				
ไม่เคยติดต่อ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
เคยติดต่อเป็นบางครั้ง	1.00 (0.80-1.25)	0.99	0.90 (0.71-1.14)	0.38
เคยติดต่อเป็นประจำ	1.23 (1.01-1.49)	0.04*	0.98 (0.79-1.21)	0.87
การติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ต				
ไม่เคยติดต่อ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
เคยติดต่อเป็นบางครั้ง	1.72 (1.03-2.87)	0.04*	1.42 (0.83-2.42)	0.20
เคยติดต่อเป็นประจำ	1.46 (1.21-1.77)	<0.001***	0.92 (0.73-1.15)	0.46
ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ				
รายได้ต่อปี				
ต่ำกว่า 10,000 บาท	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
10,000-29,999บาท	1.82 (1.12-2.96)	0.02*	1.69 (1.03-2.76)	0.04*

Variables	Univariate analysis		Multivariate analysis	
	OR (95%CI)	p-value	OR (95%CI)	p-value
30,000-59,999บาท	1.92 (1.20-3.08)	0.006**	1.76 (1.10-2.84)	0.02*
60,000-99,999บาท	2.13 (1.33-3.41)	0.002**	1.92 (1.19-3.10)	0.007**
100,000 บาทขึ้นไป	2.77 (1.73-4.44)	<0.001***	2.21 (1.36-3.56)	0.001***
แหล่งรายได้				
ทำงาน	1.00 (reference)			
ไม่มีรายได้	0.00 (0.00-0.00)	1.00		
บำเหน็จ/บำนาญ/กองทุนประกันสังคม/ดอกเบี้ยเงินออม/เงินออม/ทรัพย์สิน	0.71 (0.43-1.89)	0.19		
ครอบครัว (คู่สมรส/บุตร/พ่อแม่/พี่น้อง/ญาติ)	0.96 (0.84-1.09)	0.54		
ความพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเอง				
ไม่พอใจ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
พอใจ	1.16 (1.03-1.31)	0.012*	1.02 (0.90-1.15)	0.77
ความต้องการการทำงานต่อไปในอนาคต				
ไม่ต้องการ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ต้องการ	1.22 (1.12-1.34)	<0.001***	1.21 (1.10-1.33)	<0.001***
ภาวะสุขภาพ				
ไม่ดี	1.00 (reference)			
ปานกลาง	0.83 (0.67-1.03)	0.10		
ดี	1.00 (0.82-1.23)	0.97		
การตรวจสุขภาพประจำปี				
ไม่ตรวจ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ตรวจ	1.34 (1.23-1.47)	<0.001***	1.27 (1.16-1.39)	<0.001***

หมายเหตุ *** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001
** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผู้วิจัยวัดการเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ จากคะแนนรวมของพฤติกรรมสุขภาพใน 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกายการกินผัก/ผลไม้ การดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า การดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ ซึ่งผลการวิเคราะห์ พบว่า สตรีมีคะแนนการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพต่ำสุดเท่ากับ 2 คะแนน หรือมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพียงเรื่องเดียว และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 10 คะแนน หรือมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพในทุกเรื่องที่สตรีพึงกระทำก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ สตรีได้มีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุร้อยละ 27.38 ซึ่งเมื่อพิจารณาการเตรียมความพร้อมในพฤติกรรมแต่ละด้านแล้วสตรีส่วนใหญ่มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลสุขภาพ ในขณะที่พฤติกรรมที่สตรีไม่ได้เตรียมความพร้อมด้านสุขภาพมากที่สุดคือ การออกกำลังกาย การดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า การกินผักผลไม้ การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และการไม่สูบบุหรี่ ตามลำดับ ดังนั้นสตรีที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมหรือไม่ได้เตรียมความพร้อมทางสุขภาพในด้านต่างๆ เหล่านี้ควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพและได้รับการกระตุ้นเตือนหรือรณรงค์เพื่อให้มีสุขภาพหรือมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพที่ดีต่อไป

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของสตรีก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบง่าย พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ คือ สถานภาพโสดและสมรส ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา การมีบุตร สัมพันธภาพของบุคลากรในครัวเรือน (การเยี่ยมเยือนจากบุตร การพูดคุยทางโทรศัพท์ และการติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ท) รายได้ต่อปี ความพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเอง ความต้องการทำงานต่อไปในอนาคต และการตรวจสุขภาพประจำปี ทั้งนี้ผลจากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ ยังแสดงให้เห็นความสำคัญของการได้รับการเยี่ยมเยือนจากบุตรเป็นประจำแสดงถึงความสนใจและความเอาใจใส่จากบุตร เช่น ซื้อผักผลไม้มาให้ พาไปออกกำลังกาย หรือร่วมพูดคุยถึงเรื่องสุขภาพ ซึ่งจะทำให้สตรีรับรู้ถึงความเอาใจใส่นั้น ซึ่งอาจส่งผลให้สตรีมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และการตรวจสุขภาพประจำปีของสตรีแสดงถึงความสนใจทางด้านสุขภาพของตนเอง การได้รับการตรวจสุขภาพทั้งจากสถานบริการรัฐและเอกชนจะทำให้สตรีได้ทราบถึงโรคหรือความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้น และจะได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม ออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ นอกจากนี้สตรียังมีความต้องการทำงานต่อไปในอนาคตซึ่งแสดงให้เห็นว่า สตรีที่ยังคงต้องการทำงานต่อไปในอนาคตน่าจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี มีกำลังกายที่จะทำงาน ทำให้รู้สึกมีคุณค่า

ในตัวเอง ไม่เป็นภาระต่อบุตรหลาน และการทำงานยังสามารถสร้างรายได้ให้แก่ตนเองหรือครอบครัวอาจทำให้สามารถเลือกซื้อหรือเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ได้หลากหลาย ตลอดจนการทำงานยังสามารถทำให้สตรีมีปฏิสัมพันธ์ในชุมชนหรือสังคม สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือร่วมพูดคุยเรื่องสุขภาพต่อกันได้ ดังนั้นภาครัฐมีส่วนสำคัญในการสร้างงานให้ผู้สูงอายุในอนาคต เพื่อให้ผู้สูงอายุมีงานทำหลังเกษียณ

รายการอ้างอิง

Aberg, A.C. (2006). Gender comparisons of function-related dependence pain and insecurity in geriatric rehabilitation. J Rehabil Med 38: 73-9.

Adams, P. F.; Hendershot, G. E.; and Marano, M. A. (1999). Current Estimates from the National Health Interview Survey, 1996. Vital Health Stat 10 (200): 1-203.

Berkman, B., and Harootyan, L. (2003). Social Work and Health Care in Aging Society: Education, Policy, Practice, and Research. New York : Springer.

Boonyakawee, Churirat. (2007). The Functional Disability of the Elderly in TambonKrabi-noiMuang District, Krabi Province, Thailand. Public Health Thesis.College of Public Health Science, Chulalongkorn University.

Bootsma-van der Wiel A. M.; de Craen A. J., and Exel, E. V. (2005). Association between chronic diseases and disability in elderly subjects with low and high income: the Leiden 85-plus study. Europian Journal of Public Health 15(5): 494-497.

Casado, R. L. (2006). Gender different in association between disability and mortality in the elderly.Doctoral Thesis.Health and Life Sciences Faculty, Pompeu University.

Dunaif, A. (2005). Women's Health. In Denis L Kasper, Braunwald E et al. (eds), Harrision's principles of internal medicine, pp.28-32. United States of America : The McGraw-Hill Companies, Inc.

Halter, J. B. (2003). Diabetes Mellitus. In Hazzard, W. R.; Brass, J. P., Halter, J. B.; Outlander, J. R.; Tenett, M. E. Principles of Geriatric Medicine & Gerontology, pp.855-61. 5th ed. United States of America: MCGraw-Hill Company, Inc.

Jitapankul, S.; Kamolratanakul, P.; Chandraprasert, S.; &Bunnag, S. (1994). Disability among Thai elderly living in Klong Toy slum. J Med Assoc Thai 77: 231-8.

Kelley-Moore, J. A., and Schumacher, J. C. (2006). When Do Older Adults Become " Disabled"?. Social and Health Antecedents of Perceived Disability in Panal Study of the Oldest Old. Journal of Health and Behavior 47 (June): 126-41.

Kinsella, K., and Phillips, D. R. (2005). Global Aging: The challenge of success. Population Bulletin vol. 60 (1) :24-5.

Knodel, J.; &Chayovan, N.(2009). Population Aging and the Wellbeing of Older Persons in Thailand.Paper in Population Ageing Series Number 5.Bangkok: UNFDA.

Lima, M. G., et al. (2009). Impact of Chronic Disease on Quality of Life Among the Elderly in the State of Sao Paulo, Brazil: A Population-Based Study. Pan Am J Public Health 25(4): 314-21.

Manda, P. K., et al. (2009). Disability among geriatric female : an uncared agenda in rural area. Sudanese Journal of Public Health 4(4): 376-82.

Murtagh, K. N.; Helen, M. A.; and Hubert, H. B. (2004). Gender Differences in Physical Disability Among an Elderly Cohort. American Journal of Public Health 94: 1406-11.

Persky, R. W.; Turtzo, L. C. ; and McCullough, L. D. (2010). Stroke in Women: Disparities and Outcome. CurrCardiol Rep. Published online: 08 January 2010, Springer Science & Business Media, LLC.

Powers, A.C., et al. (2005). Harrision's principles of internal medicine.16th (eds.), p.2152-3. USA: McGraw-Hill Companies, Inc.

Reus, V.I. (2005). Mental disorder. In Denis L Kasper, Braunwald E. et al. (eds), Harrision's principles of internal medicine,pp 2553-4. United States of America: The McGraw-Hill Companies, Inc.

Salinas, J. J., and Peek, M. K. (2008). Work Experience and Gender Difference in Chronic Disease Risk in older Maxicans. Ann Epidermiol 18(8): 623-30.

Stuck, A.E.; Walthert, J.M.; Nicholaus, T.;Bula, C.J.;Hohmann, C.;Beck, J.C. (1999). Risk for functional status decline in community-living elderly people: A systematic review. SocSci Med 48(4): 445-69.

Yount, K. M., and Agree, E. M. (2005). Differences in Disability among Older Women and Men in Egypt and Tunisia. Demography 42(1): 169-87.

Zhang, W.; Li S., and Feldman, M. W. (2005). Gender Differences in Activity of Daily Living of the Elderly in Rural China:Evidence from Chaohu. Journal of Women & Aging 17(3): 73-89.

เกื้อ วงศ์บุญสิน. (2549). สังคม สว. (ผู้สูงวัย). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กาญจนา แก้วเทพ, กนกศักดิ์ แก้วเทพ, อมรา พงศาพิชญ์. (2529). สังคมศาสตร์กับผู้หญิงสมาคมสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2545). แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564).กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี

นิสากร กรุงไกรเพชร. (2540). ภาวะทุพลภาพในผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตจังหวัดภาคกลางของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์คณะแพทยศาสตร์สาขาเวชศาสตร์ชุมชนจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเดล. (2539). รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บรรลุ ศิริพานิช. (2550). คู่มือผู้สูงอายุ: ฉบับเตรียมตัวก่อนสูงอายุ (เตรียมตัวก่อนเกษียณการงาน). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

รุ่งโรจน์ สงสระบุญ. (2557). รูปแบบการบริการสุขภาพที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลเอกชน. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร ฉบับภาษาไทย. 34 (3) ; 151-170.

วิทยาลัยประชากรศาสตร์. (2553). สรุปการประชุมวิชาการเรื่อง พัฒนางานผู้สูงอายุไทยอย่างก้าวหน้าและยั่งยืน. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2554). คนไทยเตรียมการเพื่อยามสูงวัยเพียงพอหรือยัง. In วิพรรณ ประจวบเหมาะ &วรเวศม์ สุวรรณระดา (Eds.), 100 ปี ปรีดิ์เปรม (pp. 17). กรุงเทพมหานคร: สร้างสื่อ.

วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ. (2557). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น. วารสารสถานพยาบาล : 29 (3) ; 104-115.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2552). โครงการวิจัยเรื่องการศึกษาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส).(2549). การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP).(2547). ภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของคนไทย ปี พ.ศ.2547 (รายงานชั้นกลาง). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2543). การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในประเทศไทย: สมมุติฐานที่เริ่มจากข้อมูลงานวิจัยผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพฤฒาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2540). สภาวะสุขภาพประชากรผู้สูงอายุ. ใน ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 2 พ.ศ.2539-2540, หน้า 83-117. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553). รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน : ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสารกลุ่มที่	สาขา
1	วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์	0859-6808	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์	1	วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

Back to top

Copyright 2005. Thai-Journal Citation Index (TCI) Centre. All rights reserved.
Contact. tci.thai@gmail.com

ความรู้และการใช้บทสนทนาสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดลำปาง

Knowledge and Using Dialogue to Enhance the Behavior of Early Childhood Caregivers Child Development Center in Lampang Province.

รุ่งนภา สูตินันท์โอภาส (Rungnapa Sootinan-ophat) [1]
ณิชกานต์ นาควิโรจน์ (Nichakan Nakwirot) [2]
จุฑาทิพย์ เดชเดชะ (Juthatip Dejdecha) [3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความรู้และการใช้บทสนทนาสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขต 13 อำเภอของจังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ดูแลเด็ก จำนวน 189 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบทดสอบความรู้การใช้บทสนทนาสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็ก หาค่าความเที่ยงจากสูตร KR-20 เท่ากับ .615 และแบบสังเกตการใช้บทสนทนาสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็ก หาค่าความเที่ยงจากสูตร Guttman Split-Half ได้เท่ากับ .752 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ในการใช้บทสนทนาสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัย อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =11.78, SD= 1.42) การใช้บทสนทนาสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัย(เชิงบวก) อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =3.43, SD =.42) และ การใช้บทสนทนาสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัย (เชิงลบ) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =2.45, SD =.58)

จากผลการวิจัย ผู้ดูแลเด็กควรตระหนักและให้ความสำคัญในการใช้บทสนทนากับเด็กปฐมวัยโดยมุ่งเน้นในการใช้บทสนทนาเชิงบวกสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัยให้มากขึ้น ทั้งนี้จะเห็นว่าบทสนทนาเชิงลบยังมีใช้กันในสังคมไทย ดังนั้นผู้ดูแลเด็กควรเลือกใช้บทสนทนาเชิงลบในสถานการณ์ที่จำเป็นเท่านั้น เพื่อให้พฤติกรรมของเด็กปฐมวัยได้รับปรับเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมในอนาคต

คำสำคัญ: ความรู้, การใช้บทสนทนา , สร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัย, ผู้ดูแลเด็ก

1 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง อีเมล์ : rungsooti@gmail.com
RN., Senior Professional Level. Boromarajonani College of Nursing.Lampang. E-mail :rungsooti@gmail.com
2 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง อีเมล์ : nnakwirot@gmail.com
RN., Senior Professional Level. Boromarajonani College of Nursing. Lampang. E-mail : nnakwirot@gmail.com
3 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง อีเมล์ :juthatip_h@hotmail.com
RN., Practitioner Level. Boromarajonani College of Nursing. Lampang. E-mail : juthatip_h@hotmail.com.

ABSTRACTS

This descriptive research was to examine knowledge and using dialogue in order to promote the positive behaviors to early childhood at the 13th district Child Development Center, Lampang province. The samples were 189 early childhood caregivers. Research instruments were 1) The knowledge test of dialogue to promote the positive behavior of early childhood caregivers. KR-20 was used to determine reliability of data, it was .615. Using of dialogue in promoting positive behaviors of early childhood caregivers by observation form, which was measured by means of Guttman split-half reliability for each observation was .752. The data were analyzed by using descriptive statistics. The findings indicate that the knowledge and using positive dialogue to promote behavior early child behavior were a high level ($\bar{x}$=11.78, SD = 1.42) ($\bar{x}$=3.43, SD=.42), and using negative dialogue was a medium level ($\bar{x}$ =2.45, SD =.58).

The findings shown that caregivers should be concern dialogue in order to emphasize on promoting positive behavior in childhood. However, the negative dialogue is remained using in Thailand. Therefore, caregivers should be aware of choosing the negative dialogue with their childhood as much as necessary, so as to children have been adjusted as appropriate behavior in the future.

Keywords: Knowledge, Using dialogue, Enhance the behavior of early childhood, Caregiver.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กปฐมวัยเป็นวัยเริ่มต้นของชีวิต จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ การสร้างรากฐานที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจให้กับเด็กในวัยนี้จึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะในช่วงอายุแรกเกิดถึง 6 ปี การที่เด็กได้รับการพัฒนาทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา จริยธรรม บุคลิกภาพและสังคมในทิศทางที่ถูกต้องจะเป็นรากฐานสำคัญต่อการพัฒนาในขั้นตอนต่อไปได้อย่างมั่นคง (Pilavas, 2018) ดังนั้นเด็กปฐมวัยอายุ 2–7 ปีควรจะได้รับการปลูกฝังคุณลักษณะที่ดี โดยเฉพาะคุณธรรมจริยธรรมมากกว่าช่วงอื่น เนื่องจากอยู่ในขั้นการหลบหลีกการลงโทษ ถ้าผู้ดูแลเด็กสั่งสอนว่าสิ่งใดต้องควรทำสิ่งใดไม่ถูกต้องไม่ควรทำ เด็กจะเลียนแบบในสิ่งที่ดีเพื่อพัฒนาเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมตามวัย

พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นปัญหาพฤติกรรมอย่างหนึ่งที่พบได้บ่อย พบได้ตั้งแต่อายุ 1-2 ปี เป็นการแสดงออกต่อผู้อื่นหรือต่อสิ่งของเมื่อไม่พอใจ โดยพฤติกรรมก้าวร้าวสามารถแสดงออกมาได้ 2 ทาง คือ พฤติกรรมก้าวร้าวทางกายและทางวาจา โดยเด็กมักแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายออกมา

ก่อน และเมื่อเด็กเรียนรู้ศัพท์เพิ่มขึ้น จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาให้เห็นมากขึ้น (Vichughto, 2014) สาเหตุหลักเนื่องจากเด็กวัยนี้มีข้อจำกัดของการใช้ภาษาในการสื่อสารบอกความต้องการให้ผู้อื่นได้รับรู้ ทำให้เด็กเกิดความคับข้องใจหรือมีอารมณ์โกรธได้ง่าย ประกอบกับเด็กวัยนี้ยังขาดทักษะการควบคุมตนเอง เมื่อมีอารมณ์โกรธจึงแสดงออกมาในรูปแบบของพฤติกรรมก้าวร้าว หรือการร้องอาละวาด (temper tantrum) นอกจากนี้เด็กยังมีพัฒนาการด้านการเรียนรู้ จดจำและเลียนแบบพฤติกรรมจากผู้ใกล้ชิด พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กปฐมวัยมีโอกาสพัฒนาและติดตัวไปจนถึงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ จากการรายงาน พบว่าเด็กอายุ 6 ปีที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ยังมีพฤติกรรมก้าวร้าวไปจนถึงอายุ 15 ปี (Tremblay, 2008) และการศึกษาในเด็กอายุ 6ปี ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำทุกปีจนถึงอายุ 12-17 ปี พบว่า เด็กยังคงมีพฤติกรรมก้าวร้าว (Broidy et al., 2003) จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กปฐมวัย หากไม่ได้รับการแก้ไขจะกลายเป็นพฤติกรรมที่ติดตัวไปจนเป็นผู้ใหญ่ ส่งผลกระทบ ก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรมในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ได้

ปัจจุบัน สภาพครอบครัวส่วนใหญ่จะเป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้ปกครองมีความจำเป็นต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ปัจจุบันผู้ปกครองร้อยละ 99.4 ตัดสินใจเลือกใช้บริการสถานบริการรับเลี้ยงเด็กเหตุผลสำคัญที่ผู้ปกครองนำเด็กมาฝากเลี้ยงเพื่อต้องการเตรียมความพร้อมให้เด็กก่อนเข้าโรงเรียนถึงร้อยละ 91.46 และเพื่อต้องการให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีร้อยละ 87.20 โดยเด็กจะได้รับการดูแลจากผู้แลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสัปดาห์ละ 5 วันๆ ละ 6 ชั่วโมงในช่วงกลางวัน ซึ่งเป็นช่วงเวลาแห่งการเรียนรู้สิ่งต่างๆ รอบตัวของเด็ก (Chankan & Meetong, 2011) ดังนั้นผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการอบรม สั่งสอน และปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ถูกต้องเหมาะสมในการพัฒนาและปลูกฝังให้เด็กมีคุณลักษณะที่ดีในด้านคุณธรรมและจริยธรรม โดยต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอทั้งที่บ้านจากผู้ปกครองและการเสริมสร้างการเรียนรู้ที่ดีจากผู้ดูแลเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังนั้นผู้ดูแลเด็กควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้บทสนทนาในการสื่อสาร ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่ที่ทำให้เกิดความล้มเหลวหรือความสำเร็จในการสื่อสารระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่

การใช้บทสนทนาสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัย สามารถใช้การสนทนาเชิงบวก (Positive conversation) โดยใช้คำพูดที่ดีและสร้างสรรค์ช่วยสร้างสรรค์สิ่งที่ดีงามให้ซึ่งกันและกัน ทำให้คู่สนทนารู้สึกประทับใจ เป็นการเสริมสร้างความสัมพันธ์และความรู้สึกมั่นใจ และไว้วางใจต่อกันได้ โดยเฉพาะการใช้คำพูดในเชิงบวกของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก ย่อมมีผลกระทบโดยตรงต่อเด็กทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งตรงข้ามกับการสนทนาเชิงลบ เมื่อพูดแล้วจะไปทำลายความรู้สึกหรือบั่นทอนสภาพจิตใจของเด็ก ทำให้เด็กขาดความเชื่อมั่น หรือเกิดภาวะความเครียดขึ้นในจิตใจ รู้สึกว่าได้รับความบาดเจ็บในส่วนลึกของจิตใจ ซึ่งอาจไปยับยั้งการพัฒนาทางด้านการคิดและสติปัญญาอันจะส่งผลต่อพัฒนาการโดยรวม และพฤติกรรมของเด็กปฐมวัย (Pilavas, 2018) ผู้ดูแลเด็กจึงควรมีความรู้ความเข้าใจการใช้บทสนทนาทั้งเชิงบวกและเชิงลบที่เหมาะสมกับการสื่อสารกับเด็กปฐมวัย ซึ่งผู้ดูแลเด็กจะต้อง จัดกิจกรรมให้เด็กเกิดการเรียนรู้ ชี้แนะอธิบายเป็นผู้ที่ใช้ภาษาที่เป็น

ต้นแบบ เป็นการสื่อสารเพื่อกระตุ้น ทำให้เด็กเกิดความอยากรู้อยากเรียน อยากถาม ทำให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับเด็ก และเด็กกับผู้ดูแล และมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ การยอมรับ การแรงเสริม ให้ความเป็นมิตร และเปิดโอกาสให้เด็กได้พูด ได้ถาม ทำให้เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในตัวผู้ดูแลเพิ่มขึ้น (Hansakunachai, 2011; Kosai, 2011; Nichalanon, 2012) ดังนั้น ผู้ดูแลเด็กจึงต้องพัฒนาองค์ความรู้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในสังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อจัดกิจกรรมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยใช้บทสนทนาในการสื่อสารระหว่างผู้ใหญ่กับเด็ก อันจะส่งผลต่อการสร้างเสริมพฤติกรรมการแสดงออกของเด็กเหมาะสมตามวัย

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้บทสนทนาสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัยในประเทศไทย ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้และการใช้บทสนทนาสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดลำปาง โดยใช้กรอบแนวคิด The ABC Behavior Model: Antecedents Trigger the Behavior and Consequences Maintain and Reinforce the Behavior (Bayat, 2015) และนำแนวการใช้บทสนทนา จาก C. Guidance Strategies, Prevention (The British Columbia, 2016) มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาความรู้และการใช้บทสนทนาสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็ก เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัยให้เมาะสมตามวัย เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณธรรม จริยธรรม เป็นกำลังสำคัญให้กับสังคมและประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ในการใช้บทสนทนาสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดลำปาง

2. เพื่อศึกษาการใช้บทสนทนาสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัยเชิงบวกของผู้ดูแลเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดลำปาง

3. เพื่อศึกษาการใช้บทสนทนาสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัยเชิงลบของผู้ดูแลเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดลำปาง

คำถามการวิจัย

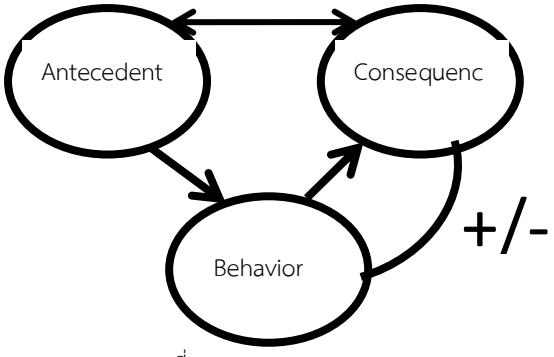
1. ความรู้ในการใช้บทสนทนาสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดลำปางอยู่ในระดับใด

2. การใช้บทสนทนาสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัย (เชิงบวก) ของผู้ดูแลเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดลำปางอยู่ในระดับใด

3. การใช้บทสนทนาสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัย (เชิงลบ) ของผู้ดูแลเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดลำปางอยู่ในระดับใด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ทีมผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมโดยใช้กรอบแนวคิด The ABC Behavior Model: Antecedents Trigger the Behavior, and Consequences Maintain and Reinforce the Behavior (Bayat, 2015) ดังรูปที่ 1



รูปภาพที่ 1 The ABC Behavior Model

ซึ่งอธิบายถึงประสบการณ์จะเป็นตัวกระตุ้นต่อการเกิดพฤติกรรม และ การแสดงพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องที่คงอยู่ทั้งบวกและลบประสบการณ์ที่ผ่านมาจะส่งผลต่อกัน จากกรอบแนวคิดดังกล่าวสามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมของเด็กแต่ละคนมีประสบการณ์ที่ผ่านมา (Antecedents)ต่อสถานการณ์ที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดเป็นผลลัพธ์หรือ Consequence ที่ทำให้เด็กตอบสนองเป็นพฤติกรรมแสดงออกต่อเหตุการณ์นั้น พฤติกรรมที่แสดงออกต่อเหตุการณ์นั้นสม่ำเสมอจนทำให้เกิดเป็นการแสดงออกต่อประสบการณ์ครั้งต่อไป หรือนิสัยถาวรของเด็กแต่ละคน ดังนั้นผู้ดูแลเด็กสามารถจัดกระทำโดยใช้ภาษา หรือบทสนทนาต่อสถานการณ์ต่างๆ ในการกระตุ้นเป็นพฤติกรรมการแสดงออกต่อสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งหากผู้ดูแลเด็กมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ภาษาที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์จะสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการปรับพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องและถูกต้อง สิ่งนั้นทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมจะสามารถเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมในอนาคต แต่หากเหตุการณ์ที่ทำให้เด็กแสดงต่อพฤติกรรมเป็นลบ ก็จะสืบเนื่องให้เด็กแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมในอนาคต นอกจากนี้ทีมผู้วิจัยได้ทบทวนแนวทางการใช้บทสนทนาจาก C.GuidanceStrategies, Prevention (The British Columbia, 2016) จำนวน 10 ด้าน จัดทำเป็นแบบทดสอบความรู้ในการใช้บทสนทนา นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และ ความตรงเชิงโครงสร้างผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่านแนะนำให้ตัดออก 3 ด้านเนื่องจากลักษณะการใช้บทสนทนาไม่เหมาะสมกับบริบทของคนไทย และ เมื่อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากร จำนวน 20 คน พบว่าค่าความเที่ยงลดลงจึงพิจารณาจัดทำเครื่องมือวิจัยโดยใช้แนวทางการใช้บทสนทนา จำนวน 7 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 Say Limits in a Positive Way, Rather Than in a Negative Way ใช้บทสนทนาในทางบวกมากกว่าในเชิงลบด้านที่ 2 Focus on the Behaviors, Rather Than on the Child ใช้บทสนทนาที่มุ่งเน้นไปที่พฤติกรรมมากกว่าการประเมินผลการกระทำของเด็กด้านที่ 3 Say What is Expected, Rather Than Ask ใช้บทสนทนาพูดสิ่งที่คาดหวังแทนด้านที่ 4 Provide Choices ให้ตัวเลือกใช้บทสนทนา พูดสิ่งที่คาดหวังแทนที่ด้านที่ 5 Give Children Enough Time to Respond to Expectations ใช้บทสนทนาให้เด็กมีเวลาพอที่จะตอบสนองความคาดหวังด้านที่ 6 Reinforce Appropriate Behaviors, With Both Words and Gestures ใช้บทสนทนาเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมพร้อมทั้งคำและท่าทางด้านที่ 7 Encourage Children to Use You as a Resource ใช้สนทนาส่งเสริมให้คุณค่าแก่เด็ก

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความรู้ในการใช้บทสนทนาและ การใช้บทสนทนาสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. ขอบเขตด้านตัวแปร ประกอบด้วย ความรู้ในการใช้บทสนทนาและ การใช้บทสนทนาสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัย

2. ขอบเขตด้านประชากรประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดลำปางจำนวน 234 คน

3. ขอบเขตระยะเวลา การศึกษาค้นคว้าวิจัยเรื่องนี้เริ่มดำเนินงานตั้งแต่มกราคม – ธันวาคม 2561

นิยามตัวแปรเชิงปฏิบัติการ

ความรู้ในการใช้บทสนทนา หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจเลือกใช้คำพูดในสถานการณ์ต่างๆเพื่อให้เด็กปฐมวัยให้เกิดเพิ่มพฤติกรรมที่สังคมยกย่องว่าดีถูกและเด็กควรทำและให้ดำรงคงอยู่ สามารถวัดได้โดยแบบวัดความรู้ที่ทีมผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 7 ด้าน14 สถานการณ์ 14 ข้อคำถาม

การใช้บทสนทนา หมายถึง ระดับของการใช้คำพูดในสถานการณ์ต่างเพื่อทำให้พฤติกรรมที่พึงประสงค์ ได้แก่พฤติกรรมที่สังคมยกย่องว่าดีถูกและเด็กควรทำ ให้เกิดขึ้น เพิ่มขึ้น และคงอยู่ สามารถวัดได้โดยแบบวัดความรู้ที่พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย จำนวน 7 ด้าน 14 สถานการณ์ 28 ข้อรายการ

พฤติกรรมเด็กปฐมวัย หมายถึง ลักษณะการแสดงออกของพฤติกรรมในช่วงอายุ 2-5 ปี ได้แก่พฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับ ซึ่งแสดงออกถึงความก้าวร้าว การปฏิเสธหรือฝ่าฝืนที่จะกระทำตามที่ครูขอให้ทำ และการรบกวนชั้นเรียน ตามสถานการณ์ที่กำหนดให้คือ เล่นของเล่นแย่งของเล่น อ่านนิทาน ปีนที่สูง รับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว ฝึกแสดงออกกลับบ้าน และพฤติกรรมที่เป็นที่ยอมรับ ซึ่งแสดงออกถึงความมีน้ำใจ และการทำความดี ตามสถานการณ์ที่กำหนดให้คือ ชมเด็กที่มีน้ำใจ และ ชมเด็กที่ทำความดี

ผู้ดูแลเด็ก หมายถึง บุคคลที่ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทำหน้าที่ในการส่งเสริมพัฒนาการทุกด้าน แก่เด็กปฐมวัยอย่างครอบคลุม ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมตามวัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในเขต 13 อำเภอของจังหวัดลำปาง จำนวน 234 คน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในเขต 13 อำเภอ จังหวัดลำปาง เลือกแบบเจาะจง จากบุคคลที่มาร่วมประชุมวิชาการ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ในวันที่ 28 เมษายน 2561 ที่ยินดีให้ข้อมูล จำนวน 189 คนคิดเป็นร้อยละ 80.77 ของประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์ในการเลี้ยงเด็ก และประสบการณ์การอบรมการเลี้ยงดูเด็ก

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้การใช้บทสนทนาในสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็ก สร้างจากการการทบทวนเอกสาร

ต่างประเทศตาม C. Guidance Strategies, Prevention (The British Columbia,2016) แบ่งออกเป็น 7 ด้าน 14 สถานการณ์ จำนวน 14 ข้อ ให้คะแนนโดยตอบถูกให้ 1คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนโดยแบ่งเป็นช่วงพิสัย 3 ชั้น ได้แก่

ระดับน้อย อยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน
ระดับปานกลาง อยู่ระหว่าง 5-9 คะแนน
ระดับมาก อยู่ระหว่าง 10-14 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสังเกตการใช้บทสนทนาในสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็ก โดยผู้ดูแลเด็กเป็นผู้ประเมินตนเอง สร้างจากการการทบทวนเอกสารต่างประเทศ ตาม C. Guidance Strategies, Prevention (The British Columbia, 2016) จำนวน 14 สถานการณ์ 28 ข้อรายการมีลักษณะเป็น rating scale 4 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนแบ่งเป็นช่วงพิสัย 3 ชั้น ได้แก่

ระดับน้อย อยู่ระหว่าง 1.0 – 2.0 คะแนน
ระดับปานกลาง อยู่ระหว่าง 2.1 – 3.0 คะแนน
ระดับมาก อยู่ระหว่าง 3.1 – 4.0 คะแนน

<u>การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ</u>

1. ความตรง (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของสถานการณ์ กับ ข้อคำถามตามแนวทางการใช้บทสนทนาจาก C. Guidance Strategies, Prevention (The British Columbia, 2016) โดยแบบทดสอบความรู้การใช้บทสนทนาและแบบสังเกตการใช้บทสนทนาในสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัย ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC มากกว่า .67 จำนวน 7 ด้าน จาก 10 ด้าน

2. ความเที่ยง (Reliability) นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงประชากร จำนวน 20 คน โดยแบบทดสอบความรู้การใช้บทสนทนาในสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงจากสูตร KR-20 เท่ากับ .615 และแบบสังเกตการใช้บทสนทนาในการสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงจากสูตร Guttman Split-Half ได้เท่ากับ .752 โดยเครื่องมือทั้ง 2 ชุด มีค่าความเที่ยง เพิ่มขึ้นเมื่อนำ3 ด้านออกตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

<u>วิธีพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง</u>

ทีมผู้วิจัยได้ดำเนินจัดทำคำร้องขอรับการรับรองโครงร่างการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง สถาบันพระบรมราชชนก ตามเอกสารหมายเลข E 2561/7 แนะนำตัวให้กับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของวิจัย และขั้นตอนเก็บข้อมูล ชี้แจงโดยให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับและใช้ในการวิจัยเท่านั้น โดยจะไม่เปิดเผยชื่อและข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และขออนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างอนุญาตโดยวาจาและสมัครใจในการตอบแบบสอบถามวิจัยครั้งนี้

<u>การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล</u>

1. ทีมผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในจังหวัดลำปาง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในสนับสนุนให้ผู้ดูแลเด็กเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการ“การพัฒนาสมรรถนะในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย”ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง วันที่ 28 เมษายน 2561

2. แนะนำตัวและชี้แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัยโดยความ

สมัครใจ ก่อนเริ่มการประชุม 30 นาทีจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนพร้อมทั้งจัดเตรียมข้อมูลในการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

3.วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ดูแลเด็กเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 ช่วงอายุส่วนใหญ่มากกว่า 40 คิดเป็นร้อยละ 76.7 ประสบการณ์การทำงาน (อื่นๆ) อยู่ระหว่าง 16 – 20 ปีคิดเป็นร้อยละ 25.4 ระดับการศึกษาสูงสุด (ไม่จำเป็นต้องอยู่ในสาขาปฐมวัย) อยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 78.8 และผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการเลี้ยงเด็ก (ก่อนเข้าทำงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก) คิดเป็นร้อยละ 80.4และเคยได้รับการอบรมการเลี้ยงดูเด็ก คิดเป็นร้อยละ 96.3 ดังตารางที่ 1

2. ความรู้ในการใช้บทสนทนาสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =11.78, SD = 1.42) ดังตารางที่ 2 ความรู้ในการใช้บทสนทนาสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดลำปางเมื่อจำแนกตามรายข้อ ดังตารางที่ 3

3. การใช้บทสนทนาในสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดลำปางส่วนใหญ่ใช้บทสนทนาในสร้างเสริมพฤติกรรม(เชิงบวก) อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =3.43, SD =. 42) และ การใช้บทสนทนาในสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัย (เชิงลบ) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =2.45, SD =.58) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 189)

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	0	0
หญิง	189	100.0
อายุ		
น้อยกว่า 20	0	0
20-30 ปี	4	2.1
31-40 ปี	40	21.2
มากกว่า 40	145	76.7
ประสบการณ์การทำงาน(อื่นๆ)		
น้อยกว่า 5 ปี	10	5.43
5 - 10 ปี	19	10.1
11 - 15 ปี	24	12.7
16 – 20 ปี	48	25.4
20 – 25 ปี	37	19.6
มากกว่า 25 ปี	46	24.3
ไม่ระบุ	5	2.6

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด (ไม่จำเป็นต้องอยู่ในสาขาปฐมวัย)		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	11	5.8
ปริญญาตรี	149	78.8
สูงกว่าปริญญาตรี	29	15.3
ประสบการณ์ในการเลี้ยงเด็ก(ก่อนเข้าทำงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก)		
เคย	152	80.4
ไม่เคย	37	19.6
เคยผ่านการอบรมการเลี้ยงดูเด็ก		
เคย	182	96.3
ไม่เคย	7	3.7

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนของ ความรู้และการใช้บทสนทนาในสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดลำปาง

ลักษณะข้อมูล	$\bar{x}$	SD	แปลผล
ความรู้ในการใช้บทสนทนาสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัย	11.78	1.42	ระดับมาก
การใช้บทสนทนาในสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัย (เชิงบวก)	3.43	.42	ระดับมาก
การใช้บทสนทนาในสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัย (เชิงลบ)	2.45	.58	ระดับปานกลาง

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละความรู้ในการใช้บทสนทนาสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดลำปางจำแนกตามสถานการณ์ในแต่ละรายข้อ

สถานการณ์	เลือกคำตอบได้ถูกต้อง	จำนวน	ร้อยละ	เลือกคำตอบผิด	จำนวน	ร้อยละ
1.เมื่อเล่นของเล่นเสร็จ	“ได้เวลาเก็บของเล่นแล้ว”	180	95.2	“อย่าทิ้งของเล่นให้เกะกะ”	9	4.8
2.เมื่ออ่านนิทาน	“ค่อยๆเปิดหนังสือนิทาน”	187	98.9	“อย่าเปิดหนังสือรุนแรงแบบนั้น”	2	1.1
3.เมื่อเด็กแย่งของเล่นจากเพื่อน	“เมื่อหนูไปแย่งของเล่นมาจากเพื่อน ทำให้เพื่อนโกรธ”	185	97.9	“หนูเป็นคนเกเร ที่ไปแย่งของเล่นของเพื่อน”	4	2.1
4.เมื่อเด็กปีนที่สูง	“การปีนโต๊ะสูง ๆ จะทำให้ตกลงมาหัวแตกได้”	189	100.0	“ทำไมถึงซน/ดื้อ ชอบปีนโต๊ะอย่างนี้”	0	0.0
5.เมื่อรับประทานอาหารเสร็จ	“ได้เวลานำถาดอาหารไปเก็บแล้ว”	86	45.5	“หนูอยากช่วยเก็บถาดอาหารไหม”	103	54.5
6.เมื่อถึงเวลากลับบ้าน	“คุณแม่มาแล้ว ได้เวลากลับบ้านแล้ว”	121	64.0	“หนูอยากกลับบ้านหรือยัง”	68	36.0
7.เมื่อถึงเวลาแต่งตัว	“หนูต้องการใส่เสื้อหรือกางเกงก่อนคะ”	184	97.4	“หนูต้องแต่งตัวเดี๋ยวนี้”	5	2.6
8.เมื่อถึงเวลารับประทานอาหาร	“หนูต้องการกินแครอทหรือแตงกวา”	60	31.7	“หนูต้องกินผักเยอะๆนะคะ”	129	68.3
9.เมื่อถึงเวลาอาบน้ำ	“อีก 5 นาทีเดี๋ยวเราจะไปอาบน้ำกัน”	187	98.9	“ต้องไปอาบน้ำเดี๋ยวนี้”	2	1.1
10.เมื่อถึงเวลาเล่านิทาน	“เมื่อทุกคนเงียบแล้ว คุณครูจะเริ่มเล่านิทาน”	168	88.9	“ถ้ายังไม่เงียบ ครูก็จะไม่เล่านิทาน”	21	11.1
11.เมื่อกล่าวชมเด็กที่มี	“ขอบคุณที่หนูมีน้ำใจแบ่งปันของ	171	90.5	“หนูเป็นผู้ช่วยที่ดีมาก” (แต่ไม่	16	8.5

สถานการณ์	เลือกคำตอบได้ถูกต้อง	จำนวน	ร้อยละ	เลือกคำตอบผิด	จำนวน	ร้อยละ
น้ำใจ	เล่นให้เพื่อน”			บอกว่าทำอะไร)		
12.เมื่อกล่าวชมเด็กที่ทำความดี	“การที่หนูช่วยเก็บขยะ ทำให้ห้องเราน่าอยู่”	173	91.5	“หนูเป็นผู้ช่วยที่ดีมาก” (แต่ไม่บอกว่าทำอะไร)	16	8.5
13.เมื่อให้เด็กทำบางสิ่งที่ยาก	“ให้หนูลองทำดูก่อน ถ้าทำไม่ได้ให้บอกครู ครูจะช่วย”	187	98.9	“อันนี้มันยาก ครูจะทำให้เอง”	2	1.1
14.เมื่อให้เด็กฝึกแสดงออก โดยการร้องเพลงหน้าห้องเรียน	“ครูจะยืนอยู่เป็นเพื่อน เวลาหนูร้องเพลงหน้าห้องเรียนคนเดียว”	148	78.3	“หนูอย่ากลัวไปเลย หนูร้องเพลงหน้าห้องคนเดียวได้อยู่แล้ว”	41	21.7

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ การใช้บทสนทนาในสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดลำปาง

สถานการณ์	คำตอบ	$\bar{x}$	SD	แปลผล
1.เมื่อเล่นของเล่นเสร็จ	“ได้เวลาเก็บของเล่นแล้ว”	3.74	.54	ระดับมาก
	“อย่าทิ้งของเล่นให้เกะกะ”	2.79	1.04	ระดับปานกลาง
2.เมื่ออ่านนิทาน	“ค่อยๆเปิดหนังสือนิทาน”	3.75	.57	ระดับมาก
	“อย่าเปิดหนังสือรุนแรงแบบนั้น”	2.52	1.09	ระดับปานกลาง
3.เมื่อเด็กแย่งของเล่นจากเพื่อน	“เมื่อหนูไปแย่งของเล่นมาจากเพื่อน ทำให้เพื่อนโกรธ”	3.27	.82	ระดับมาก
	“หนูเป็นคนเกเร ที่ไปแย่งของเล่นของเพื่อน”	1.77	.95	ระดับน้อย
4.เมื่อเด็กปีนที่สูง	“การปีนโต๊ะสูง ๆ จะทำให้ตกลงมาหัวแตกได้”	3.52	.747	ระดับมาก
	“ทำไมถึงซน/ดื้อ ชอบปีนโต๊ะอย่างนี้”	1.97	.96	ระดับน้อย
5.เมื่อรับประทานอาหารเสร็จ	“ได้เวลานำถาดอาหารไปเก็บแล้ว”	2.89	1.11	ระดับปานกลาง
	“หนูอยากช่วยเก็บถาดอาหารไหม”	3.36	.84	ระดับมาก
6.เมื่อถึงเวลากลับบ้าน	“คุณแม่มาแล้ว ได้เวลากลับบ้านแล้ว”	3.33	.90	ระดับมาก
	“หนูอยากกลับบ้านหรือยัง”	2.93	.98	ระดับปานกลาง
7.เมื่อถึงเวลาแต่งตัว	“หนูต้องการใส่เสื้อหรือกางเกงก่อนคะ”	3.31	.92	ระดับมาก
	“หนูต้องแต่งตัวเดี๋ยวนี้”	1.74	.95	ระดับน้อย
8.เมื่อถึงเวลารับประทานอาหาร	“หนูต้องการกินแครอทหรือแตงกวา”	2.74	1.10	ระดับปานกลาง
	“หนูต้องกินผักเยอะๆนะคะ”	3.45	.84	ระดับมาก
9.เมื่อถึงเวลาอาบน้ำ	“อีก 5 นาทีเดี๋ยวเราจะไปอาบน้ำกัน”	3.36	.92	ระดับมาก
	“ต้องไปอาบน้ำเดี๋ยวนี้”	1.63	.96	ระดับน้อย
10.เมื่อถึงเวลาเล่านิทาน	“เมื่อทุกคนเงียบแล้ว คุณครูจะเริ่มเล่านิทาน”	3.75	.63	ระดับมาก
	“ถ้ายังไม่เงียบ ครูก็จะไม่เล่านิทาน”	2.55	1.06	ระดับปานกลาง
11.เมื่อกล่าวชมเด็กที่มีน้ำใจ	“ขอบคุณที่หนูมีน้ำใจแบ่งปันของเล่นให้เพื่อน”	3.68	.66	ระดับมาก
	“หนูเป็นเด็กดี” (แต่ไม่บอกว่าดีอย่างไร)	2.66	1.08	ระดับปานกลาง
12.เมื่อกล่าวชมเด็กที่ทำความดี	“การที่หนูช่วยเก็บขยะ ทำให้ห้องเราน่าอยู่”	3.74	.61	ระดับมาก
	“หนูเป็นผู้ช่วยที่ดีมาก” (แต่ไม่บอกว่าทำอะไร)	2.72	1.08	ระดับปานกลาง
13.เมื่อให้เด็กทำบางสิ่งที่ยาก	“ให้หนูลองทำดูก่อน ถ้าทำไม่ได้ให้บอกครู ครูจะช่วย”	3.66	.64	ระดับมาก
	“อันนี้มันยาก ครูจะทำให้เอง”	1.58	.89	ระดับน้อย
14.เมื่อให้เด็กฝึกแสดงออกโดยการร้องเพลงหน้าห้องเรียน	“ครูจะยืนอยู่เป็นเพื่อน เวลาหนูร้องเพลงหน้าห้องเรียนคนเดียว”	3.31	.91	ระดับมาก
	“หนูอย่ากลัวไปเลย หนูร้องเพลงหน้าห้องคนเดียวได้อยู่แล้ว”	2.79	1.06	ระดับปานกลาง

อภิปรายผล

1.ความรู้ในการใช้บทสนทนาสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับมาก เนื่องจากผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาสูงสุด อยู่ในระดับปริญญาตรี สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลเด็กสามารถเข้าใจและนำความรู้ด้านต่างๆมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประสิทธิภาพสอดคล้องกับแนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กของ เดอะบรีทีสโคลัมเบีย C. Guidance Strategies, Prevention (The British Columbia, 2016) ที่อธิบายว่าความรู้ความเข้าใจ กระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามรูปแบบพฤติกรรมของเอบีซี ของบายัส The ABC Behavior Model (Bayat, 2015) นอกจากนี้ข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีประสบการณ์การทำงาน (อื่นๆ) ก่อนเข้าทำงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กถึง16–20ปี และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กถึงร้อยละ 80.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ วราลี โกศัย (Kosai, 2011) และมาตรฐานการดำเนินงานของศูนย์เด็กเล็ก (The Department of Local Government, 2016) ตามเกณฑ์มาตรฐานระดับดีมากที่อธิบายถึงคุณลักษณะด้านวัยวุฒิ วุฒิภาวะทางอารมณ์ ประสบการณ์ความรู้ความสามารถในการดูแลเด็กปฐมวัยให้มีศักยภาพครอบคลุมพัฒนาการทุกด้าน เพื่อหล่อหลอมบุคลิกภาพของเด็กปฐมวัยให้มีพฤติกรรมเหมาะสมตามวัย การมีทั้งคุณวุฒิ วัยวุฒิและประสบการณ์เดิมในการปฏิบัติงานทั้งในด้านอื่นๆ ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ในการใช้บทสนทนาสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับมาก

2. การใช้บทสนทนาสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล (เชิงบวก) อยู่ในระดับมาก จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ใช้กลวิธี หรือคำพูดเพื่อให้เด็กลดการแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น สถานการณ์เมื่อเด็กปีนที่สูง จะใช้คำพูดที่ว่า “การปีนโต๊ะสูง ๆ จะทำให้ตกลงมาหัวแตกได้”มากกว่าการใช้คำพูดว่า “ทำไมถึงซน/ดื้อชอบปีนโต๊ะอย่างนี้” หรือ เมื่อเด็กที่ทำความดีควรเลือกใช้คำพูดที่ว่า “ขอบคุณที่หนูมีน้ำใจแบ่งปันของเล่นให้เพื่อน” หรือ “การที่หนูช่วยเก็บขยะ ทำให้ห้องเราน่าอยู่” ดีกว่าการเลือกที่จะกล่าวชมว่า “หนูเป็นเด็กดี” (แต่ไม่บอกว่าดีอย่างไร) โดยไม่ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้ และ การใช้บทสนทนาที่เลี่ยงการบังคับท้าทายเช่น เมื่อเล่นของเล่นเสร็จ ผู้ดูแลจะใช้คำพูดว่า “ได้เวลาเก็บของเล่นแล้ว” มากกว่าการใช้คำพูดที่ว่า “อย่าทิ้งของเล่นให้เกะกะ” และบางสถานการณ์ผู้ดูแลก็จะพยายามปรับบทสนทนาที่นุ่มนวลและปลอดภัย เช่น สถานการณ์เมื่อให้เด็กทำบางสิ่งที่ยาก ผู้ดูแลก็จะใช้คำพูดที่ว่า “ให้หนูลองทำดูก่อน ถ้าทำไม่ได้ให้บอกครู ครูจะช่วย” โดยลักษณะคำพูดแบบนี้ก็จะทำให้เด็กรู้สึกถึงความปลอดภัยจากการแสดงออกของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง อัลเบอร์โต้ และโทรแมน (Alberto & Troutman , 2013) โดยเด็กเข้าใจและสามารถตอบสนองโดยไม่แสดงออกถึงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์จากเหตุการณ์ดังกล่าว ดังนั้นหากผู้ดูแลแสดงออกถึง คำพูด บุคลิกภาพ เชิงบวกอย่างต่อเนื่อง จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ มีระเบียบวินัย สอดคล้องการศึกษาของ อุมาพร ตรังคสมบัติ (Trangka- sombat, 2011) ถึงการสร้างระเบียบวินัยของเด็กต้องอาศัยการปลูกฝังหลักสำคัญที่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ

3. การใช้บทสนทนาสร้างเสริมพฤติกรรมเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล(เชิงลบ) อยู่ในระดับปาน

กลางอาจเป็นเพราะผู้ดูแลบางส่วนยังคงเชื่อว่าการใช้บทสนทนา หรือคำพูดในเชิงลบ เช่น การว่ากล่าวตักเตือน ตำหนิ หรือการลงโทษต่อเด็กสามารถหยุดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ได้ทันที เช่น การพูดคำตำหนิเช่น "ไม่" และ "อย่าทำ" ต่อหน้าคนอื่น อาจทำให้เด็กรู้สึกอับอาย สูญเสียคุณค่าในตนเองถึงแม้คำพูดเหล่านั้นอาจช่วยหยุดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในช่วงเวลาสั้นได้ แต่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนหรือสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างสมบูรณ์ในระยะยาวได้ ซึ่งการอบรมเลี้ยงดูเด็กตามวิถีชีวิตคนไทย 10 แบบ โดยแต่ละแบบยังเน้นการเลี้ยงดูเชิงควบคุม ไม่แสดงออกถึงพฤติกรรมด้านบวกของเด็ก แต่ใช้บทสนทนาเชิงคุกคาม ขู่ ชี้เหตุผลน้อย ใช้อำนาจ ออกคำสั่ง เพราะเชื่อว่าจะสามารถหยุดพฤติกรรมของเด็กในขณะนั้นได้ (Vongdechakul, 2014) ทั้งนี้ การแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมของเด็ก เช่น ก้าวร้าว และผู้ดูแลตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นด้วยการแสดงหรือใช้คำพูดที่ไม่เหมาะสม อาจเพิ่มผลที่เป็นอันตราย ส่งผลให้เกิดแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมในอนาคต หากใช้คำพูดหรือการสนทนาเชิงลบ จะไปทำลายความรู้สึกหรือบั่นทอนสภาพจิตใจของเด็ก ทำให้เด็กขาดความเชื่อมั่น หรือเกิดภาวะความเครียดขึ้นในจิตใจ ความรู้สึกว่าได้รับความบาดเจ็บในส่วนลึกของจิตใจ ไปสกัดกั้นการเจริญงอกงามทาง ด้านการคิดและสติปัญญา ที่ส่งผลต่อพัฒนาการโดยรวมของเด็ก (Pilavas, 2018; Trangkasombat, 2011) เนื่องจากการพัฒนาทักษะด้านภาษา เป็นทักษะแรกเริ่มหากไดรับการพัฒนาอย่างเหมาะสม จะสามารถทำให้เด็กเกิดกระบวนการคิดที่เชื่อมโยงเป็นฐานของการพัฒนาทักษะด้านอื่น เช่นการฟัง อ่าน เขียนในอนาคต ดังนั้นผู้ดูแลเด็ก ย่อมมีผลกระทบโดยตรงต่อเด็กทั้งทางตรงและทางอ้อม

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยใช้บทสนทนาเชิงบวกในสร้างเสริมพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยในแต่ละสถานการณ์เพิ่มมากขึ้น

2. ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการใช้บทสนทนาสร้างเสริมพฤติกรรมในสถานการณ์ต่างๆในชีวิตประจำวันของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการพัฒนารูปแบบการเลือกใช้บทสนทนาในเผชิญสถานการณ์ของเด็กตามความเหมาะสม

2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

References

Alberto, P. A., & Troutman, A. C. (2013). *Applied behavior analysis for teachers* (9th ed.) Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Bayat, M. (2015). *Addressing challenging behaviors and mental health issues in early childhood.* New York and London: Routledge Taylor & Francis Group.

Broidy, L.M, Tremblay, R.E., Brame, B., et al. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: A six- site, cross-national study. *Developmental Psychology,39* (2), 222-245.

Chankan, N.& Meetong, M. (2011). *A study of choice management. Nursery service parents in Hua-Hin municipality Prachuap Khiri Khan province*. Arts University, Faculty of Management Science. (in Thai)

Hansakunachai,T. (2011).*Textbook for developmental and behavioral medicine for children.* general practice. Bangkok: Developmental and Behavioral Club. (in Thai)

Kosai, W. (2011).*The development of early childhood language acquisition using whole language instructional model in the early childhood center Buriram.* *(Doctoral dissertation). Rajabhat Rajanagarindra Unversity, Chachoengsao. (in Thai).*

Nichalanon, S. (2012).*The instructional package on innovative communication for early childhood development. (Communication innovation for early childhood development).* Department of Education Sukhothai Thammathirat Open University Bangkok: Public Company Limited. (In Thai)

Pilavas, N. (2018). *First language.* (online). Retrieved from http://taamkru.com/th/First language. (in Thai)

The British Columbia. (2016). *Guiding children's behavior (Originally developed in collaboration with the BC day care action coalition and the early childhood educators of B.C.*1996.Revised 2003/02/25, 2016/11/4 ed.): The British Columbia.

The Department of Local Government. (2016). *Standardization of child development centers. Local administration*. Bangkok: Ministry of Education. English translation. (in Thai)

Trangkasombat, U. (2011). *Make discipline to your children: discipline effectively. (Principles of Effective Discipline).* Bangkok: Santana Printing . (in Thai)

Tremblay, R.E. (2008).Understanding development and prevention of chronic physical aggression: Toward experimental epigenetic studies. *Philosophical Transactions of the Royal Society B. 363*(1503), 2613-2622.

Vichughto, P. (2014). *Unit 2: concepts for early childhood behavior, documentation for early childhood behavioral and assessment.* Publishern Sukhothai Thammathirat Open University Nonthaburi. (in Thai)

Vongdechakul, S. (2014). *Early childhood education unit 5, teaching materials in family education and early childhood development.* Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat. (in Thai).

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน : ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสารกลุ่มที่	สาขา
1	วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา	1905-1387	สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล	1	วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

Back to top

Copyright 2005. Thai-Journal Citation Index (TCI) Centre. All rights reserved.
Contact tci.thai@gmail.com

Journal of Public Health and Development
Vol. 16 No. 2 May-August 2018

ORIGINAL ARTICLE

Effectiveness of the nutritional promoting program on the growth of pre-school children in a child development center, Pongyangkok Sub-district, Hang Chat District, Lampang Province

Jukkrit Wungrath[1], Nattiporn Onduang[2], Yupa Chanwikrai[3], Chomnard Singhan[3] and Siriwan Baitragul[4]

[1] *Ph.D., Faculty of Public Health, Chiang Mai University, Thailand*
[2] *M.N.S., Boromarajonani College of Nursing Phayao, Thailand*
[3] *M.Sc., School of Medical Science, University of Phayao, Thailand*
[4] *M.N.S., Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, Thailand*

Corresponding author: *Jukkrit Wungrath* ***Email:*** *jukkrit.w@gmail.com*
Received: *11 January 2018* ***Revised:*** *4 June 2018* ***Accepted:*** *13 June 2018*
Available online: *June 2018*

Abstract

Wungrath J, Onduang N, Chanwikrai Y, Singhan C, and Baitragul S
Effectiveness of the nutritional promoting program on the growth of pre-school children in a child development center, Pongyangkok Sub-district, Hang Chat District, Lampang Province.
J Pub Health Dev. 2018;16(2):1-13

The objective of this quasi-experimental research was to investigate the effectiveness of a nutritional promotion program on pre-school children's growth. This was conducted by applying behavioral learning theories. The sample of this study was 108 pre-school children aged between 3-5 years old with their parents and a purposive sample of 8 caregivers of pre-school children in the child development center in the Pongyangkok Sub-district Municipality, Hang Chat District, Lampang Province.

The intervention comprised 12 weekly curriculum sessions for pre-school children, four weekly activities for parents, and three weekly activities for caregivers. The measurement of growth was done by weighing and measuring the height of the children to be compared with the weight for age, height for age, and weight for height criteria. The data were analyzed using descriptive statistics. Mean comparison between before and after the program was performed by using paired t-test.

The results revealed that after the intervention, higher percentages of pre-school children passed the normal weight for age, height for age, and height for weight criteria than before. In the aspect of parents and caregivers, the score of the knowledge, attitude and practice of nutritional promotion on the growth of pre-school children after the intervention statistically significantly increased more than before. The results of this study suggest that the intervention working together with parents, caregivers and children themselves is a valuable tool and may play a role in improving the nutritional status of children.

Keywords: nutritional status, growth, pre-school children, nutritional promotion program

วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา
ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2561

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการต่อการเจริญเติบโตของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลปงยางคก อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

จักรกฤษณ์ วังราษฎร์[1] ณัฐติพร อ้นด้วง[2] ยุพา ชาญวิกรัย[3] ชมนาด สิงห์หันต์[3] และศิริวรรณ ใบตระกูล[4]

[1] *ปร.ด. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประเทศไทย*
[2] *พย.ม. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา ประเทศไทย*
[3] *วท.ม. คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยพะเยา ประเทศไทย*
[4] *พย.ม. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ประเทศไทย*

บทคัดย่อ

จักรกฤษณ์ วังราษฎร์ ณัฐติพร อ้นด้วง ยุพา ชาญวิกรัย ชมนาด สิงห์หันต์ และ ศิริวรรณ ใบตระกูล ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการต่อการเจริญเติบโตของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลปงยางคก อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง ว. สาธารณสุขและการพัฒนา 2561;16(2):1-13

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการต่อการเจริญเติบโตของเด็กก่อนวัยเรียน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มพฤติกรรมนิยม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเด็กก่อนวัยเรียน อายุระหว่าง 3-5 ปี พร้อมผู้ปกครอง จำนวน 108 คู่ และครูผู้ดูแลเด็กที่คัดเลือกแบบเจาะจงทั้งหมดจำนวน 8 คน จากศูนย์พัฒนาเด็กเทศบาลตำบลปงยางคก อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง โปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการประกอบด้วย บทเรียนสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนรวม 12 สัปดาห์ กิจกรรมสำหรับผู้ปกครองรวม 4 สัปดาห์ และกิจกรรมสำหรับครูผู้ดูแลรวม 3 สัปดาห์ วัดการเจริญเติบโตด้วยการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงนำมาเทียบกับเกณฑ์น้ำหนักต่ออายุ ส่วนสูงต่ออายุและส่วนสูงต่อน้ำหนัก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้โปรแกรม โดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลอง ร้อยละของเด็กก่อนวัยเรียนที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้ำหนักต่ออายุ ส่วนสูงต่ออายุและส่วนสูงต่อน้ำหนัก เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ในส่วนของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก ภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติด้านการส่งเสริมภาวะโภชนาการต่อการเจริญเติบโตของเด็กก่อนวัยเรียนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง จากผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการที่กระทำร่วมกันทั้งในผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็กและตัวเด็กเอง มีคุณค่าและมีบทบาทเป็นอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการ การเจริญเติบโต เด็กก่อนวัยเรียน โปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการ

Introduction

Pre-school children are children aged between 0-5 years. Pre-school children are at an early age to develop their physical, emotional, and intellectual abilities, and personality. Not having been properly cared for and receiving unsuitable food for a long time will cause pre-school children to have health and nutritional problems resulting in illness and mental and physical development disorders.[1] From a survey on health and nutritional status of children in Thailand conducted by the Office of the Basic Education Commission in the fiscal year 2009, which was based on the weight and height of children according to the age of Thai children by referring to the Ministry of Public Health standards, it was found that 6.3% of a total of 4,665,374 children aged 1-5 years surveyed were shorter than the standard, 2.4% of children under two years exhibited severe midget conditions, and 4.8% of children aged 1-5 years weighed less than the standard. Children who were shorter or weighed less were at risk of low intelligence, while 8.5% were overweight and obese[2]. This is an important cause of health problems as well as affecting their intelligence, thus, affecting the children's learning. From a report by the Department of Health, the Ministry of Public Health stated that since 1997-2009, it was found that Thai children aged 0-5 years showed an average level of intelligence, dropping from 91 to 88, which was lower than the average defined by the World Health Organization at 90 to 110, while the IQ of children in developing countries should be more than 104. It was also found that Thai children had a reduction in developmental age from 72% to only 67%. The report also stated that 45% of Thai children were receiving inappropriate food for their age. Moreover, eating crunchy candy and soft drinks increased by 1.8 and 1.5 times, respectively while 90% of the snacks were of low nutritional value and higher in sugar, fat and sodium than the standard. It was also found that Thai children were eating an average of 9,800 baht worth of sweets per person per year. In comparison, only 3,024 baht per person per year was spent on the cost of education. This consumption behavior results in Thai children experiencing both nutritional deficiencies and over nutrition. They may grow into unhealthy adults with a poor quality of life[3].

This results of the rural Thai children having problems with health and consumption behavior, and experiencing nutritional deficiencies were more than the children from the city at 25% and 14.3%, respectively. However, the severity of the problem varies. The rural people had low average household incomes. This affects the purchase and consumption of family food in both quality and quantity. It can be said that children from well-off families would have better nutritional status than those from middle and low-income families. At present, the socio-economic changes, including problems related to poverty, drought, and inability to do farming, which is the main occupation, make the role of parents change, struggling to survive. Migrants are finding jobs in urban areas and need to leave the family, especially the children and the elderly alone[4]. This phenomenon is likely to increase and the lack of parental care and feeding results in changes in lifestyle and dietary habits of their children. This has a direct impact on their health status, growth, nutrition and development in all aspects[5].

The objective of this research was to study the effectiveness of the nutritional promotion program

on the growth of pre-school children and evaluate the effects of a multifaceted intervention based on the attention at a child development center run by a sub-district administrative organization. The developed program was based on the concept of involvement between parents and caregivers to participate in the activities. These people, who are very close to the children and can convey knowledge, attitude, as well as be role models in various good behaviors were used to create the program by the researcher. However, these individuals needed to be educated and their nutritional attitudes and behaviors also needed to be appropriate. Additionally, this research also focused on promoting nutritional status directly through the pre-school children themselves with the use of educational media to create knowledge, good understanding, and attitude about nutrition. This will also lead to proper and right behavior.

Methods

Population and sample

This is a cross-sectional quasi-experimental research that was implemented in the form of a one-group pre-test and post-test design and the data was collected from March to December 2016. The population included 150 children aged between 3 and 5 years old in a child development center in Pongyangkok Sub-district Municipality, Hang Chat District, Lampang Province. Defined through the sample sizing methods of Krejcie and Morgan,[6] a sample size of 108 was obtained, and the sample group was selected through purposive selection. We also excluded children who presented congenital diseases or learning disabilities, a history of nutritional and metabolic diseases, and chronic diseases that could influence their growth, and also, those who did not agree to collect the data. All of the parents of the 108 children were asked to participate in the intervention and fill out a questionnaire. The parents who agreed to participate were requested to return the informed consent form along with their completed questionnaire. This resulted in the recruitment of a total of 108 pairs of children and their parents.

A purposive sample of all eight caregivers was employed by the child development center in Pongyangkok Sub-district Municipality, Hang Chat District, Lampang Province and the caregivers were recruited to participate in the intervention program. Eligibility in the study required all participants to be above 18 years of age at the time of data collection, and they would provide lunch and snacks to the pre-school children in the child development center.

Intervention

The developed nutritional promotion programs for pre-school children were based on the concept of behavioral learning theories[7] and lasted for 12 weeks. The programs passed the inspection on content consistency, objective congruence and the consideration of the language suitability by three experts in nutrition and who were from a pre-school children development program. The program composed of the following activities:

1. Pre-school nutritional promotion program for parents was implemented by educating the parents four times for a total of 24 hours. The first time was a six hour lecture to educate the parents on the content of the five major food groups and choosing the right foods for pre-school children. The second lecture was on practicing for six hours with the content being on basic nutritional assessments of foods, and preparing

and cooking food to maintain the nutrition. The third was a lecture and practice for six hours on nutritional assessment and basic nutritional disorders observation on pre-school children. The fourth was a focus group discussion activity with the parents sharing their learning with each other joined by a team of researchers and pre-school children food and nutrition experts to provide counseling and advice during the conversation, which took about six hours.

2. The pre-school nutritional promotion program for caregivers of children was implemented by educating the caregivers three times, totaling 18 hours. The first time was a six hour lecture to educate the caregivers on the content of the five major food groups, and choosing the appropriate foods for pre-school children and the right environment to promote the nutritional status. The second was a lecture and practice for six hours with the content being on basic nutritional assessments of foods, and preparing and cooking food to maintain the nutrition. The third was a focus group discussion activity with the parents sharing their learning with each other joined by a team of researchers and pre-school children food and nutrition experts to provide counseling and advice during the conversation, which took about six hours.

3. The nutritional promotion program for pre-school children was comprised of classroom activities with lectures, activities, storytelling, singing, drawing, coloring, and game playing. All stages were performed by the researcher with the caregivers as supporters. The 30-minute activities were arranged once a week every Monday for 12 weeks total. The content comprised of as follows:

During the 1^{st} - 5^{th} weeks, the content involved the benefits of the five major food groups and selection of meat, milk, eggs, beans, white rice, and brown rice, different kinds of flour, fatty oils, vegetables and fruit, and clean water.

During the 6^{th} - 8^{th} weeks, the content involved eating beneficial snacks and the benefits and downfalls of snacks, crispy snacks, desserts, candy, soft drinks, and junk food.

During the 9^{th} - 10^{th} weeks, the content involved good hygiene, washing hands before handling, eating, choosing, and keeping food clean and safe from germs.

During the 11^{th} -12^{th} weeks, the content involved oral hygiene: proper teeth brushing, exercising, and appropriately performing physical and recreational activities.

Research instruments and data collection

1. The questionnaires used in the research were, 1) Parent general data, 2) Pre-school children general data (Parents of the children answered the questionnaire) 3) Parents and caregivers nutrition knowledge questionnaire 4) Parents and pre-school caregivers attitude toward nutrition questionnaire, and 5) Parents and caregivers nutritional promotion practice questionnaire. The calculated content validity index was 0.82 and the reliability was tested by using the test on 30 people whose characteristics were similar to the sample. Cronbach's coefficient was used to determine the reliability at 0.84.

2. A growth record form was used to store age, weight, and height information of the pre-school children. The weight and height measurements were taken of all sample children. All of the research assistants and team members were well-trained to use

standardized methods carefully of an anthropometric measurement and outcome collecting procedure which is a rigorous standard of recording.

Data analysis

Personal information was analyzed using descriptive statistics. The parents' knowledge, attitudes and nutritional promotion practices scores were compared before and after using the program and were determined by using a paired t-test. As the limited number of subjects, caregivers' knowledge, attitudes and nutrition promotion practices comparing the scores before and after using the program were analyzed by using the Wilcoxon signed rank test. The growth of the pre-school children was analyzed by using weight, height and age to determine the weight for age, height for age, and weight for height ratios. It was then compared with the criteria based on the growth of 2-7 year old children established by Department of Health, Ministry of Public Health,[8] and the pre-test and post-test were then compared by using paired t-test. A statistical significance level was set at 0.05.

Results

General information of parents and caregivers

General information of the 108 pre-school children population indicated the following: 46 were males (42.6%), and 62 were females (57.4%). None exhibited a congenital disease nor a history of drug or food allergies.

Parents were 47 males (43.5%), and 61 females (56.5%), and the mean age was 35.6 years. The relationship with the children was 45 parents (41.7%) and 63 relatives (58.3%). The majority (47.2%) of the family's income was in the range of 10,001-20,000 baht. In the aspect of occupations, the most common occupation was an employed vender (57.4%). In the aspect of education, the most of them graduated from high school (43.5%).

There were a total of eight caregivers. All of them were female and the average age was 42.2 years with the average occupation period as caregivers of children were 7.5 years. Five of the caregivers held a bachelor's degree and three held a lower than bachelor's degree. There were two caregivers who had been trained on how to promote nutrition and growth in pre-school children at least two times in a period of five years.

Parents and caregivers of children knowledge, attitude and nutrition promotion practices

When the pre-test and post-test scores were compared, it was found that knowledge, attitude, and nutritional promotion practice of the pre-school children's parents after the program had an average score of 12.50, 13.0 and 9.0, respectively, which was statistically higher than before the program (Table 1).

Table 1 The mean score of knowledge, attitude, and nutritional promotion practice of pre-school children's parents before and after intervention

Variables	Before Mean (SD)	After Mean (SD)	t	p-value
Knowledge about nutritional promotion for pre-school children	7.5 (2.1)	12.5 (4.1)	3.99	0.025*
Attitude about nutritional promotion for pre-school children	7.0 (2.6)	13.0 (3.1)	3.51	0.023*
Practice in nutritional promotion for pre-school children	5.0 (3.8)	9.0 (4.7)	3.67	0.031*

*p-value < 0.05

As shown in Table 2, the Wilcoxon test results established the difference between mean ranks as statistically meaningful. The difference was in favor of the post-test. In other words, a significant increase was observed in caregivers' knowledge, attitude, and nutritional promotion practice. It can thus be stated that the intervention work specified in the caregivers was effective in improving their knowledge, attitude, and nutritional promotion practice.

Table 2 The mean score of knowledge, attitude, and nutritional promotion practice by caregivers of pre-school children before and after intervention

Variables	Before Mean (SD)	After Mean (SD)	z	p-value
Knowledge about nutritional promotion for pre-school children	10.7 (1.1)	13.3 (1.7)	4.25	0.003*
Attitude about nutritional promotion for pre-school children	9.8 (1.6)	13.5 (2.1)	2.82	0.002*
Practice in nutritional promotion for pre-school children	5.5 (1.7)	9.3 (1.7)	2.75	0.005*

*p-value < 0.05

The growth of the children

In the aspect of the growth of the children, the average weight before and after the nutritional promotion program of pre-school children was at 14.5 and 18.5 kg, respectively. There was a significant statistical difference at the 0.05 level. The average height before and after the program was 92.5 and 93.6 cm. There was no significant statistical difference. This may be due to the height measurement required over a long period of time. It can be observed to change.

When the growth criteria in the aspect of weight for age was considered, before using the program, 16.7% of children were under weight, 3.7% were overweight and 79.6% were considered normal. Whereas, after the program, 1.9% were underweight, 0.9% were overweight and 97.2% were according to the normal, respectively. It can be seen that the number of underweight and overweight children had decreased. In the aspect of height for age criteria, it was found that before the program, there were 15.7% that were slightly short, 0.9% that were slightly tall, and 83.3% that were according to the normal, respectively. Whereas, after the program, 14.8% were slightly short, 0. 9% were slightly tall and 84.3 % were according to the normal, respectively.

In the aspect of height for weight criteria, it was found that before the program, there were 9.3% that were slim, 7.4% that were slightly fat, and 83.3% that were according to the normal, respectively. It was also found that after the program, there were 9.3% that were slim, which was not different from the initial data, whereas 2.8% were slightly fat, and 95.4% were according to the normal, respectively. Which was better than before (Table 3).

Table 3 Comparison of child growth before and after intervention

Variables	Before	After
Weight		
Minimum (Kg)	9.3	11.8
Maximum (Kg)	21.4	24.2
Mean (SD)	14.5 (2.3)	18.0 (1.6)
Height		
Minimum (Kg)	79.5	79.7
Maximum (Kg)	107.0	107.6
Mean (SD)	92.5 (5.0)	93.6 (4.5)
Weight for age		
Too light	-	-
Light	-	-
Under weight	18 (16.7%)	2 (1.9%)
Normal	86 (79.6%)	105 (97.2%)
Over weight	4 (3.7%)	1 (0.9%)
Heavy	-	-
Height for age		
Too short	-	-
Short	-	-
Slightly short	17 (15.7%)	16 (14.8%)
Normal	90 (83.3%)	91 (84.3%)
Slightly tall	1 (0.9%)	1 (0.9%)
Tall	-	-
Weight for Height		
Too skinny	-	-
Skinny	-	-
Slim	10 (9.3%)	10 (9.3%)
Normal	90 (83.3%)	103 (95.4%)
Slightly fat	8 (7.4%)	3 (2.8%)
Fat	-	-
Obese	-	-

*p-value < 0.05

Discussion

After the pre-school children nutritional promotion program, parents and caregivers of children had more knowledge, attitude and nutritional promotion practice for pre-school children than before the program. When the pre-school children after the program were considered, the children had better growth based on the normal weight for age, height for age, and height for weight. This can be explained as follows:

The knowledge on nutrition promotion of parents and caregivers for pre-school children changed as a result of joining the pre-school children nutritional promotion program with activities. The activities comprised of lectures on nutritional education, practice in making the students gain theoretical knowledge, practice based on the principle of active learning that focuses on the students taking action, and thinking about what they were doing during the learning process. The student role will change from knowledge receiver to co-creators and students used a higher-order of thinking processes such as analysis, synthesis, and evaluation enabling them to maintain a more durable and longer learning experience than the normal learning process in which the learner is only the receiver[9-11]. The parents and caregivers who attended the program also received a nutritional guide and a pre-school children food menu that can be used in everyday life. This is consistent with a study conducted by Tanyalak and Utai[12] on the effectiveness of pre-school children consumption behaviors promotion programs at Ratchaburi Kindergarten. It is reported that after using the program, the consumer behavior was developed by applying the social support theory to parents and classmates by educating through lectures and learning through direct experience. As a result, parents and caregivers of the children in the experimental group had significantly higher mean scores after the experiment than in the comparison group with a statistical significance at the 0.01 level.

The exchange of knowledge, experience, and ideas between the parents, caregivers and researcher throughout the process of exchanging information with each other, consequently, opened new perspectives resulting in a raised awareness of the benefits of promoting nutritional status in pre-school children and initiated positive changes in the attitudes of both parents and caregivers of the children. This is consistent with a study conducted by Teerarat and Pannee[13] on the effectiveness of promoting a vegetable and fruit consumption behavior program among pre-school children by the parents at a child development center in Muang District, Surin Province that allowed parents and caregivers to meet, talk, exchange experiences and know each other which included questions from the researcher or scholars. After the experiment, caregivers and parents had a more positive attitude in promoting increased consumption of fruits and vegetables for pre-school children than before the experiment. This is consistent with the reports of Chapman EN[14] and Zimbardo PG[15] that stated that attitude is not a permanent feature of a person's personality. Attitudes tend to change when stimuli demand change such as raising awareness of new information, gaining new experience, and being emphasized to understand or appreciating new things by being persuaded in believing or doing something differently. Additionally, the attitude of a person can change as a result of a knowledge-driven activity along with the motivation to succeed in one[16] as did the parents and caregivers of the children in

this study, who participated in the activities in the program, which emphasized a change in attitude, designed by the researchers.

The scores of parents and caregivers behaviors and nutritional promotion practices for pre-school children after the program were higher than before the program. This was a result of participating in the nutrition program for pre-school children with training activities to enhance their skills in and knowledge about food and nutrition, particularly in selecting the raw materials and ingredients for cooking, developing cooking practices in a way to preserve and maintain nutrition calculating the energy of each meal, and adopting healthy food menus. These activities can be practiced by parents and caregivers. This is consistent with the study conducted by Reyes MH *et.al*[17] which reported that parents and caregivers of children were overweight in Mexico. In this study, parents and caregivers participated in a program that included training, focus group discussion and practices on food and nutrition every two months and an exhibition and short message transmission, which was the knowledge of relevant issues totaling 12 months. After the program, parents and caregivers of the children had more knowledge and practice about nutrition. Parents and caregivers had changed their food preparation behaviors for the children by buying less food that was not useful to be kept at home and promoting an increase in the consumption of vegetables at home and school. Parents and caregivers of the children became more aware of eating habits and decided to be good role models for the children regarding consumption behavior.

In terms of the pre-school children population, an experiment on nutritional support programs on their growth was also conducted on a different population in this study when the weight for age and height for weight criteria were considered. The values after the experiment were also higher than before except in the height for age. It was found before and after the program they were 83.3% and 84.3%, respectively. At the end of the experiment, population height per age, according to the benchmark only increased by one, because height is the growth of bone structure consisting of leg bone length, pelvis, spinal and skull size combined, so the changes are quite slow and due to the duration of this experiment negligible.

However, when the weight for age and height for weight criteria were considered, it can be seen that the number of children that met the criteria after the experiment were more than before the experiment. Much of this is due to the fact that the children participating in a nutritional promotion program which was researched and designed by applying behavioral learning theories. These theories state that all behaviors occur by learning and observing each type of behavior and is the sum of many independent reinforcements, and if the behavior is inappropriate or incorrect, it can be adjusted to fit correctly through reinforcement or a new teaching[18]. In addition, the researcher also used the principle of learning by nature by designing the learning process according to the needs and interests of the child and created interesting stimuli which engages the children to learn. These included activities such as lectures, storytelling, singing, playing games, drawing, painting, and imaging. When there is an interesting stimulus, the child perceives through their senses such as sight, hearing, smell, taste, and touch creating learning, memorizing, understanding, and responding in the form of practice or behavior.

This is consistent with a study conducted by Marut *et al.*[19] who studied the effects of storytelling. Cooking activities centering on knowledge and vegetable consumption were included in a story told to the children about vegetables and the benefits of eating vegetables and the drawbacks of not eating vegetables. In addition to cooking activities, children were involved in ingredient preparation and cooking three times per week. This was done by one story and one recipe preparation at a time for one hour and 30 minutes totaling four weeks. From the study, it was found that post-test scores of the experimental group were higher than the control group and the score of the experimental group was also higher than before, which suggests that pre-school children could learn through various activities. This will stimulate attention and lead to remembering and desired behavior.

Another important factor that influenced the pre-school children to improve knowledge and behavior and leads to better nutrition and growth, was the parent participation in the pre-school nutritional promotion program, so their knowledge, attitude, and practice also improved. This resulted in the ability to convey and apply knowledge gained. Additionally, the practice of proper food consumption was also a good example for the children. This is because pre-school children like to emulate and create their own behavior by imitating and following as shown in the study conducted by Chotika and Pattamasiri[20] on the role of parents in promoting the eating behaviors of pre-school children in Phetchaburi Kindergarten. This was evident in three aspects: the role models, environment, and support which found that parents played a role in promoting the eating habits of pre-school children on a massive scale. The highest role was support, particularly, meal preparation which allowed the children to be involved and reinforced. The second was composed of manners, setting aside time to eat, environment, and motivation, respectively. It was shown that parenting styles need to be emphasized as an important aspect of eating behavior in pre-school children[21].

Additionally, caregivers of children are another important factor playing a role in nutrition promotion in pre-school children. This is because of their proximity to the children and it is the task of the caregivers to plan and organize activities to promote learning activities for skill development and create an appropriate environment for pre-school children. Additionally, caregivers of children, also play a role in communicating to the parents their duties of conveying and passing their knowledge and advice on how to promote the children's steady growth and to find solutions to problems. Therefore, caregivers of children that have gone through the program can effectively present such roles and excellently contribute to the growth and development of the children[22-23].

Recommendations

The results of this study suggest that working together with parents and caregivers of children is a valuable method in improving the nutritional status of children. The inclusion of the parents and caregivers of children has been recommended, since young children are more susceptible to interventions focused on environmental and behavioral factors by members of their own family, childcare centers, and schools. It will be necessary to assess whether the maintenance of implemented activities in daycare centers over a longer period can demonstrate effectiveness that justifies scaling.

Acknowledgements

We sincerely thank all who participated in this study. We also thank the Upper Northern Research Administration Network (UNRN) for their financial support.

Reference

1. Wungrath J. Food consumption behavior of pre-school children whose parents working in other places. J Pub. Health Dev. 2011;9(3):312-23 (in Thai).
2. National Health Examination Survey Office. Thai health survey by physical examination 4th 2008-2009; Nonthaburi: The Graphico System Publishing; 2009. (in Thai).
3. Health System Research Institute. Thai Health survey 2007-2009. 2009, [Cited 2016 November 21] Available from: http://www.moc.moe.go.th/node/1538.
4. Quality Learning Foundation. Development of preschool children; Rouge of life. 2014, [Cited 2016 October 10] Available from: http://resource.thaihealth.or.th/library/academic/14447.
5. Wongtong O. Family nutrition. 4th Edition. Bangkok: Kasetsart University Publishing; 2008. (in Thai).
6. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas 1970;30(3):607-10.
7. Skinner BF. Science and human behavior. New York: Simon and Schuster Inc.; 1953
8. Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health. Growth chart of the World Health Organization. [Cited 2018 May 10] Available from: http://nutrition.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=94.
9. Bonwell, CC., Eison, JA. Active Learning: Creating Excitement in the Classroom. 1991 ASHE-ERIC Higher Education Reports. ERIC Clearing house on Higher Education, The George Washington University. Washington, DC. One Dupont Circle, Suite 630; 1991.
10. Meyers C., Jones TB. Promoting active learning. Strategies for the college classroom. San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc.; 1993.
11. Kamanee T. Science of teaching. Bangkok: Chulalongkorn University Publishing; 2011. (in Thai).
12. Suwanno T, Taramak U. The effective of a food consumption behavior programin early chilhood at kindergarten school in Ratchaburi province. Journal of public health nursing. 2008;22(2):30-44. (in Thai).
13. Kongton T, Banchonhattakit P. Effectiveness of promoting vegetable and fruit consumption behavior program among pre-school children by parents at child development center, Muang district, Surin province. The Public Health Journal of Burapha University. 2013;8(1):26-36. (in Thai).
14. Chapman, EN. Attitude:Your most priceless possession. 2nd ed. Los Altos, CA: Crisp Publications; 1990.
15. Zimbardo PG. The psychology of attitude change and social influence. Philadelphia: Temple University Press; 1991.
16. Kitchenham A. Building on mezirow's theory of transformative learning: theorizing the challenges to reflection. Journal of Transformative Education. 2008;6(1):155-64.
17. Reyes-Morales H., González-Unzaga, MA., Jiménez-Aguilar, A., Uribe-Carvajal, R. Effect

of an intervention based on child-care centers to reduce risk behaviors for obesity in preschool children. Bolet´n Médico Del Hospital Infantil de México (English Edition). 2016;73(2):75-83.

18. Sabaiying W. Learning: In teaching documents of Psychology for life, School of Educational Studies. Nonthaburi. Sukhothai Thammathirat Open University Publishing; 2010: 13-17. (in Thai).
19. Hungchan M, Saratapun N, Rungsayatorn S. Effect of storytelling and cooking activities on knowledge and vegetable consumption of preschool children. Kasetsart Educational Review. 2016;31(1):101-11. (in Thai).
20. Kungwon C, Teeranurak PJ. Parents' role in promoting eating behaviors of pre-school children in Anuban Petchaburi school. Online Journal of Education. 2015;10(2):87-97. (in Thai).
21. Beniko M, Mongkolchati A, Chompikul J, Phuphaibul R. Relationship between child rearing and child nutritional status during the first year of life in Thailand. J Pub. Health Dev. 2016;14(1): 3-19.
22. Wangsachantanon T, Wattanaamorn S, Jirarattanawanna N, Buntumporn N. The role of caregivers in day care centers to screening and development promoting of early childhood. Journal of Science and Technology Srinakharinwirot University. 2015;6(12):114-21. (in Thai).
23. Patrick, H., Nicklas, T. A., Hughes, S. O., & Morales, M. The benefits of authoritative feeding style: caregiver feeding styles and children's food consumption patterns. Appetite.2005;44(2):243-49.

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน : ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสารกลุ่มที่	สาขา
1	วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ	1906-2605	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์	1	วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

Factors Related to Access to Primary Care Services for Patients with Mental Health Problems

วรภรณ์ ทินวัง[1], รุ่งนภา สูตินันท์โอภาส[2], เกศสุรินทร์ เทือกถา[3]

Woraporn Thinwang[1], Rungnapa Sutinonopas[2], Kedsurin Thauktha[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต และศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต 8 กลุ่มโรค ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตจังหวัดลำปาง จำนวน 2 แห่ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 114 คนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ใช้ Pearson Product Moment Correlation และ ไคสแควร์

ผลการศึกษา พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต โดยภาพรวมอยู่ในระดับ สูง ($\bar{X}$ = 3.95, SD =0.47) ความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่อการเจ็บป่วยที่ได้รับ โดยมีค่าความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ (R_{xy} = 0.39) และ เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการ โดยมีค่าความสัมพันธ์กันทางลบในระดับต่ำ (R_{xy} = -0.21) ปัจจัยอื่นๆที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย (χ^2 = 6.435) ยานพาหนะ (χ^2 = 6.567) อาชีพหลัก (χ^2 = 8.128) และแหล่งที่มาของรายได้ (χ^2 = 5.438) โดยมีค่าความสัมพันธ์ Cramer'V เท่ากับ 0.39 , 0.240, 0.267 และ 0.218 ตามลำดับ

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการสุขภาพ, ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

ABSTRACT

This research was survey stydy aim to study the level of primary health care **access** and the relationship between accesses to primary care services for patients with mental health problems. The population and sample in this study were males and females patients with 8 group of mental health problem in 2 areas of district health promotion hospital in Lampang. The samples are 114. The research instrument is questionnaire Data were analyzed by using Frequency, percentage, mean and standard deviation, Pearson product moment Correlation and Chi Square.

The results showed that access to primary care services for patients with mental health problems was highest ($\bar{X}$ = 3.95, SD =0.47). The relationship with access to services of patients with mental health problems (p-valve=0.5) is that knowledge about the right to mental health problems were positive in low level related to services of patients with mental health problems (Rxy = 0.39) and taking time to health care was negative in low level related to services of patients with mental health problems (Rxy =- 0.21). The other factors related to access to services of patients with mental health problems were statistically significant at .05 level that these include: the person who lives with the patient (χ^2 = 6.435), vehicle (χ2 = 6.567), main career (χ2 = 8.128) and source of income (χ2 = 5.438) .The correlation coefficients Cramer V were 0.39, 0.240, 0.267 and 0.218, respectively.

Key words: access to healthcare service**,** patient with mental health problem

---

[1] อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

[2] อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

[3] พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.บ้านกล้วยแพะ ตำบลกล้วยแพะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่มากขึ้นในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นความก้าวหน้าของเทคโนโลยี การศึกษา การแข่งขันทางด้านธุรกิจ หรือแม้กระทั่งการเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติ ส่งผลทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพตามมามากมายเช่นเกิดความเครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ และซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นจึงทำให้บางคนแสดงออกโดยการใช้ความรุนแรง จนทำให้เกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น และถูกมองว่าเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต ความสูญเสียปี สุขภาวะจากการเจ็บป่วยหรือพิการทั้งหมด (year lost due to disability: YLD) มีค่าประมาณ 4ล้านปี พบในผู้ชาย 2.1ล้านปี ผู้หญิง1.9 ล้านปี สาเหตุหลักของความสูญเสียในเพศชายคือ การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 22.6 รองลงมาคือ โรคซึมเศร้า ในเพศหญิงโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของความสูญเสียอันดับ 1คิดเป็นร้อยละ 12.4[1]

คนมีปัญหาจิตเวชในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต โดยจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และการอยู่ร่วมกันในสังคม การเปลี่ยนแปลงรวดเร็วของสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ทั้งนี้ แม้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจะมีจำนวนเพิ่มขึ้น แต่กลับพบว่า การเข้าถึงบริการยังคงอยู่ในระดับต่ำการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นแนวคิดที่ควรส่งเสริมให้สถานบริการสุขภาพปฏิบัติอย่างมีคุณภาพและมาตรฐานซึ่งจะเป็นสิ่งสะท้อนนโยบายสุขภาพของภาครัฐ [2] ในการบริการดูแลสุขภาพประชาชนแบบปฐมภูมิและเป็นดัชนีชี้วัดระบบบริการสุขภาพ[3] กรมสุขภาพจิตและโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพซึ่งการเข้าถึงบริการตามแนวคิดของเพ็นเซ็มสกี้และโทมัส[2] ประกอบด้วย 5 มิติคือ 1) ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ 2) การเข้าถึงแหล่งบริการ 3) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ 4) ความสามารถเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการและ5)การยอมรับคุณภาพการบริการ จากการสำรวจของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเครือข่ายเขตบริการที่1ในเขตพื้นที่ภาคเหนือ ในปี 2556-2557 พบว่า อัตราการเข้าถึงบริการ ลดลง โดยในปี 2556 อัตราการเข้าถึงบริการมีจำนวนร้อยละ 37.67 ส่วนในปี 2557 มีจำนวนการเข้าถึงบริการร้อยละ 36.76

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต พบเพียงรายงานการศึกษาของกรมสุขภาพจิต ที่กล่าวว่าการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเนื่องจากข้อจำกัดหลายประการ เช่น ทัศนคติที่ไม่ดีต่องานสุขภาพจิต การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิต ความร่วมมือของงานสุขภาพจิตจากหน่วยบริการและชุมชน การขาดแคลนบุคลากรทั้งจิตแพทย์และวิชาชีพอื่นของทีมสุขภาพจิต การกระจุกตัวของจิตแพทย์ในเมืองใหญ่ ความยากลำบากในการเดินทางมาขอรับบริการ บางครั้งจำเป็นต้องค้างคืนทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ครอบครัวมีฐานะยากจนทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้น้อยและไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำของโรคจิตเวช แต่ไม่พบรายงานการวิจัยที่ชัดเจน มีเพียงรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ของ พิลือ เขียวแก้ว (2553) [4] และ ดวงดาว ศรีวุฒิ(2556)[5] ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ และรายงานการวิจัยของผู้รับบริการสุขภาพอื่นๆ[3,6,7,8]

ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาลที่มีหน้าที่ในการรับผิดชอบในการผลิตบุคลากรสุขภาพในการให้บริการทุกระดับ และ ความร่วมมือในการวิจัยและพัฒนาการกับหน่วยบริการสุขภาพ จึงได้มีความสนใจในการศึกษา การเข้าถึงบริการสุขภาพ และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต ตามแนวคิดของ Penchamsky and Thomas[2] มาจัดหมวดหมู่ปัจจัยให้ครอบคลุม ได้แก่ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ โดยเก็บกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต ซึ่งเป็นแหล่งฝึกภาคปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพทางจิตเพื่อนำผลการศึกษาที่ได้เป็นแนวทางในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพเพื่อตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิตและเพื่อพัฒนาสู่การจัดบริการสุขภาพ ให้

ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่าเทียมกัน มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

2. ศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต และศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต 8 กลุ่มโรค ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตจังหวัดลำปาง จำนวน 2 แห่ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 114 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ได้ดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพของ พิลือ เขียวแก้ว (2553)[4] เป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะที่อยู่อาศัย อาศัยอยู่กับใคร ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการ ยานพาหนะในการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการ อาชีพของผู้ป่วย รายได้ต่อเดือนของครอบครัว แหล่งที่มาของรายได้ ค่าใช้จ่ายต่อเดือนของผู้ป่วย

ตอนที่ 2 แบบวัดการรับรู้สิทธิเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้แก่ ลักษณะความเจ็บป่วย สิทธิการรักษา ความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษา และ ผู้ดูแลหลัก

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ คือ 1)ความพอเพียงของบริการ 2)ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ 3)ความสะดวกเมื่อใช้บริการ 4) ความสามารถจ่ายค่าบริการ 5)ความพึงพอใจในบริการ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามวิธีของลิเคิร์ท (Likert) โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ 5 คะแนน ท่านรู้สึกว่าได้เข้าถึงบริการสุขภาพท่านได้รับมากที่สุด 4 คะแนน ท่านรู้สึกว่าได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่ท่านได้รับมาก 3 คะแนน ท่านรู้สึกว่าได้เข้าถึงบริการ 2 คะแนน ท่านรู้สึกว่าได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่ท่านได้รับน้อย1 คะแนน ท่านรู้สึกว่าได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่ท่านได้รับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความตรงของเครื่องมือ(Validity) นำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความเห็นโดยพิจารณาความสอดคล้องกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย กับ ข้อรายการที่ต้องการวัด แล้วนำมาพิจารณาหาค่า IOC ตั้งแต่ร้อยละ 66 ขึ้นไป **ความเที่ยงของเครื่องมือ**(Reliablility) นำเครื่องมือไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ต่างจากกลุ่มตัวอย่างจริงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของครอนบาค ต้องมีค่าเกิน 0.75 ขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน . Pearson Product Moment Correlation และ ไคสแควร์

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.9 เพศชายร้อยละ 35.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 46.5 มีสถานภาพสมรสเป็นสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 56.1 ร้อยละ 20.2 มีที่พักอาศัยเป็นของตนเอง/คู่สมรสมากที่สุดร้อยละ 83.3 กลุ่มตัวอย่างพักอาศัยอยู่กับคู่สมรสมากที่สุด ร้อยละ 53.5 ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็น 3 อันดับแรก ได้แก่ โรควิตกกังวลร้อยละ 41.2 โรคจิตเภทร้อยละ 40.4 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 14.9 สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาลมากที่สุด ได้แก่สิทธิบัตรประกันสุขภาพ 59.6 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่คือ ดูแลตนเอง ร้อยละ 74.6 ยานพาหนะในการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการที่ใช้บริการมากที่สุด คือ ใช้รถจักรยานยนต์มากที่สุด ร้อยละ 57 ปัจจุบันอาชีพหลักของท่าน รับจ้างทั่วไป55.3 แหล่งที่มาของรายได้คู่

สมรส28.9 ได้รับการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลรัฐบาล 50.0

ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต อายุ เฉลี่ย 57 ปี, ความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่อการเจ็บป่วยที่ได้รับ เฉลี่ย 6 (จากคะแนนเต็ม 7), ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการเฉลี่ย 5 กิโลเมตร, เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการ เฉลี่ย 14 นาที, รายได้ต่อเดือนของครอบครัวเฉลี่ย 7117 บาท, ค่าใช้จ่ายส่วนตัวที่ใช้ในการดำรงชีวิตเฉลี่ยต่อเดือน 4720 บาท และ ค่าใช้จ่ายส่วนตัวที่ใช้การในการรักษาโรคเฉลี่ยเดือนละ 207 บาท

2. การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต โดยภาพรวมอยู่ในระดับ สูง ($\bar{X}$ = 3.96, SD =0.46) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต ด้านคุณภาพของบริการและผู้ให้บริการมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}$ = 4.17, SD =0.61) ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการเมื่อใช้บริการ ($\bar{X}$ = 3.22, SD =0.65)

3. การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต โดยภาพรวมอยู่ในระดับ สูง ($\bar{X}$ = 3.95, SD =0.46) เมื่อพิจารณารายข้อ ส่วนใหญ่มีค่าอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่ามากที่สุดคือ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงพอต่อความต้องการให้บริการด้านสุขภาพใน รพสต. ($\bar{X}$ = 4.36, SD =0.766) รองลงมาคือ พอใจกับการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการสุขภาพ เช่น ที่นั่งพัก ทางลาด ราวจับ ($\bar{X}$ = 4.32, SD =0.669) ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไม่เป็นภาระในการเข้ารับบริการสุขภาพ ($\bar{X}$ = 2.78, SD =1.203) ท่านและครอบครัวมีกำลังทรัพย์ (ค่ารถในการเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่นๆ)ในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ($\bar{X}$ = 3.65, SD = 1.039) และ ท่านคิดว่าขั้นตอนในการเข้ารับบริการไม่มีความยุ่งยาก ($\bar{X}$ = 2.68, SD = 1.378)

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

ข้อมูลทั่วไป กับ การเข้าถึงบริการ	R_{XY}	sig	แปลผล
อายุปัจจุบัน (ปี)	-0.14	.152	ไม่มีความสัมพันธ์
ความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่อการเจ็บป่วยที่ได้รับ (คะแนน)	0.39*	.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ (กิโลเมตร)	-0.17	.079	ไม่มีความสัมพันธ์
เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการ (นาที)	-0.21*	.029	มีความสัมพันธ์ทางลบ
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว(บาท/เดือน)	-0.08	.415	ไม่มีความสัมพันธ์
ค่าใช้จ่ายส่วนตัวที่ใช้ในการดำรงชีวิต(บาท/เดือน)	0.04	.625	ไม่มีความสัมพันธ์
ค่าใช้จ่ายส่วนตัวที่ใช้การในการรักษาโรค(บาท/เดือน)	0.14	.240	ไม่มีความสัมพันธ์

* P > .05

จากตาราง 1 พบว่า ข้อมูลทั่วไปที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่อการเจ็บป่วยที่ได้รับ โดยมีค่าความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ (R_{XY} = 0.39) และ เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการ โดยมีค่าความสัมพันธ์กันทางลบในระดับต่ำ (R_{XY} = -0.21

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	เข้าถึง	เข้าถึงมาก	รวม	χ^2	Cramer'V	แปลผล
เพศ						
หญิง	10	64	74			
ชาย	11	29	40			
รวม	21	93	114	3.380	0.172	ไม่สัมพันธ์กัน
สถานภาพสมรส						
อยู่คนเดียว	12	38	50			
อยู่กับคู่ครอง	9	55	64			
รวม	21	93	114	1.845	0.127	ไม่สัมพันธ์กัน
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ไม่ได้เรียน	**10**	36	46			
ประถมศึกษา ขึ้นไป	11	57	68			
รวม	21	93	114	0.565	0.070	ไม่สัมพันธ์กัน
ลักษณะที่อยู่อาศัย						
บ้านตนเอง/คู่สมรส	16	79	95			
ไม่ใช่บ้านตนเอง หรือ คู่สมรส	5	14	19			
รวม	21	93	114	0.946	0.091	ไม่สัมพันธ์กัน
บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย						
อยู่ตามลำพังหรือไม่ใช่คู่สมรส	15	38	53			
สามีหรือภรรยา	6	55	61			
รวม	21	93	114	6.435*	0.238	สัมพันธ์น้อย
สิทธิในการรักษา						
บัตรประกันสุขภาพ	12	56	68			
อื่นๆ	9	37	46			
รวม	21	93	114	0.067	0.025	ไม่สัมพันธ์กัน
ผู้ดูแลหลัก						
ดูแลตนเอง	18	67	85			
คนอื่นดูแล	3	26	29			
รวม	21	93	114	1.688	0.122	ไม่สัมพันธ์กัน
ยานพาหนะ						
ไม่ใช้น้ำมัน เดินเท้า จักรยาน	2	36	38			
ใช้น้ำมัน	19	57	76			
รวม	21	93	114	6.567*	0.240	สัมพันธ์น้อย
ปัจจุบันอาชีพหลักของท่าน						

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	เข้าถึง	เข้าถึงมาก	รวม	χ^2	Cramer'V	แปลผล
ไม่ได้ประกอบอาชีพ,เกษตรกรรม	13	27	40			
อื่นๆ	8	66	74			
รวม	21	93	114	8.128*	0.267	สัมพันธ์ปานกลาง
แหล่งที่มาของรายได้						
ประกอบอาชีพเอง หรือ คู่สมรส	7	57	64			
อื่นๆ เช่นพระ	14	36	50			
รวม	21	93	114	5.438*	0.218	สัมพันธ์น้อย
การช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล						
จ่ายเองบุคคลในครอบครัว	11	46	57			
รัฐบาล	10	47	57			
รวม	21	93	114	0.058	0.023	ไม่สัมพันธ์กัน

* P > .05

จากตาราง 2 พบว่า ปัจจัยอื่นๆที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย ($\chi^2 = 6.435$) ยานพาหนะ ($\chi^2 = 6.567$) อาชีพหลัก ($\chi^2 = 8.128$) และ แหล่งที่มาของรายได้ ($\chi^2 = 5.438$) โดยมีค่าความสัมพันธ์ Cramer'V เท่ากับ 0.39 , 0.240, 0.267 และ 0.218 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การเข้าถึงบริการที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต แบ่งออกเป็น 3 ปัจจัยใหญ่ๆคือ 1.ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ 2.ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย และ3.ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ซึ่งปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพได้แก่ เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการและยานพาหนะ ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพได้แก่ความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่อการเจ็บป่วยและบุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพได้แก่ อาชีพหลักของผู้ป่วย แหล่งที่มาของรายได้

1. ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพได้แก่ เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการและยานพาหนะ ซึ่งเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการมีความสัมพันธ์ทางด้านลบกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษา การเข้าถึงบริการสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติสตรีไทใหญ่ [9] ว่าแรงงานข้ามชาติสตรีไทใหญ่จะไปรับบริการจากสถานบริการที่อยู่ใกล้ที่ทำงานหรือที่พักมากกว่าโรงพยาบาลที่ทำประกันสุขภาพอยู่ไกลจากที่ทำงาน เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทางและเวลาที่ไปใช้บริการ จากการศึกษาเรื่องปิดช่องว่างการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ:ความเป็นธรรมทางสุขภาพและความครอบคลุมทางสังคมในประเทศไทยในประเด็นของการเดินทางและระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการพบว่าการขาดแคลนบริการขนส่งสาธารณะที่ราคาย่อมเยา การเดินทางที่ไม่สะดวกก็เป็นอีกหนึ่งอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพต่างๆในผู้สูงอายุ ยานพาหนะ ที่ใช้น้ำมันและไม่ใช้น้ำมันมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ เนื่องจากยานพาหนะที่ใช้น้ำมันมีผลต่อค่าใช้จ่าย และระยะทางที่จะเข้ารับการบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐติกา ชูรัตน์ (2559)[10] พบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมมีผลต่อรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยมีความต้องการรักษาใกล้

บ้านเพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายและมีความปลอดภัยในการเดินทาง

2. ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพได้แก่ความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่อการเจ็บป่วย ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การที่ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง หรือมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยและการรักษาพยาบาล เช่น เข้าใจว่าระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) และประกันสังคมไม่ครอบคลุมการรักษาทางจิตเวช ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ[4] พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้สิทธิต่างๆของผู้พิการมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ เมื่อผู้พิการรับรู้สิทธิเพิ่มขึ้นก็มารับบริการเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชในประเทศแถบยุโรป พบว่าปัจจัยที่สำคัญและมีผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชคือ ความรู้สึกอับอายที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช หรือเป็นความรู้สึกเหมือนเป็นตราบาป (stigma) ของผู้ป่วยจิตเวช การเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ผิดพลาดไป หรือเคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อการเข้ารับบริการทำให้เกิดความรู้สึกอายและเข้ารับการรักษาล่าช้า[11] นอกจากนี้พบว่า ทัศนคติและการรับรู้ทางด้านลบของผู้รับบริการต่อการเข้ารับบริการในหน่วยบริการทางด้านสุขภาพจิตมีผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพจิตในหน่วยบริการสุขภาพ[12] การรับรู้อุปสรรคและสิ่งสนับสนุนในการค้นหาความช่วยเหลือที่จะเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตของวัยหนุ่มสาวจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ได้แก่ ความรู้สึกอับอาย ลำบากใจ การขาดความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และสิ่งสำคัญที่ทำให้ไม่แสวงหาความช่วยเหลือก็คือความที่ต้องการพึ่งพาตนเองมากกว่า ดังนั้นการที่จะทำให้มีการเข้าถึงบริการในกลุ่มนี้จึงต้องเน้นการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ลดความรู้สึกอับอายและเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย[13] ในประเทศไทยมีผู้มีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่า 10 ล้านคน มีเพียง 8 แสนคน คิดเป็นร้อยละ 8 เท่านั้นที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษา ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ที่สำคัญคือ การขาดความรู้ที่ถูกต้อง มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยและการรักษา เช่น ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิการรักษาที่ไม่ถูกต้อง เช่น บัตรทอง บัตรประกันสังคมไม่สามารถใช้รักษาโรคทางจิตเวชได้ ความรู้สึกอายของผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อป่วยทางจิต[14]

3.ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพได้แก่ อาชีพหลักของผู้ป่วย แหล่งที่มาของรายได้ และบุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย อาชีพและรายได้ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ การประกอบอาชีพและที่มาของรายได้เฉลี่ยของครอบครัวเท่ากับ 7116.51 บาทต่อเดือน และค่าเฉลี่ยในการใช้จ่ายส่วนตัวที่ใช้การในการรักษาโรคมีเพียง 206.93 บาทต่อเดือน ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างน้อย จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชผิวดำและชนกลุ่มน้อยในประเทศอังกฤษตอนใต้พบว่าปัจจัยทางด้านการเงินเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ เช่น การเข้ารับการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญหรือการรับการรักษาทางเลือกอื่นไม่สามารถจะเข้าถึงบริการและไม่ได้รับการรักษาเนื่องจากไม่มีเงิน [15] ผู้ป่วยบางรายไม่มีอาชีพ ไม่มีรายได้ ครอบครัวยากจน แต่ในการเข้าถึงบริการจะเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหาร ทำให้มีผลต่อการเข้ารับบริการ ทำให้เข้ารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง[16]

ด้านผู้ให้บริการการที่จะพัฒนาบริการด้านสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ได้ประเด็นทั้งด้านการเจ็บป่วยที่ต้องมีการดูแลโดยมีการวิเคราะห์เป็นรายกรณี การดูแลด้านเศรษฐกิจหาแหล่งทุนสนับสนุน และการพัฒนาการสร้างเครือข่ายและแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้มีความพร้อมในการดูแลปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีทีมผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย[17] ความสัมพันธ์ทางด้านบวกของการเข้าถึงบริการสุขภาพกับการมีบุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยนั้นมีความสัมพันธ์กับการศึกษาการเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยที่สมรสมักมีการพยากรณ์โรคและคุณภาพชีวิตดีกว่าคนโสด เนื่องจากคู่ชีวิตจะช่วยดูแลเอาใจใส่ให้กำลังใจ [16] ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน[18] พบว่า ผู้ดูแลที่มีบทบาทเป็นพ่อแม่หรือสามีภรรยาจะมีพฤติกรรมที่ให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช่พ่อแม่หรือสามีภรรยา แต่ก็พบว่ากลุ่มผู้ดูแลที่มีบทบาทเป็นพ่อแม่หรือสามีภรรยากลับเป็นกลุ่มที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ

การเจ็บป่วยและการดูแลรักษาน้อย การบทความวิชาการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน ของ สุนทรี ภรณ์ ทองไสย (2558)[19] กล่าวว่าเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทภายใต้บริบทสังคมไทยเกิดประสิทธิภาพสูงสุดอย่างยั่งยืนทั้งต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและผู้ที่ให้การดูแล โดยการส่งเสริมให้ญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย มีเครือข่ายของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้มีประสิทธิภาพผู้ดูแลต้องเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดและต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชที่เป็นอยู่ เช่น การดูแลการรับประทานยาและสังเกตผลข้างเคียงของยา การสังเกตอาการผิดปกติและเป็นบอกความผิดปกติต่างๆต่อทีมรักษาได้ การรักษาทางจิตมีความหลากหลายผู้ดูแลจะเป็นผู้ที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในการค้นหาข้อมูลและทางเลือกที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ นอกจากนี้การดูแลที่มีประสิทธิภาพควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถที่จะดูแลตนเองได้และช่วยเหลือในสิ่งที่จำเป็นเท่านั้น ผู้ป่วยควรมีอิสระในในทางเลือกต่างๆให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยเพื่อที่ผู้ป่วยจะเกิดความร่วมมือร่วมใจในการรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เช่น การที่จะตัดสินใจว่าจะอยู่กับใคร ต้องการความช่วยเหลือจากใคร

ข้อเสนอแนะ

1.เป็นข้อมูลให้ผู้บริหารกำหนดนโยบาย เช่น การให้บริการสุขภาพผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิตในเชิงรุก ซึ่งจากผลวิจัยพบว่า ความสามารถในการจ่ายค่าบริการเมื่อใช้บริการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

2.ควรศึกษาปัจจัยที่สำคัญและมีผลต่อการเข้าถึงบริการเพิ่มเติม คือ ความรู้สึกอับอายที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช หรือเป็นความรู้สึกเหมือนเป็นตราบาป (stigma) ของผู้ป่วยจิตเวช

เอกสารอ้างอิง

1. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ วิโรจน์ ตังเจริญเสถียร. ภาระโรค: ปีสุขภาวะที่สูญเสียและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาวะ ของประชากรไทย. **วารสารวิชาการสาธารณสุข,25 (*2*)**,2559. 342-350

2. Penchansky, R., & Thomas, JW.The concept of access definition and relationshipto-consumer satisfaction . **Medical care**, 19 (2),1981. 127-140.

3. อรวรรณ พุ่มพวง. **การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครเชียงใหม่.**การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551.

4. พิลือ เขียวแก้ว.**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ของคนพิการ.** วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ, 2552.

5. ดวงดาว ศรีวุฒิ. **การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการในเขตอำเภอจุน จังหวัดพะเยา.** การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง มหาวิทยาลัยพะเยา, 2555.

6. ชฎาพร เยาว์เจริญสุข.**คนพิการกับการเข้าถึงการบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษา เขตเทศบาลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร. , 2550. สืบค้นจาก http://newtdc.thailis.or.th/docview.aspx?tdcid=270333

7. อารีย์ เจตน์ดำรงเลิศ. (2555). **การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติ ในโรงพยาบาลปาย อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน**. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตร์สตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการเมืองการ ปกครอง, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2555.

8. ศราวุฒิ เหล่าสาย.**การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดขอนแก่น.** วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม , บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2555.

9. สุสัณหา ยิ้มแย้ม. การเข้าถึงบริการสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติสตรีไทใหญ่ · . **วารสารสาธารณสุขศาสตร์.** ปีที่ 42 *(3)*,2555. 68-82.

10. ณัฐติกา ชูรัตน์. การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้าน ปิเหล็ง ที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. **วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษย์ศาสตร์และสังคมศาสตร์**. ปีที่ 1 (1), 2559.24-36.

11. Kristian Wahlbeck & Manfred Huber. **Access to Health Care for People with Mental Disorders in Europe**. Policy Brief april 2009. An electronic journal..Retrieved June 15, 2018, from http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116152/Wahlbeck_AccesstoHealthCareForPeopleWithMentalDisordersInEurope.pdf?sequence=1&isAllowed=y

12. Tanielian et al. **Prevalence of, Risk Factors for, and Consequences of Posttraumatic Stress Disorder and Other Mental Health Problems in Military Populations Deployed to Iraq and Afghanistan**. An electronic journal. 2015. Retrieved June 15, 2018, from https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-015-0575-z

13. Gulliver, Griffiths, & Christensen. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. **BioMed Central Psychiatry**. An electronic journal. 2010. Retrieved June 15, 2018, from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21192795

14. เบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์, ธีระ ศิริสมุด, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุลและ กนกวรรณ สุดศรีวิไล. **เติมเต็มช่องว่าง" การเข้า(ไม่) ถึงบริการของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.** ปีที่ 1 *(1)*, 2556. 1-4.

15. Memon et al. (2016). Memon et al. Perceived barriers to accessing mental health services among black and minority ethnic (BME) communities: a qualitative study in Southeast England **. British Medical Journal** . An electronic journal. 2016. Retrieved June 15, 2018, from https://www.coursehero.com/file/p6dsj6v/Memon-et-al-2016-Perceived-barriers-to-accessing-mental-health-services-among/

16. น้ำทิพย์ สงวนบุญญพงษ์ และ สายใจ พัวพันธ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา. **วารสารพยาบาลทหารบก.**ปีที่ 18 (1), 2560. 229-336.

17. Wakida et al. **Barriers and facilitators to the integration ofmental health services into primary healthcare: a systematic review protocol** An electronic journal. 2017. Retrieved april 15, 2018, from https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13643-017-0561-0

18. บุญวดี เพชรรัตน์ และ เยาวนาถ สุวลักษณ์. **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องที่บ้านของผู้ดูแล.** สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2546.

19. สุนทรีภรณ์ ทองไสย . ผู้ป่วยจิตเวชกับการพัฒนาระบบการดูแลอย่างยั่งยืน. **วารสารกองการพยาบา***ล*,ปีที่ 41(*3*),2558. 100-106.

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน : ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสารกลุ่มที่	สาขา
1	วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา	0859-3949	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา	1	วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

Back to top

Copyright 2005, Thai-Journal Citation Index (TCI) Centre. All rights reserved.
Contact. tci.thai@gmail.com

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพลิ้วที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด

พรรณี ไพศาลทักษิน
อภิรดี คำเงิน
จันทร์จีรา ยานะชัย
ณัฐติมาภรณ์ เคนหงษ์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดและการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพริ้วที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทานมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำปาง จำนวน 259 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.64 , 0.93 และ 0.79 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและระดับสูงตามลำดับ (47.9%, 46.3%) 2) คะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรสุขภาพโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$= 89.14, S.D. = 10.95 และ $\bar{X}$= 94.68, S.D. = 9.71)3)พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=130.73,S.D.=9.11) และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นรายด้าน พบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองทุกด้านอยู่ในระดับสูง ทั้งทางด้านการแพทย์ด้านบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน และด้านอารมณ์ ($\bar{X}$= 83.27 S.D.=5.96 ,$\bar{X}$= 26.11 S.D.=3.66 และ $\bar{X}$= 21.34, S.D.=3.20 ตามลำดับ) 4) ความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = 0.217, r = 0.297 และ r = 0.161 ตามลำดับ)

คำสำคัญ : ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการจัดการตนเอง ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพริ้ว

Relationship between Knowledge, Social support and Self-Management in Atrial Fibrillation Patients Receiving Anti-Coagulants

Pannee Paisarntuksin
Apiradee Khumngeon
Janjeera Yanachai
Nuttimaporn Khenhong
Boromarajonani college of Nursing, Nakhon Lampang

Abstract

This descriptive study aimed to investigate the relationship between knowledge on anticoagulants, social support and self-management behaviors of patients with cardiac arrhythmiaswho treated with anticoagulants.Of 259 cardiac arrhythmias patients who treated with oral anticoagulant therapy at the outpatient department, Lampang Hospitalwererecuited in the study. The questionnaire about knowledge in anticoagulants, social support and self-management wereused for data collection.The content wasverified. The reliability of the instrument was 0.64, 0.93 and 0.79, respectively. Data were analyzed by descriptive statistic and Pearson's product moment correlation coefficient.The results showed that 1)the score for knowledge of anticoagulant was at a moderate and high level respectively (47.9%, 46.3%). 2) the score for overall family's social and health personel's support were at a high level ($\bar{X}$= 89.14, S.D. = 10.95 และ $\bar{X}$= 94.68, S.D=9.71) 3) he score for overall self-management behaviors was at a high level ($\bar{X}$= 130.73, S.D=9.11) with sub dimensions including medical self-management,roles management and emotional management behaviors also at a high level ($\bar{X}$= 83.27 S.D.=5.96 ,$\bar{X}$= 26.11 S.D.=3.66 and $\bar{X}$= 21.34, S.D.=3.20) 4) Knowledge of anticoagulant, family and health personnel's social support has positive relationship with self-management behaviors((r = 0.217, r = 0.297 และ r = 0.161, p ≤ 0.01, ตามลำดับ)

Key words: Knowledge ,Social support , self-management behaviors , Anticoagulant medicine, Atrial fibrillation

บทนำ

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว(atrial fibrillation) เป็นภาวะที่จุดกำเนิดไฟฟ้าในหัวใจไม่ได้เกิดจาก SA node แต่เกิดจากจุดกำเนิดในหัวใจห้องบนมากกว่า 1 จุด ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะขึ้น สามารถแบ่งภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ 1) First diagnosed atrial fibrillation คือ หัวใจห้องบนสั่นพริ้วที่วินิจฉัยพบเป็นครั้งแรก 2) Paroxysmal atrial fibrillation คือ หัวใจห้องบนสั่นพริ้วที่เกิดขึ้นและกลับเป็นปกติได้เองภายใน 24 ชั่วโมง แต่อาจเป็นนานได้ถึง 7 วัน 3) Persistent atrial fibrillation คือ หัวใจห้องบนสั่นพริ้วต่อเนื่องเกิน 7 วัน หรือไม่กลับมาเป็นปกติได้ต้องรักษาด้วยการช็อกไฟฟ้าปรับการเต้นของหัวใจ 4) Long standing persistent atrial fibrillation คือ หัวใจห้องบนสั่นพริ้วที่เกิดต่อเนื่องนานกว่า 1 ปี โดยแพทย์และผู้ป่วยได้พยายามรักษาให้กลับมาเต้นปกติแล้ว และ 5) Permanent atrial fibrillationคือ ไม่สามารถรักษาให้กลับมาเต้นเป็นปกติได้ หรือแพทย์และผู้ป่วยตัดสินใจไม่พยายามให้หัวใจกลับมาเต้นเป็นปกติแต่จะคุมอัตราการเต้นของหัวใจเท่านั้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2555)

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นอันตรายถึงร้อยละ 20(Berry , Padgett, & Holton, 2015) ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดซึ่งอาจทำให้เกิดการอุดตันในระบบไหลเวียนของเลือดในร่างกาย เช่น โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โรคหลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน (ขนิษฐา ลายลักษณ์ดำรง, 2559) การรักษาดังกล่าวจะสามารถลดการเกิด thromboembolic complications ลงได้ก็ตาม แต่พบว่าการใช้ยาก็อาจก่อให้เกิดภาวะเลือดออกได้ไม่ว่าจะเป็นในระดับเล็กน้อยหรือขั้นรุนแรงโดยเฉพาะการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง (บุญจง,2558) ในการติดตามผลของ Wafarin เพื่อการควบคุมขนาดยาที่เหมาะสมด้วยการรายงานผลเป็นค่า INR (International Normalized Ratio)ระดับการต้านการแข็งตัวของเลือดที่เหมาะสมนั้นแตกต่างกันไปตามข้อบ่งใช้ซึ่งค่า therapeutic INR นี้ควรอยู่ในระดับ 2.5 ± 0.5 ถ้าการควบคุมระดับ INR ได้ตามเกณฑ์ดังกล่าวก็จะลดภาวะแทรกซ้อนลงได้ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การเกิดเลือดออกโดยเฉพาะเลือดออกในสมอง จะเห็นได้ว่า warfarin เป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง มีอาการไม่พึงประสงค์ทำให้เกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ และมีช่วงการรักษาแคบ (narrow therapeuticindex) การกำหนดขนาดยาที่ใช้ในผู้ป่วยแต่ละคนจะประเมินจากการติดตามผลค่า INR และนอกจากประเมินค่า INRแล้วยังจำเป็นต้องประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อค่า INR ก่อน พิจารณาปรับเปลี่ยนขนาดยาทุกครั้ง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ ภาวะร่างกาย ความสามารถในการใช้ยาตามแพทย์สั่ง ปฏิกิริยาระหว่างยากับยา และยากับอาหาร (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2554) เพราะหากว่าผู้ป่วยได้รับวาร์ฟารินขนาดน้อยเกินไป จะทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันได้รับขนาดมากเกินไปก็มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือเกิดภาวะเลือดออกในสมองอาจเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ (Bryketal.,2015) ผู้ป่วยที่รับประทานยากลุ่มนี้จำเป็นต้องมีความรู้และความเข้าใจในการรับประทานยา รวมทั้งตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยต้องมีวินัยในการรับประทานยาอย่างเคร่งครัด โดยรับประทานยาอย่างถูกต้องทั้งขนาด วิธีการ เวลา และความสม่ำเสมอต่อเนื่องไปตลอดชีวิต เพื่อป้องกันอันตรายจากยา(สุภัจฉรี สุขะ และวาสนา รวยสูงเนิน ,2556)

จากแนวคิดการจัดการตนเองมีพื้นฐานมาจากกระบวนการคิด การตัดสินใจ และการเรียนรู้ทางสังคม แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig& Holman (2003) เป็นการที่บุคคลเลือกในการปรับมุมมองและทักษะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาและปฏิบัติพฤติกรรมใหม่รวมถึงรักษาความมั่นคงทางอารมณ์ ประกอบไปด้วย 1) การจัดการทางการแพทย์หรือปฏิบัติตามแผนการรักษา (medical management) 2) การจัดการเกี่ยวกับบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน (role management) 3) การจัดการด้านอารมณ์ (emotional management) จากการศึกษาการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทานของนลัทพร สืบเสาะและชวนพิศ ทำนอง (2553) พบว่าการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทานจำนวน 90 รายพบภาวะแทรกซ้อนเลือดออกผิดปกติร้อยละ 54.54 ค่าINR ไม่อยู่ในช่วงเป้าหมายร้อยละ 55.56 การที่บุคคลจะมีการจัดการตนเองที่ดีได้นอกจากจะต้องมีความรู้ที่ดีแล้ว ยังต้องมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี สินีนุข หลวงพิทักษ์ (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว พบว่าความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 33.6 การสนับสนุนทางสังคม เป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อให้เกิดความช่วยเหลือในด้านต่างๆ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) 2) ด้านการประเมินค่า (appraisal support) 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) 4) ด้านทรัพยากร (instrumental support) ซึ่งการสนับสนุนนี้อาจได้รับมาจากบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น ผู้ปกครอง พ่อแม่ ญาติ พี่ น้อง เพื่อนบ้าน หรือบุคลากรทางการแพทย์ก็ได้ (House, 1981)

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีการเต้นของหัวใจผิดจังหวะPermanent atrial fibrillation นั้น ไม่สามารถรักษาให้กลับมาเต้นเป็นปกติได้ และผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสที่จะเกิดลิ่มเลือดไปอุดตันอวัยวะที่สำคัญต่างๆ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง มีอาการไม่พึงประสงค์ทำให้เกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับทั้งจากบุคคลในครอบครัวและจากบุคลากรสาธารณสุข กับพฤติกรรมการจัดการตนเองว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไร ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางในการส่งเสริมสนุบสนุนให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและไม่เกิดเกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพลิ้วที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพลิ้วที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน

ระเบียบการวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Study) ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ชนิด atrial fibrillation (AF) กลุ่ม Permanent atrial fibrillationและได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด warfarin เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลลำปาง ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2558 ถึง มกราคม 2560 จำนวน 733 คน คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Krejcie & Morgan กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 259 คนระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง กรกฎาคม 2560 โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้

2. ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดwafarinเป็นเวลานานมากกว่า 1 ปี เนื่องจากการวัดระดับค่า INR ในเลือดของผู้ป่วย ควรมีระยะเวลาของการได้รับยาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ประวัติการมีเลือดออกผิดปกติค่าไอเอนอาร์ในวันที่มาพบแพทย์ ประวัติการมีจ้ำเลือดหรือเลือดออกใต้ผิวหนังความสามารถในการมองเห็นและความสามารถในการอ่าน

2. แบบสอบถามความรู้ในการรับประทานWarfarinที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมากจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Warfarin) ของสุภัจฉรี สุขะ (2556) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมโดยกำหนดข้อคำถามให้มีการตอบ ถ้าใช่เท่ากับ 1 คะแนน ถ้าไม่ใช่หรือไม่ทราบ เท่ากับ 0 คะแนน จำนวนข้อคำถามเท่ากับ 15 ข้อ คะแนนสูงสุดจึงเท่ากับ 15 คะแนน และต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน ดังนั้นจึงเอาคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด หารด้วยจำนวนระดับความรู้ 15-0/3 เท่ากับ 5 ผู้วิจัยจึงสามารถจัดระดับความรู้ได้ 3 ระดับ ดังนี้ ระดับสูงคะแนนอยู่ระหว่าง 11-15 คะแนน ระดับปานกลางคะแนนอยู่ ระหว่าง 6-10 คะแนนและระดับต่ำคะแนนอยู่ระหว่าง 0-5 คะแนน โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหารายข้อ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.64

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพริ้วที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ได้ดัดแปลงมาจากของสุพิชา อาจคิดการ (2556) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมซึ่งเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ด้าน จำนวน 24 ข้อได้แก่ ด้านอารมณ์ 6 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 7 ข้อ ด้านการประเมินค่า 5 ข้อ และด้านทรัพยากร 5 ข้อลักษณะข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและลบ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้สอบถามกลุ่มตัวอย่างใน 2 มิติ เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมได้รับจากบุคลากรสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านได้ค่าความตรงตามเนื้อหารายข้อ(IOC)อยู่ระหว่าง 0.67-1.00และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93

4. แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพริ้วที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดดัดแปลงมาจาก

ของ สุพิชา อาจคิดการ (2556) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ด้าน จำนวน 32 ข้อ คือ ด้านการจัดการตนเองด้านการแพทย์ 18 ข้อ ด้านบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน 7 ข้อ และด้านอารมณ์ 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและลบ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหารายข้อ(IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลลำปาง ได้รับหมายเลขรับรอง No 28/60 ลงวันที่ 10 เมษายน 2560

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยนำหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปางไปยังโรงพยาบาลลำปางเพื่อขอความร่วมมือไปยังผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพริ้วที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 259 ราย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างมิถุนายน 2560 – กรกฎาคม 2560 จำนวน 259 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลข้อมูล คะแนนความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด การสนับสนุนทางสังคมพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพริ้วที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพริ้ว กลุ่ม Permanent atrial fibrillation ที่ได้รับยา Wafarin จำนวน259 คน มีอายุระหว่าง 33 - 90 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 63.61 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.1) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ76.8) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 56.0) รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 6,825 บาททั้งหมดมีประวัติโรคตับ (ร้อยละ 0.4) ประวัติโรคไต 5 คน (ร้อยละ1.9) ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดในการรักษาโรคอยู่ระหว่าง 1-30 ปี ($\bar{X}$= 5.11, S.D. = 4.49) และส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติในระหว่างการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ร้อยละ 94.6) ค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) ในวันที่มาพบแพทย์ อยู่ระหว่าง 1-5.2 ($\bar{X}$=2.19 , S.D. = 0.77) โดยส่วนใหญ่มีค่า INR น้อยกว่าค่าเป้าหมาย (2.5-3.5) (ร้อยละ72.2) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหนังสือได้ (ร้อยละ 10.0) และมีความสามารถในการมองเห็นไม่ปกติ (ร้อยละ 5.8) ทั้งนี้ได้มีการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะตอบคำถามอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ โดยการอ่านข้อคำถามให้ฟัง

ความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในระดับปานกลางและระดับสูง (ร้อยละ 47.9 ,46.3 ตามลำดับ) โดย

ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบได้ถูกต้องมากที่สุด คือ การได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดจะต้องสังเกตภาวะเลือดออกง่ายอยู่เสมอ (ร้อยละ 96) และตอบได้ถูกต้องน้อยที่สุดคือการรับประทานผักใบเขียว เช่น ผักโขม ผักกาดและกระหล่ำต่างๆ ในปริมาณมากหรือต่อเนื่องจะทำให้การออกฤทธิ์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ร้อยละ10)

การสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรสุขภาพโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$= 89.14, S.D. = 10.95 และ $\bar{X}$= 94.68, S.D. = 9.71) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านอารมณ์ด้านประมาณค่าและด้านทรัพยากร อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$= 24.08 S.D.=3.33,$\bar{X}$= 19.33, S.D.=2.67 และ $\bar{X}$=19.19,S.D.=2.77ตามลำดับ)ส่วนด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 24.51, S.D.=5.08) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสุขภาพเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$= 24.37 S.D.=3.18,,$\bar{X}$=20.27,S.D.=2.58,$\bar{X}$=19.67, S.D.=3.33 และ $\bar{X}$= 30.37, S.D.=3.27 ตามลำดับ)

พฤติกรรมการจัดการตนเองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=130.73,S.D.=9.11)และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการจัดการตนเองจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมการจัดการตนเองทั้งด้านการแพทย์ด้านบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวันและด้านอารมณ์ ($\bar{X}$= 83.27 S.D.=5.96 ,$\bar{X}$= 26.11 S.D.=3.66 และ $\bar{X}$= 21.34, S.D.=3.20 ตามลำดับ)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการตนเองพบว่ามีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p<.01) ดังแสดงใน**ตารางที่ 1**

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง (N=259)

ตัวแปร	พฤติกรรมการจัดการตนเองในการรับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน	
	r	P-value
1. ความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด	.267**	.01
2. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว	.297**	.01
3. การสนับสนุนทางสังคมของบุคลากรสุขภาพ	.161**	.01

(**p<.01)

การอภิปรายผล

1. ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในระดับปานกลางและระดับสูงร้อยละ 47.9 ,46.3 ตามลำดับ ($\bar{X}$= 10.14 S.D.=2.44) โดยข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบได้ถูกต้องมากที่สุด คือ การได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดจะต้องสังเกตภาวะเลือดออกง่ายอยู่เสมอ (ร้อยละ 96) และตอบได้ถูกต้องน้อยที่สุด คือการรับประทานผักใบเขียวปริมาณมากหรือต่อเนื่องจะทำให้การออกฤทธิ์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ร้อยละ10) อาจเนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ มีอายุระหว่าง 33 - 90 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 63.61 ปี รวมถึงส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 56.0) และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่า INR น้อยกว่าค่าเป้าหมาย (2.5-3.5) (ร้อยละ72.2) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้ไม่เพียงพอที่จะปฏิบัติตัว ให้ถูกต้อง จึงควรนำข้อคำถามที่ได้คะแนนน้อย ไปเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเข้าใจ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุ อาจต้องให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วม เช่น การอธิบายความหมาย และเป้าหมายของค่า INR ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง ข้อปฏิบัติหากลืมรับประทานยา อันตรกริยาระหว่างยา (Drug interaction) อาหารเสริมและสมุนไพรและชนิดอาหารที่มี vitamin K สูง และผลที่มีต่อค่า INR (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์,2554) เพราะเนื่องจากถ้าผู้ป่วยได้รับยาวาฟารินในขนาดที่น้อยเกินไปก็มีโอกาสที่จะเกิดลิ่มเลือดอุดตันได้ทั้งนี้พบว่าภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพริ้วเป็นสาเหตุสำคัญ 1 ใน 5 ของการเกิดเส้นเลือดสมองอุดตัน (Shorten,2015) จึงควรที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีในการป้องกันการเกิดเส้นเลือดสมองอุดตัน ประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นเป็นรายบุคคลเพื่อวางแผนให้การป้องกันและการรักษาที่เหมาะสม (Louise,2018)

2. ความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในระดับปานกลางและระดับสูง (ร้อยละ 47.9 ,46.3 ตามลำดับ) แต่ก็ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้มีอาการผิดปกติในระหว่างการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ร้อยละ 94.6) ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ยเท่ากับ 63.61 ปี) แต่การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอทั้งกับตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้มีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้นและปฏิบัติตามคำแนะนำและนำไปสู่ความมีวินัยในการรับประทานยา ส่งผลให้เพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรักษา (สุภัจฉรี สุขะ และวาสนา รวยสูงเนิน ,2556)

3. การสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรสุขภาพโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$= 21.78 S.D.=2.74,$\bar{X}$= 23.67, S.D.=2.43) ซึ่งจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะให้ข้อมูลว่าในวันที่มาพบแพทย์ตามนัดแต่ละครั้งแพทย์ เภสัชกรและพยาบาลจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องโดยเฉพาะถ้าหากผลเลือด INR ไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติแต่จากผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวด้านข้อมูลข่าวสารยังอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพูดคุย ปรึกษาปัญหาสุขภาพ รวมถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่อได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดกับบุคลากรสุขภาพมากกว่าที่จะปรึกษาสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากบุคลากรสุขภาพเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ รวมถึงการพบปะผู้ป่วยที่มีความหลากหลาย ตลอดจนถึงการถ่ายทอดองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละรูปแบบ ทำให้สามารถ

สื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือ เป็นการสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง อีกทั้งความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวอาจจะมีทั้งด้านดีและด้านลบ ทำให้ความสามารถในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวอาจมีปัจจัยอื่น ๆ เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกในทางที่ไม่ดี อาจจะส่งผลต่อการยอมรับของแต่ละบุคคล (Pender et al., 2002)

3. พฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=130.73,S.D.=9.11) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดจากบุคลากรสาธารณสุขที่ประจำคลินิกวาร์ฟาริน และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการจัดการตนเองจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้งด้านการแพทย์ด้านบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน และด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูง($\bar{X}$=83.27,S.D.=5.96 , $\bar{X}$= 26.11, S.D.=3.66 และ $\bar{X}$= 21.34, S.D.=3.20 ตามลำดับ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะยังไม่มีความรู้ว่าอาหารที่มีวิตามินเคสูง จะมีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือด จึงไม่ได้ระมัดระวังเรื่องการรับประทานอาหาร และมีผู้ป่วยที่มีความรู้แล้ว แต่ไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำ ด้วยข้อจำกัดที่ว่า ไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารเองได้ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาหารรับประทานเอง มีบางส่วนที่รับประทานอาหารตามความเคยชินและตามความชอบในการรับประทานอาหาร เป็นต้น

4. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง** ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการตนเองพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดมาเป็นเวลานานอย่างน้อย 1 ปี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะต้องมาพบแพทย์ตามนัด และในแต่ละครั้ง บุคลากรทางการแพทย์จะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยเฉพาะถ้าหากผลเลือด INR ไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีตามมาสอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา บุญญประสิทธิ์ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ และชมนาด สุ่มเงิน (2016) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับในน้ำตาลไม่ได้ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้ในการดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระดับปานกลาง (r =0.65, .36, .30 ตามลำดับ) และมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง และปัจจัยทำนายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่าอายุ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($p < 0.01$) และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ร้อยละ 41 ($p < 0.001$) (สุพิชา อาจคิดการ ลินจง โปธิบาล และดวงฤดี ลาศุขะ, 2556)

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ชนิด atrial fibrillation (AF) กลุ่ม Permanent atrial fibrillation พบว่าความรู้ การสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัวและบุคลากร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบ

ทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 63.61 ปี รวมถึงส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 56.0) และ ค่า INR น้อยกว่าค่าเป้าหมาย (2.5-3.5) ถึงร้อยละ72.2ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรแสวงหาแนวทางการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองเพื่อสามารถคงระดับยาในช่วงการรักษา (INR 2-3) และลดปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดจากการรับประทานยาและค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายรวมทั้งการวางแผนร่วมกับบุคคลในครอบครัวในการวางแผนที่จะช่วยจัดการ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการเต้นของหัวใจเต้นผิดจังหวะและอาการไม่พึงประสงค์ของต้านการแข็งตัวของเลือด

2. พัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีในการป้องกันการเกิดเส้นเลือดสมองอุดตัน โดยการประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นเป็นรายบุคคลเพื่อวางแผนให้การป้องกันและการรักษาที่เหมาะสม เช่น กลุ่มที่เป็นผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งจะมีเกณฑ์การรักษาและค่า INR เป้าหมาย 2.5-3.5 เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

ขนิษฐา ลายลักษณ์ดำรง. (15 สิงหาคม 2559). *การดูแลตัวเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับยาวาร์ฟาริน (WARFARIN)* สืบค้นเมื่อ24 ธันวาคม 2560, จากhttp://med.nu.ac.th/dpMed/2015/?mod=knowledge&dep=1

นลัทพร สืบเสาะ และชวนพิศ ทำนอง.(2553). การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน.*ศรีนครินทร์เวชสาร*, 25 (suppl).

บุญจง แซ่จึง, นวรัตน์ สุทธิพงศ์ และนวลจันทร์ พันธุเมธามาตย์. (2558). *การบริหารยา WARFARIN สำหรับ วิชาชีพ.* สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.(2554). *แนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน*.กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.(2555). *แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation (AF)ในประเทศไทย.* กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.

สินีนุข หลวงพิทักษ์. (2558).*ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว*. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุจิตราบุญญประสิทธิ์ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ และชมนาด สุ่มเงิน (2016).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับในน้ำตาลไม่ได้.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, 32(1), 44-54.

สุพิชา อาจคิดการ , ลินจง โปธิบาล และดวงฤดี ลาศุขะ. (2556). พฤติกรรมการจัดการตนเอง และปัจจัย ทำนายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. *พยาบาลสาร(40)* ฉบับพิเศษ ธันวาคม, 22-32.

สุภัจฉรี สุขะ และวาสนา รวยสูงเนิน(2556). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการมีวินัยในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด. *วารสารสมาคมพยาบาลฯสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ,31*(2), 65-71.

Berry E, Padgett, H,&Holton,C.(2015).Atrial fibrillation guidelines for management: what's new? *British Journal of Cardiac Nursing,13*(5),214–215.

Bryk A, Wypasek E, Awsiuk M, Maj D, Undas A.(2015).Warfarin metabolites in patients Followingcardiac valve implantation: A contributionof clinical and genetic factors. *Cardiovascdrugsther; 29*(3), 257-64.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support.* New Jersey: Prentice-Hall.

Loius,W.(2018).Managing atrial fibrillation to prevent stroke.British Journal of Neuroscience Nursing.*British Journal of Neuroscience Nursing, 14*(2),84-90.

Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003).*Self-management education: History,definittion, outcome,and mechanisms.*The Society of Behavioral Medicine, 26(1), 1-7.

Pender, N.J., Murdaugh, C.L., and Parson, M.A. (2002).*Health Promotion in Nursing Practice.* 4th ed. Upper Saddle River, N.J. :Prentia Hall.

Shorten,S.(2015). New approaches to strokeprevention in atrial fibrillation,Stroke association supplement. *British Journal of Neuroscience Nursing,14*(2),84-90.

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน : 1906-2605 ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสารกลุ่มที่	สาขา
1	วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ	1906-2605	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์	1	วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

Back to top

Copyright 2005, Thai-Journal Citation Index (TCI) Centre. All rights reserved.
Contact. tci.thai@gmail.com

ปัจจัยเชื่อมโยงมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา

Effect of Learning Outcomes as Mediator Factors toward the Academic Achievement

ณัฏฐ์ฐภรณ์ ปัญจขันธ์[1] ยงยุทธ แก้วเต็ม[1], ถาวร ล่อกา[1], สุวัฒนา คำสุข[1], วลัยลักษณ์ ขันทา[1], กานต์สิรี นาครักษ์[1]

Nutthaporn Panchakhan[1], Yongyuth Kaewtem[1], Thaworn Lorga[1], Suwattana Kumsuk[1], Walailuck Khantha[1], Kansiree Nakkarak[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะของผู้เรียนตามมาตรฐานผลการเรียนรู้และปัจจัยเชื่อมโยงมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน ที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ที่ผ่านการเรียนในรายวิชาสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ จำนวน 155 คน ตั้งแต่ สิงหาคม 2559 ถึง – กันยายน 2560 เครื่องมือ คือ แบบสอบถามตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนาหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์ตัวแบบสมการโครงสร้าง (SEM) ผ่านโปรแกรม Smart PLS 3.0

ผลการวิจัยพบว่า (1) ระดับสมรรถนะของผู้เรียนตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงด้านทักษะพิสัยที่อยู่ในระดับมาก (2) ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปรตามสมการโครงสร้างพบว่า พบว่ามีเพียงทักษะทางปัญญาเท่านั้น (LO3) ที่มีอิทธิพลทางตรงต่อทั้งทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (LO4) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข (LO5) ทักษะพิสัย (LO6) และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (AA) สำหรับอิทธิพลทางอ้อมจะพบว่า มีเพียงทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (LO4) เท่านั้นที่เป็นตัวแปรคั่นกลางที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา โดยเฉพาะการส่งผ่านอิทธิพลจากทักษะทางปัญญา (LO3) ไปสู่ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (AA)

คำสำคัญ: สมรรถนะของผู้เรียน, มาตรฐานผลการเรียนรู้, ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา

Abstract

The main objectives of this research were to study the level of learners' competencies according to the standards of learning outcomes and the linkages to the six standard learning outcomes that influence students' educational achievement in the 21st century. The second year nursing students in the Boromrajonani College of Nursing Nakhon Lampang, who have been trained in 155 persons, Health Promotion and Illness Prevention courses in the theoretical and practical fields from August 2019 to September 2017. The tool is a standardized learning questionnaire. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, mean, standard deviation and inference analysis with SEM analysis through SmartPLS3.0.

The results of the research revealed that: (1) the level of learners' competencies according to the standard of learning outcomes, most of them are in the middle level. There was only a very high level of domain of psychomotor skills. Only cognitive skills (LO3) have direct influence on interpersonal skills and responsibility (LO4), numerical analysis, communication and information technology skills (LO5), domain of psychomotor skills (LO6) and educational outcome (AA). Only interpersonal skills and responsibility (LO4) are the mediator variables that affect academic achievement. In particular, the transmission of cognitive skills (LO3) to academic achievement (AA).

Keywords: Learners' Competencies, Learning Outcomes, Academic Achievement

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง สถาบันพระบรมราชชนก

บทนำ

การศึกษาเป็นเครื่องมือสำคัญในการยกระดับคุณภาพทรัพยากรมนุษย์ในประเทศเพื่อเตรียมกำลังคนให้พร้อมในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมไทยตามนโยบาย “การศึกษาไทย 4.0” โดยจัดการศึกษาด้วยการบูรณาการเชิงสร้างสรรค์เพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมที่กำลังจะก้าวเข้าสู่โลกยุคดิจิตอลที่เน้นนวัตกรรมและการแข่งขันที่สูงขึ้น และเพื่อให้ประเทศไทยก้าวไปสู่ประเทศที่มีการใช้นวัตกรรมทางเศรษฐกิจสังคมและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพในการขับเคลื่อนประเทศ โดยทักษะของบุคคลที่จำเป็นในยุคการศึกษา 4.0 ได้แก่ การแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อน การคิดวิเคราะห์ ความคิดสร้างสรรค์ การทำงานร่วมกัน ความฉลาดทางอารมณ์ การรู้จักประเมินและการตัดสินใจ ความยืดหยุ่นทางความคิด [1] ดังนั้นในระบบการศึกษาควรมุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีทักษะที่หลากหลายทั้งทางปัญญาและทางการสื่อสารที่ไม่ได้เน้นแต่เพียงการเป็นผู้ที่มีความรู้ มีความเฉลียวฉลาดแต่เพียงอย่างเดียว แต่จะต้องสามารถเชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติได้จริง และการเรียนรู้ที่ทรงคุณค่าคือการเรียนรู้ที่ใช้ ‘พลังร่วม’ ในการสร้างสังคมที่เพื่อใช้ศักยภาพของตนเองและบุคคลรอบข้างมาผสานร่วมกัน สอดคล้องกับการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) ที่ผู้เรียนต้องมีการเปลี่ยนแปลงทั้งโลกทัศน์ (Affective Attributes) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Attributes) และพฤติกรรม (Psychomotor Attributes) เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างครบถ้วนในทุกด้าน เป็นการเปลี่ยนแปลงโดยองค์รวม (Holistic Change) [2]

ปัญหาของระบบการศึกษาที่ผ่านมาคือ การมุ่งเน้นที่การเรียนรู้ในเนื้อหาวิชาในขณะที่ผู้เรียนนั้นยังไม่สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตจริง ซึ่งการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ต้องเป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาให้ผู้เรียนเกิดทักษะต่างๆ ที่จำเป็นโดยเฉพาะทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะในการแก้ปัญหา รู้จักตัวเอง ควบคุมตนเอง เป้าหมายคือพัฒนาการของผู้เรียนที่ครบทุกด้านและด้านพหุปัญญา (Vicharn Panich, 2015) [3] นอกจากนี้ในการศึกษาปัญหาการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง พบว่า นักศึกษาพยาบาลยังขาดทักษะต่างๆ เช่น กระบวนการคิดวิเคราะห์ การแก้ไขปัญหา ความมุ่งมั่น ความคิดสร้างสรรค์ในสิ่งใหม่ๆ รวมถึงการมีเป้าหมายที่จะบูรณาการสิ่งต่างๆ ไปสู่ผลสัมฤทธิ์ผลทางการศึกษา[4] จึงมีความจำเป็นต้องปรับกระบวนทัศน์การเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านการฝึกปฏิบัติจริง เพราะการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญเป็นการจัดการเรียนรู้ที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงในสถานการณ์จริง เพื่อแสวงหาความรู้หรือข้อมูลที่จะแก้ปัญหานั้นๆ ด้วยการคิดอย่างมีวิจารณญาณและช่วยฝึกทักษะต่างๆ ที่เป็นการสร้างทักษะชีวิตให้กับตนเอง ซึ่งการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงจะส่งผลให้ผู้เรียนให้เป็นบุคคลแห่งการเรียนรู้ ใฝ่รู้ สามารถสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง คิดเป็น ทำเป็น แก้ปัญหาเป็น และมุ่งเน้นพัฒนาทักษะกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบ และเสริมสร้างทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นและเรียนรู้การทำงานเป็นทีม [5] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดในเรื่องการเพิ่มสมรรถนะของผู้เรียน (Competencies of learners) ที่มุ่งเน้นคุณลักษณะที่ผู้เรียนทุกคนมีและใช้ได้อย่างเหมาะสม เพื่อผลักดันให้ผลการปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าหมาย สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาที่เน้นมาตรฐานผลการเรียนรู้ทางการศึกษา ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรมจริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ด้านทักษะพิสัย[6] ดังเช่นในรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ที่มีจุดมุ่งหมายของการศึกษาตามรายละเอียดหลักสูตร มคอ. 2 ของทางวิทยาลัยฯ คือ เป็นการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย รวมถึงมุ่งเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเอง โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบองค์รวมแก่บุคคลทุกวัยของชีวิตทั้งภาคทฤษฎีและ

ภาคปฏิบัติโดยมุ่งสร้างนักศึกษาพยาบาลให้เป็นบุคลากรที่มีความรู้ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย

ด้วยเหตุผลของปัญหาของผู้เรียนในระบบการศึกษาดังกล่าวประกอบกับการที่นักศึกษายังขาดทักษะการคิดในเชิงวิชาการอย่างเป็นระบบ แต่ยังขาดแนวทางการเชื่อมโยงความรู้ที่เป็นรูปแบบที่จะส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพที่สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานผลการเรียนรู้ อีกทั้งยังขาดการกระตุ้นกระบวนการคิดของผู้เรียนให้เกิดการคิดวิเคราะห์ในเชิงวิพากษ์อย่างเต็มความสามารถและยังขาดการเชื่อมโยงสู่องค์ความรู้ใหม่ ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงมีความจำเป็นที่จะศึกษาถึงกระบวนการเรียนการสอนในรายวิชาสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยที่ได้มีการวางแผนการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัตินั้น ว่าสามารถเสริมสร้างให้ผู้เรียนมีระดับสมรรถนะของผู้เรียนตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้านที่เป็นพื้นฐานของผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาหรือไม่ และปัจจัยเชื่อมโยงของมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้านนั้น มีด้านใดบ้างที่มีอิทธิพลหรือส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 เพื่อนำไปสู่แนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์ที่มีเชื่อมโยงความรู้ในภาคทฤษฎีสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมและสามารถนำไปปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะของผู้เรียนตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน ตามผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา

2.เพื่อศึกษาปัจจัยเชื่อมโยงมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน ที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง โดยคัดเลือกประชากรแบบเฉพาะเจาะจง คือ นักศึกษาที่ได้ลงทะเบียนเรียนวิชาสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2559 ทั้งเพศหญิงและชาย จำนวน 155 คน โดยภาคทฤษฎีให้จัดให้นักศึกษามีการศึกษาในสถานการณ์จริงหรือการเรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic learning) ซึ่งจากเดิมการเรียนในภาคทฤษฎีจะเน้นกรณีศึกษาทั่วๆ ไป (กรณีศึกษาบนกระดาษ) แต่ในรายวิชาสร้างเสริมสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้ได้ให้นักศึกษาลงไปฝึกประสบการณ์ในพื้นที่จริงแล้วนำกลับมาวิเคราะห์ ประเมินผลในชั้นเรียน (ศึกษาในชุมชนพื้นที่รอบๆ ศูนย์พื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย-อัมพฤกษ์ อัมพาตวัดทุ่งบ่อแป้น) และภาคปฏิบัติได้ส่งนักศึกษาฝึกในแหล่งฝึกต่างๆ ในชุมชน จำนวน 4 ชุมชน ในเขตพื้นที่เทศบาลนครลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง และยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจและสามารถตอบคำถามและเข้าใจในสาระสำคัญของมาตรฐานผลการเรียนรู้ตามเกณฑ์การวัดและประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ได้แบบสอบถามกลับคืนมาทั้งสิ้น จานวน 155 ราย ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 2 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ทำการแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นรายการ (check list) ได้แก่ เพศ อายุ ส่วนที่ 2 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับระดับความคิดเห็นด้านคุณธรรมจริยธรรม ความรู้ ทักษะปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารฯ ทักษะพิสัย คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยแบบสอบถามสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมตามมาตรฐานการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน และกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (validity) ซึ่งผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นนำเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน (อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพ 2 ท่าน) พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.96 และตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามด้วยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out)

และหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.92

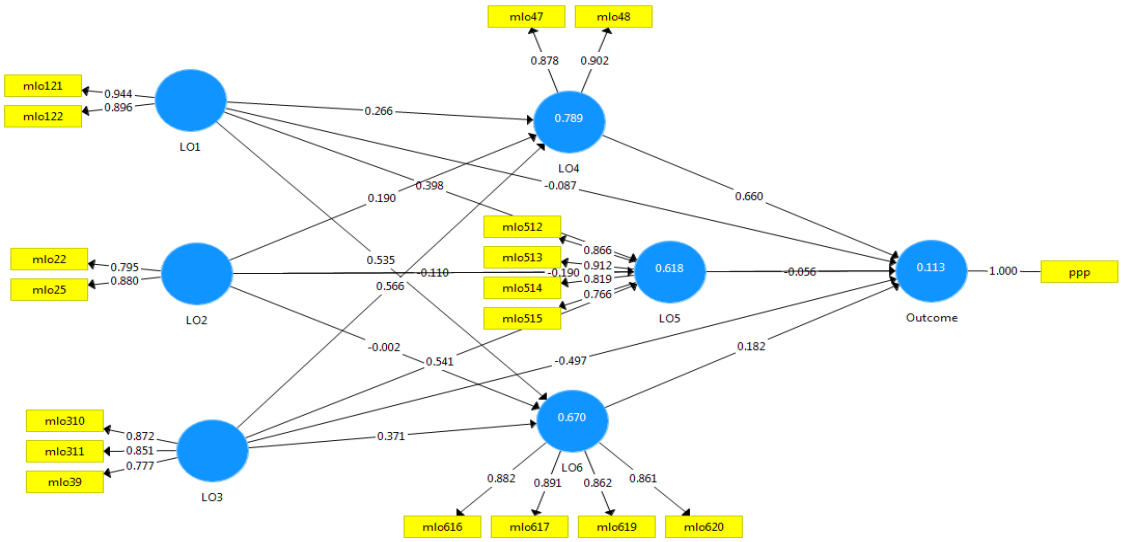
การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (questionnaire) โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 รวม 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ในการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามหลักเกณฑ์ของเบสท์และคาห์น (Best, J. W., & Kahn, J. V., 1993)[7] โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 5=มากที่สุด และ 1=น้อยที่สุด ตามลำดับ การวิเคราะห์ปัจจัยเชื่อมโยงมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ผู้วิจัยใช้สถิติอนุมาน (inferential statistic) เพื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model : SEM) และหาเส้นทางความสัมพันธ์โดยใช้โปรแกรม Smart PLS Version : 3.0 (Ringle, Christian M.,et all, 2015)[8]

ผลการศึกษา

1.การวิเคราะห์ระดับสมรรถนะของผู้เรียนตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ทั้งด้านคุณธรรมจริยธรรม: LO1 ($\bar{x}$ = 3.65, S.D.= 0.34) ด้านความรู้: LO2 ($\bar{x}$ = 3.56, S.D.= 0.27) ด้านทักษะปัญญา: LO3 ($\bar{x}$ = 3.51, S.D.= 0.37) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ: LO4 ($\bar{x}$ = 3.60, S.D.= 0.34) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารฯ: LO5) ($\bar{x}$ = 3.61, S.D.= 0.33) มีเพียงด้านทักษะพิสัย: LO6) ที่อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.78, S.D.= 0.30)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากสมการโครงสร้าง โดยใช้โปรแกรม Smart PLS 3.0 ตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลจากสมการโครงสร้าง (ภาพประกอบควรเป็นขาวดำ) ที่มา : ผลลัพธ์จากโปรแกรม Smart PLS 3.0

ตาราง 1 ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัย	Coef.	t-stat	สรุปผล
H1: LO1→ AA	-0.087	0.871	ไม่สนับสนุน
H2: LO1→ LO4	0.266	2.790**	สนับสนุน
H3: LO1→ LO5	0.398	3.229**	สนับสนุน
H4: LO1→ LO6	0.535	4.508**	สนับสนุน
H5: LO2→ AA	0.111	2.215**	สนับสนุน
H6: LO2→ LO4	0.190	2.014**	สนับสนุน
H7: LO2→ LO5	-0.190	0.659	ไม่สนับสนุน
H8: LO2→ LO6	-0.002	0.010	ไม่สนับสนุน
H9: LO3→ AA	-0.497	2.715**	สนับสนุน
H10: LO3→ LO4	0.566	5.753**	สนับสนุน
H11: LO3→ LO5	0.541	4.067**	สนับสนุน
H12: LO3→ LO6	0.371	2.884**	สนับสนุน
H13: LO4→ AA	0.660	4.345**	สนับสนุน
H14: LO5→ AA	-0.056	0.576	ไม่สนับสนุน
H15: LO6→ AA	0.182	1.245	ไม่สนับสนุน

หมายเหตุ ** หมายถึง t-stat $\geq$ 2.58(p-value $\leq$.01), * หมายถึง t-stat อยู่ระหว่า ง 1.96-2.58 (p-value $\leq$.05)

จาก ภาพประกอบ 1 และตาราง 1 พบว่า ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปรตามสมการโครงสร้าง พบว่า มีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกัน ดังนี้ คุณธรรมจริยธรรมมีอิทธิพลต่อทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (H2), คุณธรรมจริยธรรมมีอิทธิพลต่อทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารฯ (H3), คุณธรรมจริยธรรมมีอิทธิพลต่อทักษะพิสัย (H4), ความรู้ มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (H5), ความรู้มีอิทธิพลต่อทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (H6), ทักษะปัญญา มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (H9), ทักษะปัญญามีอิทธิพลต่อทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (H10), ทักษะปัญญา มีอิทธิพลต่อทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารฯ (H11), ทักษะปัญญา มีอิทธิพลต่อทักษะพิสัย (H12) และ ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (H13)

นอกจากนี้ยังพบว่ามีเพียงทักษะทางปัญญาเท่านั้น (LO3) ที่มีอิทธิพลทางตรงต่อทั้งทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (LO4) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข (LO5) ทักษะพิสัย (LO6) และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (AA)

ตาราง 2 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรคั่นกลาง (mediation) ของมาตรฐานผลการเรียนรู้

ตัวแปร	ผลการทดสอบอิทธิพลคั่นกลาง		
	t	p	สรุป
LO1 -> LO4 -> Outcome (AA)	1.786	0.068	No mediation
LO2 -> LO4 -> Outcome (AA)	1.774	0.078	No mediation
LO3 -> LO4 -> Outcome (AA)	3.586	.000[a]	mediation
LO1 -> LO5 -> Outcome (AA)	0.537	0.592	No mediation
LO2 -> LO5 -> Outcome (AA)	0.389	0.698	No mediation
LO3 -> LO5 -> Outcome (AA)	0.558	0.578	No mediation
LO1 -> LO6 -> Outcome (AA)	1.159	0.248	No mediation
LO2 -> LO6 -> Outcome (AA)	0.009	0.993	No mediation
LO3 -> LO6 -> Outcome (AA)	1.140	0.256	No mediation

หมายเหตุ- a นัยสำคัญทางสถิติ p<0.05, และช่วงเชื่อมั่นร้อยละ95 ของ bootstrapping

จากตาราง 2 พบว่า มีเพียงทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (LO4) เท่านั้นที่เป็นตัวแปรคั่นกลางที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยเฉพาะการส่งผ่านอิทธิพลจากทักษะทางปัญญา (LO3) ไปสู่ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (AA)

สรุปและอภิปรายผล

1. ระดับสมรรถนะของผู้เรียนตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน ที่เป็นพื้นฐานของผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงด้านทักษะพิสัยที่อยู่ในระดับมาก ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้เรียนมีมาตรฐานการเรียนรู้ที่เพิ่มมากขึ้นให้ครบทุกด้านจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งเป็นไปตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติที่เน้นให้ผู้เรียนมีมาตรฐานการเรียนรู้ทุกด้าน ได้แก่ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และที่สำคัญคือ ด้านทักษะพิสัย โดยเฉพาะหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่มีการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติซึ่งผู้เรียนต้องมีทักษะด้านการปฏิบัติที่เชี่ยวชาญเน้นทักษะการฝึกฝนให้เกิดความชำนาญ ซึ่งการศึกษาวิชาการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตตามหลักสูตรของวิทยาลัยฯ ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกนั้น นักศึกษาจะต้องสามารถเป็นนักส่งเสริมและจัดการสุขภาพในอนาคตได้ รวมถึงผู้เรียนต้องสามารถเชื่อมโยงความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมจนเกิดการบูรณาการความรู้ทางการสร้างเสริมสุขภาพเข้ากับทุกรายวิชาที่เรียนอยู่ด้วยการคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ สอดคล้องกับการศึกษาในสถานการณ์จริงซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ทางคณะผู้รับผิดชอบวิชาได้มีการปรับรูปแบบการสอนในภาคทฤษฎีที่เน้นให้ผู้เรียนได้มีโอกาสศึกษาในสภาพพื้นที่จริงเพื่อส่งเสริมกระบวนการคิดและวางแผนให้การพยาบาลที่เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ลงฝึกปฏิบัติในการเรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic learning) ซึ่งจากเดิมการเรียนในภาคทฤษฎีในรายวิชาสร้างเสริมสุขภาพฯ จะเน้นการศึกษาด้วยกรณีศึกษาทั่วๆไป (กรณีศึกษาบนกระดาษ) แต่ในครั้งนี้ในภาคทฤษฎีได้ให้นักศึกษาลงไปฝึกประสบการณ์ในพื้นที่จริงแล้วนำกลับมาวิเคราะห์และประเมินผลในชั้นเรียน (ศึกษาชุมชนพื้นที่รอบๆ ศูนย์พื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย-อัมพฤกษ์อัมพาต วัดทุ่งบ่อแป้น) ซึ่งการกระทำดังกล่าวเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการและกับกลุ่มคนในชุมชนที่เป็นแหล่งฝึก มีการใช้เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลที่เป็นระบบมากขึ้นโดยอาศัยทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพที่ได้เรียนในชั้นเรียนไปประยุกต์ใช้ก่อนที่จะมีการลงฝึกภาคปฏิบัติจริงต่อไป

สำหรับการวางแผนการจัดการเรียนการสอนในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐานตามแนวคิดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงเพื่อพัฒนาความสามารถของนักศึกษาในการคิดและสามารถค้นหาปัญหาของผู้รับบริการ อีกทั้งยังเป็นการฝึกความสามารถในการเชื่อมโยงความรู้ในทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณซึ่งเป็นการคิดที่มีกระบวนการทางปัญญาอย่างเป็นระบบโดยมีการคิดพิจารณาใคร่ครวญ ไตร่ตรองอย่างมีเหตุผลรอบด้าน ซึ่งการคิดอย่างมีวิจารณญาณจะช่วยพัฒนาให้ผู้เรียนเกิดเรียนรู้และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาความสามารถในการเชื่อมโยงความรู้เรื่องหนึ่งไปสู่อีกความรู้อีกเรื่องหนึ่ง (Transformative Learning) โดยอาศัยพื้นฐานของการคิดอย่างมีวิจารณญาณตามกระบวนการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิดอย่างจริงจัง (Critical Reflection) และผลของการคิดอย่างมีวิจารณญาณและความสามารถในการเชื่อมโยงความรู้นั้นสามารถวัดผลได้ตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้งด้านทัศนคติทักษะด้านปัญญา รวมไปถึงความรู้ของผู้เรียนและขยายผลไปสู่การแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน ดังนั้นการใช้รูปแบบการสอนในการศึกษาสภาพจริงจึงส่งเสริมให้ผู้เรียนมีสมรรถนะในด้านทักษะพิสัยมากขึ้นเมื่อลงฝึกปฏิบัติจริง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการจัดการเรียน การสอนตามสภาพจริงที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญโดยใช้กระบวนการวิจัยที่สนับสนุนให้มีการจัดการเรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic Learning) เพราะการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญเป็น

การจัดการเรียนรู้ที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงในสถานการณ์จริง เพื่อแสวงหาความรู้หรือข้อมูลที่จะแก้ปัญหานั้นๆ ด้วยการคิดอย่างมีวิจารณญาณและช่วยฝึกทักษะต่างๆ ที่เป็นการสร้างทักษะชีวิตให้กับตนเอง เกิดการพัฒนาผู้เรียนให้เป็นบุคคลแห่งการเรียนรู้ ใฝ่รู้ สามารถสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง คิดเป็น ทำเป็น แก้ปัญหาเป็น และมุ่งเน้นพัฒนาทักษะกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบ และเสริมสร้างทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นและเรียนรู้การทำงานเป็นทีม

2. จากผลการศึกษาปัจจัยเชื่อมโยงมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน ที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 หรือความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปรมาตรฐานการเรียนรู้ตามสมการโครงสร้างพบว่า มีเพียงทักษะทางปัญญาเท่านั้น (LO3) ที่มีอิทธิพลทางตรงต่อทั้งทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (LO4) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข (LO5) ทักษะพิสัย (LO6) และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (AA) นั่นก็แสดงว่าทักษะทางปัญญามีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบการเรียนรู้ของผู้เรียนเพราะทักษะทางปัญญาเป็นทักษะที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การพัฒนาความคิดและทักษะทางปัญญามีความสำคัญและมีความจำเป็นในด้านการศึกษาและถือเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาคนในระดับอุดมศึกษา การฝึกทักษะกระบวนการคิด การจัดการการเผชิญสถานการณ์ และการประยุกต์ความรู้มาใช้เพื่อป้องกันและแก้ปัญหา การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Thinking) เป็นเครื่องมือสำคัญในการเรียนรู้และดำเนินชีวิตในปัจจุบัน หลักการใช้กระบวนการ คิดทางปัญญา การคิดวิเคราะห์เป็นกระบวนการทางปัญญาในการพิจารณาไตร่ตรองเกี่ยวกับสภาพการณ์ หรือข้อมูลอย่างมีเหตุผล โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ของตนเองในการสำรวจข้อมูลจนสามารถประเมินข้อสรุปหรือแก้ปัญหาที่เผชิญได้ ซึ่งหลักทฤษฎีที่สนับสนุนหลักการนี้ คือ ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์ ที่อธิบายถึงโครงสร้างทางปัญญาเป็นแผนการรู้คิดอย่างเป็นระบบและมีกระบวนการซึมซับประสบการณ์ และกระบวนการขยายโครงสร้างทางปัญญา เพื่อให้เกิดกระบวนการรักษาสมดุลในโครงสร้างทางปัญญาซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เดิมกับความรู้ใหม่ที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและความ เป็นการสร้างกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ

สำหรับอิทธิพลทางอ้อมจะพบว่า มีเพียงทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (LO4) เท่านั้นที่เป็นตัวแปรคั่นกลางที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา โดยเฉพาะการส่งผ่านอิทธิพลจากทักษะทางปัญญา (LO3) ไปสู่ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (AA) แสดงว่าทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นตัวแปรคั่นกลางหรือตัวแปรเชื่อมโยงที่มีความสำคัญที่จะส่งผ่านทักษะทางปัญญาไปสู่ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา แสดงว่าการศึกษาในปัจจุบันควรมุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ หมายถึง ความสามารถในการทางานกลุ่ม ความสามารถในการวางแผนและรับผิดชอบ ในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญในศตวรรษที่ 21 ซึ่งการศึกษาที่ถูกต้องสำหรับศตวรรษใหม่ต้องเรียนให้บรรลุทักษะ คือ สามารถทำได้จากรู้วิชาไปสู่ทักษะในการใช้วิชาเพื่อการดำรงชีวิตในโลกแห่งความเป็นจริง การเรียนจึงต้องเน้นเรียนโดยการลงมือทำหรือการฝึกฝน และต้องฝึกฝนทักษะต่างๆ ที่จำเป็นตลอดชีวิต เครื่องมือเสริมสร้างทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 จึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการยกระดับการเรียนรู้ร่วมกันบนฐานคิดที่ว่ากระบวนการเรียนรู้สำคัญกว่าความรู้ และ กระบวนการหาคำตอบสำคัญกว่าคำตอบ เป็นการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 นอกจากนี้การเรียนรู้ด้วยการทำงานเป็นกลุ่มหรือเป็นทีมตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (LO4) ยังสอดคล้องกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนระบบการศึกษาในอนาคต อาทิเช่น การปรับเปลี่ยนวิธีการเรียนการสอนให้เป็นการสอนที่เน้นทักษะเฉพาะตัวหรือทักษะทางอารมณ์ (Soft skill) เพราะสิ่งที่ผู้สอนได้สอนนักศึกษาในปัจจุบันนี้เป็นความรู้ที่สืบทอดมากว่า 200 กว่าปีก่อน ระบบการศึกษาควรพัฒนาผู้เรียนให้มีความฉลาดทางปัญญา และสอนในสิ่งที่แตกต่างกันออกไป โดยเฉพาะสิ่งที่เครื่องจักรไม่สามารถทำได้ เช่น คุณค่า (Value) ความเชื่อ (Believe) ความเป็นตัวของตัวเอง (Independent thinking) การทำงานเป็นทีม (Teamwork) ความใส่ใจผู้อื่น

(Care for Others) สิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นทักษะทางด้านอารมณ์ (Soft skill) นอกจากนี้ระบบการศึกษาควรสอนในสิ่งที่แตกต่างจากที่คอมพิวเตอร์นั้นไม่สามารถทำได้เหมือนมนุษย์ เพราะในอนาคตคอมพิวเตอร์จะมาทำหน้าที่แทนมนุษย์และสิ่งที่ทำให้มนุษย์แตกต่างจากคอมพิวเตอร์ คือ "ภูมิปัญญา" เพราะคอมพิวเตอร์ไม่สามารถมีภูมิปัญญาเหมือนมนุษย์ (Jack ma, 2018) [10] ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้เรียนมีทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (LO4) จึงมีความสำคัญในการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 นอกจากนี้การเรียนรู้ในเรื่องการทำงานเป็นทีมหรือ การร่วมมือกันเรียนรู้ยังช่วยพัฒนาผู้เรียนทางด้านสติปัญญาให้เกิดการเรียนรู้จนบรรลุถึงขีดความสามารถสูงสุด โดยมีกลุ่มเพื่อนกลุ่มเดียวกันเป็นผู้คอยแนะนำหรือช่วยเหลือ และกระบวนการเรียนรู้จะเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ภายในสมองเป็นกระบวนการทางสังคมที่เป็นกระบวนการทั้งทางด้านสติปัญญาและสังคมควบคู่กันไป สอดคล้องกับแนวคิดของเพียเจท์ ที่อธิบายว่า กระบวนการคิดมีพื้นฐานมาจากพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้จากการคิดวิเคราะห์ที่มีการคิดอย่างมีวิจารณญาณและดึงความสนใจของผู้เรียน [11] เพราะผู้เรียนนั้นอยู่ในวัยรับรู้สังคมและเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันเป็นการเชื่อมโยงกับสถานการณ์จริง การเรียนรู้ร่วมกันเป็นขั้นตอนที่ให้ผู้เรียนได้มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนในการทำงานร่วมกันซึ่งตรงกับทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ส่งเสริมให้เกิดการวิเคราะห์การคิดอย่างมีวิจารณญาณร่วมกัน การที่ผู้เรียนได้มีปฏิสัมพันธ์กันเป็นการฝึกทักษะการประนีประนอมกัน การสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เกิดประสบการณ์ความสำเร็จร่วมกัน สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะเป็นพื้นฐานในการส่งเสริมให้เป็นบุคคลที่มีความคิดแบบมีวิจารณญาณ

ข้อเสนอแนะ

การส่งเสริมผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 ให้มีคุณธรรม จริยธรรม และความรู้ แม้จะเป็นสิ่งสำคัญแต่ก็มิใช่เป้าหมายหลักของการศึกษา ควรมุ่งเน้นส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดทักษะทางปัญญาร่วมกับการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การทำงานเป็นทีม การเอาใจใส่ซึ่งกันและกันในขณะที่เรียนรู้จะช่วยส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาที่ต่อเนื่องและนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้

เอกสารอ้างอิง

1. Kraiyod Pattarawat.**Thailand's Education to Thailand 4.0**. Retrieved from http://www.thaihealth.or.th/html. June 3, 2018.

2. Vicharn Panich. **Transformative Learning**. Bangkok: SR Printing Mass Products**.,** 2015.

3. Vicharn Panich. **Enjoy learning in the 21st century**. Nonthaburi: SR Printing Mass Products**.,** 2015.

4. Boromrajonani College of Nursing Nakhon Lampang. **Knowledge Management & Academic Problems of Nursing Students**. Lampang:BCNLP., 2015.

5. Duangrat Kathalae. **Mixed Style of learning: Research – Based Learning, Authentic learning and Student-centered learning**. 22(1), 131-145, 2016. [in Thai].

6. Office of the Higher Education Commission: OHEC. **Announcement Board of OHEC: Guidelines for Implementation of the National Higher Education Curriculum Framework (No.3) 2015**. Retrieved from http://www.smartpls.com, 3 july, 2018.

7. Best, J. W. , & Kahn, J. V.. **Research in Education**. 7 th ed. Boston : Allyn and Bacon, 1993.

8. Ringle, Christian M.,et all. **SmartPLS 3.0. Bönningstedt: SmartPLS**. Retrieved from http://www.smartpls.com,11july,2015.

10. Jack Ma. **AI, work instead of man.** Retrieved from http://www.smartpls.com, 3 july, 2018.

11. Surang kohthakoon**. Educational Psychology**. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House , 2009. [in Thai].

16

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน : ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสารกลุ่มที่	สาขา
1	วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ	1906-2605	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์	1	วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

Back to top

Copyright 2005. Thai-Journal Citation Index (TCI) Centre. All rights reserved.
Contact tci.thai@gmail.com

การพัฒนาแบบประเมินวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

Development of the Assessment Scales on the Maternal and Newborn Nursing and Midwifery Practicum Subject II in Boromarajonani College of Nursing, Chai Nat

กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ[1] ทัศนีย์ หนูนารถ[2] ณัฐฐภรณ์ ปัญจจันธ์[3] ปิ่นแก้ว โชติอำนวย[4] บุษยา ดำคำ[5] ปานทิพย์ จิ๋วรี[6]

Kanjananat Tongmuangtunyatep[1], Tassaneeya Noonart[2], Nutthaporn Panchakhan[3], Pinkaew Choteamnuay[4], Budsaya Dumkum[5], Panthip Jiwree[6]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบคุณภาพแบบประเมินวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลศาตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 อาจารย์นิเทศและอาจารย์ พี่เลี้ยงทั้งหมดจำนวน 158 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความเชื่อมั่น อำนาจจำแนก และสัมประสิทธิสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพของแบบประเมินทั้งหมด 4 ฉบับ ได้แก่ 1) แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนระยะตั้งครรภ์ 2) แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกระยะที่ 1-4 ของการคลอด 3) แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน 4) แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด มีความตรงเชิงเนื้อหา ตั้งแต่ 0.80 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70, 0.94, 0.87 และ 0.93 ตามลำดับ และอำนาจจำแนกมีค่า 0.19-0.83 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อและทั้งฉบับมีค่าตั้งแต่ 0.29-0.79 และมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และ .05

คำสำคัญ : การพัฒนาแบบประเมิน, แบบประเมินวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2

Abstract

This action research aimed to develop and verify quality of the assessment scales on the maternal and newborn nursing and midwifery practicum subject II. The research samples were 158 subjects consisted of the 4th nursing students, nursing instructors and preceptors. The data were analyzed by descriptive statistics and verify quality of instrument with content validity, reliability, discrimination and Pearson's product -moment correlation coefficient. The results revealed that the instrumental quality composed of 4 scales: 1)The assessment scale of the pregnant risk and complication in maternal and newborn nursing practice. 2) The assessment scale of 1-4 labor stages in maternal and newborn nursing practice. 3) The assessment scale of the risk and complication in newborn nursing practice and 4) The assessment scale of the postpartum risk and complication in maternal and newborn nursing practice. The content validity of the four scales had higher than 0.80, the reliabilities were 0.70, 0.94, 0.87 and 0.93 respectively, and the discrimination had 0.19 to 0.83. The item-total correlation was 0.29 to 0.79 with statistical significance at 0.01 and 0.05.

Keywords : Scale development, The assessment scales on the Maternal and Newborn Nursing and Midwifery Practicum subject II

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

2 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

3. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ลำปาง

4. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

5. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสรรพยา

6. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท

บทนำ

กระทรวงศึกษาธิการมีการกำหนดกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาระดับปริญญาตรี ในสาขาพยาบาลศาสตร์ ซึ่งเป็นสาขาที่สำคัญทางวิชาชีพสาขาหนึ่งทางด้านการแพทย์ โดยให้สถานศึกษาระดับอุดมศึกษาที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ในการรักษาคุณภาพและมาตรฐานการศึกษาให้เทียบเคียงกันได้ทั้งระดับชาติและระดับสากล การศึกษาในสาขาการพยาบาลจำเป็นต้องใช้การบูรณการของศาสตร์ทางการพยาบาล หลักการพยาบาล และทักษะการปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการทุกช่วงวัยสามารถดูแลตนเองได้ทั้งในภาวะสุขภาพดีและที่เจ็บป่วย จึงมีความสำคัญที่ต้องผลิตบัณฑิตที่ควรประกอบด้วยเป็นผู้มีความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และเทคโนโลยีสารสนเทศ และทักษะในการปฏิบัติทางวิชาชีพอย่างมีคุณธรรม จริยธรรม[1] ซึ่งแสดงถึงการผสมผสานระหว่างการใช้ศาสตร์และศิลป์ในการให้การดูแลผู้รับบริการให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

สถาบันพระบรมราชชนกเป็นสถาบันการศึกษาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้สถาบันการศึกษาในสังกัดวัดและประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียน โดยใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินที่มีคุณภาพ ตามการนิยามการวัดและประเมินผลการเรียนรู้ ตามมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ของกระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งประกอบด้วยผลการเรียนรู้ 5 ด้าน ที่กำหนดไว้ คือ ด้านคุณธรรม จริยธรรม (Ethics and Morals) ด้านความรู้ (Knowledge) ด้านทักษะทางปัญญา (Cognitive Skills) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (Interpersonal Skills and Responsibility) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (Numerical, Communication and Information Technology Skills) และด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ (Professional Practice Skills) [2]

การจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ เป็นการดูแลสุขภาพมารดาทารกแบบองค์รวมด้วยความเอื้ออาทรในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ทั้งรายปกติและรายที่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อน โดยยึดหลักจริยธรรมและสิทธิมนุษยชน กฎหมายวิชาชีพ และการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว [3] ผลการเรียนรู้ที่คาดหวังของผู้สอนผู้เรียนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นสิ่งสำคัญที่สามารถบอกถึงคุณลักษณะของผู้เรียนตามที่ต้องการจริง ซึ่งขึ้นอยู่กับการวัดและประเมินผลการเรียนรู้ของการจัดการเรียนการสอน ที่สามารถสะท้อนได้ว่าบัณฑิตมีคุณลักษณะตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ เครื่องมือที่ใช้ในการวัดและประเมินผลจะต้องมีความน่าเชื่อถือและมีความแม่นยำ โดยเครื่องมือหรือแบบประเมินที่ใช้ต้องผ่านการทดสอบความเที่ยงตรง ความเชื่อมั่น และอำนาจจำแนก ที่สามารถวัดได้ ตรงและครบถ้วน ในสิ่งที่ต้องการวัดหรือตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด วัดสิ่งเดิมก็ได้ผลเหมือนเดิมหรือใกล้เคียงของเดิม[4] ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยสามารถวัดในสิ่งที่ต้องการได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน จากการวัดและประเมินผลการเรียนรู้ของรายวิชาที่ผ่านมา แบบประเมินที่ใช้ไม่ได้มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงและเชื่อมั่น จึงไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่าผู้เรียนมีผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ได้ชัดเจน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาแบบประเมินวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพและสามารถประเมินผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานการอุดมศึกษาที่กำหนดรายวิชาได้อย่างมีความน่าเชื่อถือ ผู้เรียนสามารถนำผลไปพัฒนาและปรับปรุงการเรียนรู้ของตนเองได้ และเป็นแนวทางการพัฒนาแบบประเมินวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 และรายวิชาอื่นให้มีคุณภาพมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแบบประเมินวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2

2. เพื่อทดสอบคุณภาพแบบประเมินวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2

วิธีวิการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาเครื่องมือ (Instrument development) ซึ่งใช้ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือของเดวิลลิส (2012)[5] มาปรับใช้มี 5 ขั้นตอนดั้งนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษากรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (Thai Qualifications Framework for Higher Education, TQF : HEd) ทางสาขาการพยาบาลที่ประกอบด้วย 6 ด้านมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างแบบประเมิน

ขั้นตอนที่ 2 สร้างข้อคำถาม โดยการวิเคราะห์เนื้อหา วัตถุประสงค์ และพฤติกรรมบ่งชี้ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ.2555 และประมวลรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 โดยใช้ผลการเรียนรู้ที่คาดหวังในรายวิชาที่ประกอบด้วย 6 ด้าน

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดเกณฑ์การประเมินผลและเกณฑ์การให้คะแนน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมิน ได้แก่ 1) ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบแล้วคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องมีค่าตั้งแต่ 0.80 ถึง 1.00 และมีการปรับปรุงแก้ไขแบบประเมินตามข้อเสนอแนะ 2) วิเคราะห์อำนาจจำแนก (Corrected item total correlation) และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยให้นักศึกษาทำแบบประเมินตนเอง แล้วนำมาวิเคราะห์อำนาจจำแนกคัดเลือกข้อที่มีค่าตั้งแต่ 0.30 ถึง 1.00 ได้ความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.76 ถึง 0.95 และ ค่าความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) โดยใช้วิธีการคำนวณค่าสัมประสิทธิสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product -moment correlation coefficient) โดยเลือกข้อที่มีค่าตั้งแต่ 0.30 ถึง 1.00 ปรับปรุงเครื่องมือตามผลการวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 5 นำไปทดสอบการใช้จริง โดยให้อาจารย์นิเทศและอาจารย์พี่เลี้ยง เป็นผู้ประเมินสถานการณ์จริงกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาวิเคราะห์อำนาจจำแนกได้เท่ากับ 0.19 ถึง 0. 83 และค่าความตรงเชิงโครงสร้างโดยใช้วิธีการคำนวณค่าสัมประสิทธิสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันได้เท่ากับ 0.29 ถึง 0.79

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ใช้ในการพัฒนาเครื่องมือ เป็นนักศึกษาพยาบาลศาตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท ปีการศึกษา 2559 ที่เลือกแบบเจาะจง และไม่ซ้ำกับกลุ่มที่ทดสอบใช้จริง จำนวน 20 คน และ 2) กลุ่มที่ใช้ทดสอบคุณภาพเครื่องมือ เป็นนักศึกษาพยาบาลศาตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท ปีการศึกษา 2559 ที่กำลังศึกษาวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและ การผดุงครรภ์ 2 จำนวน 98 คน ที่ได้รับการสอนภาคปฏิบัติโดยอาจารย์นิเทศและอาจารย์พี่เลี้ยง เลือกโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเลขคี่และการจับสลาก จำนวน 50 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท เลขที่ BCNC IRB 109- 2559

ผลการวิจัย

1. แนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ.2555 2) ประมวลรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 และ 3) กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (Thai Qualifications Framework for Higher Education, TQF : HEd) ทางสาขาการพยาบาลที่ประกอบด้วย 6 ด้านมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างแบบประเมิน คือ ด้านคุณธรรม จริยธรรม (ข้อ 1.1, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8) ด้านความรู้ (ข้อ 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6) ด้านทักษะทางปัญญา (ข้อ 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (ข้อ 4.1, 4.4) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (ข้อ 5.1, 5.3, 5.5) และด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ (ข้อ 6.1, 6.2, 6.3, 6.4)

2. ประเด็นคำถาม จากการวิเคราะห์เนื้อหา วัตถุประสงค์ และพฤติกรรมบ่งชี้ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ.2555 และประมวลรายวิชาปฏิบัติการ

พยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 โดยใช้ผลการเรียนรู้ที่คาดหวังในรายวิชาที่ประกอบด้วย 6 ด้านคือ ด้านคุณธรรม จริยธรรม (ข้อ 1.1, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8) ด้านความรู้ (ข้อ 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6) ด้านทักษะทางปัญญา (ข้อ 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (ข้อ 4.1, 4.4) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (ข้อ 5.1, 5.3, 5.5) และด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ (ข้อ 6.1, 6.2, 6.3, 6.4)

3. กำหนดเกณฑ์การประเมินผลและเกณฑ์การให้คะแนน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ฉบับคือ ฉบับที่ 1 แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนระยะตั้งครรภ์ จำนวน 27 ข้อ ฉบับที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกระยะที่ 1-4 ของการคลอด จำนวน 31 ข้อ ฉบับที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนจำนวน 22 ข้อ และฉบับที่ 4 แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอดจำนวน 31 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติกิจกรรมได้น้อยกว่าร้อยละ 50 (1 คะแนน), ปฏิบัติกิจกรรมได้ร้อยละ 50-65 (2 คะแนน), ปฏิบัติกิจกรรมได้ร้อยละ 66-80 (3 คะแนน), ปฏิบัติกิจกรรมได้มากกว่าร้อยละ 80 (4 คะแนน)

4. ผลการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมิน

4.1 การพัฒนาแบบประเมินวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 มีทั้งหมด 4 ฉบับคือ ฉบับที่ 1 แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนระยะตั้งครรภ์ จำนวน 20 ข้อ ฉบับที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกระยะที่ 1-4 ของการคลอด จำนวน 31 ข้อ ฉบับที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน จำนวน 20 ข้อ ฉบับที่ 4 แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอดจำนวน 25 ข้อ ผลการตรวจสอบคุณภาพแบบประเมิน ดังรายละเอียดตาราง 1

ตาราง 1 ผลการตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 ครั้งที่ 1 (n= 20)

แบบประเมิน	Item	IOC	Reliability	Discrimination (0.3 - 0.9)	Pearson's product -moment correlation coefficient
ฉบับที่ 1	27	0.80	0.76	0.00-0.65	0.00-0.72
ฉบับที่ 2	31	1.00	0.95	0.28-0.83	0.33-0.91
ฉบับที่ 3	22	0.80	0.90	0.20-0.81	0.26-0.84
ฉบับที่ 4	31	0.80	0.95	0.00-0.86	0.00-0.88

จากตาราง 1 แบบประเมินทั้ง 4 ฉบับมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.80 ถึง 1.00 ค่าที่ยอมรับได้คือมากกว่า 0.50 (Turner and Carlson, 2003)[6]

4.2 ข้อเสนอแนะจากผู้ประเมิน ควรพิจารณาปรับหรือตัดข้อคำถามที่แปลความหมายได้เหมือนกัน ข้อคามที่มีการใช้คำซ้ำซ้อน และฟุ่มเฟือย ข้อคำถามที่มีความหมายไม่ชัดเจนหรือกำกวม และเมื่อพิจารณาปรับหรือตัดข้อคำถามแล้ว ข้อคำถามที่นำไปใช้ต้องมีความครอบคลุมกรอบแนวคิดในการวิจัย

4.3 หลังจากทำการปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะให้ข้อคำถามสามารถเป็นตัวแทนของเนื้อหาทั้งหมด ตรวจสอบความสอดคล้องภายในของแบบประเมินด้วยการทดสอบความเชื่อมั่นมีค่า 0.76-0.95 แสดงว่าข้อคำถามวัดเนื้อหาเดียวกันน่าเชื่อถือยอมรับได้ [5] การวิเคราะห์รายข้อโดยตรวจสอบความสอดคล้องสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ในแต่ละฉบับมี

ความสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.00-0.88 และอำนาจจำแนกมีค่า 0.00 - 0.86 จึงทำการตัดหรือปรับเนื้อหารายข้อที่มีความสัมพันธ์ หรืออำนาจจำแนกต่ำกว่า 0.20 [7]

5. ผลการนำแบบทดสอบไปทดสอบการใช้จริง

ตาราง 2 ผลการตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 ครั้งที่ 2 (n= 50)

แบบประเมิน	Item deleted	Item	Reliability	Discrimination (0.3 - 0.9)	Pearson's product -moment correlation coefficient
ฉบับที่ 1	7	20	0.70	0.19-0.49	0.29-0.56
ฉบับที่ 2	-	31	0.94	0.35-0.75	0.52-0.78
ฉบับที่ 3	2	20	0.87	0.25-0.66	0.27-0.70
ฉบับที่ 4	6	25	0.93	0.21-0.83	0.27-0.79

จากตาราง 2 แบบประเมินทั้ง 4 ฉบับมีความสอดคล้องภายในของแบบประเมินด้วยการทดสอบความเชื่อมั่นมีค่า 0.70-0.93 การวิเคราะห์รายข้อโดยตรวจสอบอำนาจจำแนกมีค่า 0.19-0.83 และความสอดคล้องสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันมีค่าตั้งแต่ 0.29-0.79 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยวิธีความสอดคล้องสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ 0.29-0.79 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 อำนาจจำแนกมีค่าเท่ากับ 0.19-0.83 [7] แสดงว่าแบบประเมินมีความน่าเชื่อถือที่ดีและสามารถประเมินได้ครอบคลุมเนื้อหากรอบมาตรฐานคุณวุฒิการอุดมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ อมาวสี อัมพันศิริรัตน์ และคณะ (2013)[9] ที่พัฒนาเครื่องมือวัดและประเมินผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555 โดยการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาแบบประเมินการศึกษาภาคปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 โดยใช้กระบวนการพัฒนาของ เดวิลลิส (2012)[5] มาปรับใช้มี 5 ขั้นตอนคือ 1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง 2) การสร้างข้อคำถาม 3) กำหนดเกณฑ์การประเมินผลและเกณฑ์การให้คะแนน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 4) ตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมิน 5) นำไปทดสอบการใช้จริง ทำให้ได้ ได้แบบประเมิน ที่มีคุณภาพจำนวน 4 ฉบับ คือ ได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้วยวิธีความเที่ยงตรงตรวจสอบความตรงตามเนื้อหามีค่าเท่ากับ 0.80-1.00 ค่าที่ยอมรับได้คือมากกว่า 0.50 [6] เนื่องจากมีการปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะให้ข้อคำถามสามารถเป็นตัวแทนของเนื้อหาทั้งหมด [8] จึงทำให้แบบประเมินสามารถวัดได้ตรงตามเนื้อหาของผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมแห่งชาติ ตรวจสอบความสอดคล้องภายในด้วยการทดสอบความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 0.70-0.93 กรณีเป็นเครื่องมือสร้างขึ้นใหม่ค่าที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป [5] ทำให้ได้แบบประเมินที่สามารถวัดได้ตรงตามเนื้อหาของผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมแห่งชาติในวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 และมีความน่าเชื่อถือที่ดี ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธีความสอดคล้องสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ 0.29-0.79 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 อำนาจจำแนกมีค่าเท่ากับ 0.19-0.83 [7] แสดงว่าแบบประเมินมีความน่าเชื่อถือที่ดีและสามารถประเมินได้ครอบคลุมเนื้อหากรอบมาตรฐานคุณวุฒิการอุดมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ อมาวสี อัมพันศิริรัตน์ และคณะ (2013)[9] ที่พัฒนาเครื่องมือวัดและประเมินผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555 โดยการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาแบบประเมินวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ ได้แบบประเมินที่มีความตรงเชิงเนื้อหา ความเชื่อมั่น และความตรงเชิงโครงสร้าง จึงสามารถนำไปใช้ในการประเมินนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารก และการผดุงครรภ์ 2 ให้มีความน่าเชื่อถือได้มากขึ้น

2. ควรให้ผู้ประเมินและผู้ถูกประเมินทำความเข้าใจแบบประเมินก่อนนำไปใช้

3. การพัฒนาแบบประเมินปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ สำหรับนักศึกษา

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ควรทำการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง เช่น การวิเคราะห์องค์ประกอบ(Factor analysis) หรือความตรงเชิงสภาพ (Concurrent validity) หรือความตรงเชิงพยากรณ์ (Predictive validity)

4. ควรมีการพัฒนาแบบประเมินผลการเรียนรู้ที่มีคุณภาพ และสามารถวัดได้แม่นยำเพิ่มขึ้นให้มีความครอบคลุมทุกรายวิชาที่จัดการเรียนการสอน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท ที่อำนวยความสะดวกให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Education. **Thai qualifications framework for higher education II in nursing science.** URL http://www.mua.go.th/users/tqf-hed/news/FilesNews/FilesNews6/nursing_m1.pdf. Retrieved September 10, 2015.

2. Boromarajonani Institute. **Internal quality assurance manual for Boromarajonani colleges of nursing.** Nonthaburi : Boromarajonani Institute. 2014.

3. Boromarajonani College of Nursing, Chai Nat. **Thai qualifications framework for higher education II in bachelor of nursing science program**. Revised edition 2012. Chai Nat: Boromarajonani College of Nursing, Chai Nat. 2012.

4. Srisuk, K.. **Research methodology.** 2nd ed.. Chiang Mai : Krongchang press. 2009.

5. DeVellis, R.F.. **Scale development: Theory and applications.** 3rd ed.. Newbury : Sage. 2012.

6. Turner, R.C., & Carlson, L.. "Indexes of item-objective congruence for multidimensional items". **International Journal of Testing.** 3(2) : 163-171. 2003.

7. Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., & Anderson, R.E. **Multivariate data analysis.** 7th ed.. Upper Saddle River, N.J : Pearson Education. 2014.

8. Waltz, C., Strickland, O., & Lenz, E. **Measurement in nursing and health research.** 3rd ed.. NY : Springer Publishing. 2005.

9. Amphansirirat, A., et al.. "The development of instrument to evaluate learning outcomes as the Thai qualifications framework for higher education, nursing curriculum (Revised Version B.E. 2555), southern college of nursing and public health college network". **Journal of Health Science Research** 7(2) : 1-9. 2013.

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน : ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสารกลุ่มที่	สาขา
1	วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้	2408-1051	เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้	1	วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

ผลของการใช้กระบวนการจิตตปัญญา ต่อความรู้ในการวางแผนครอบครัว ของนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 5 จังหวัดชัยนาท

Effects of the Contemplative Education Process on Knowledge about Family Planning among Students in the Secondary Educational Service Area Office in Region 5, Chai Nat Province

กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ[1*], วงเดือน เล็กสง่า[1] , สินาภรณ์ กล่อมยงค์[1], มัณฑนา มณีโชติ[2] และ ณัฏฐ์ฐภรณ์ ปัญจขันธ์[3]

Kanjananat Tongmuangtunyatep[1*], Wongdern Leksanja[1], Sinaporn klomyong [1], Munthana Maneechot[2] and Nutthaporn Panchakhan[3]

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท[1*] , วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี[2] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ลำปาง[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การวางแผนครอบครัวก่อนและหลังการใช้กระบวนการจิตตปัญญาของนักเรียน โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 5 จังหวัดชัยนาท จำนวน 30 คน ที่ได้จากการสุ่มแต่ละชั้นปี ประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก คือ 1) การพิจารณาด้วยใจอย่างใคร่ครวญ 2) ความรักความเมตตา 3) การเชื่อมโยงสัมพันธ์ 4) การเผชิญความจริงและความต่อเนื่อง 5) ความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง 6) ชุมชนแห่งการเรียนรู้ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดระดับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติค่า Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังใช้กระบวนการจิตตปัญญา (M=12.93, SD=2.78) สูงกว่าก่อนใช้กระบวนการจิตตปัญญา (M=10.27, SD=2.08) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่ากระบวนการจิตตปัญญาช่วยส่งเสริมให้เกิดความรู้ที่เป็นเหตุผลต่อการวางแผนครอบครัว

ผลการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้รับบริการในกลุ่มวัยรุ่นเพื่อส่งเสริมความรู้ในการวางแผนครอบครัวและป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

คำสำคัญ: กระบวนการจิตตปัญญา, การวางแผนครอบครัว, วัยรุ่น

[*]ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: tomtam2512@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-2848513)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare the mean score of knowledge about family planning before and after using the contemplative education process. Sample was 30 students that were randomly selected from each class in the area of the Secondary Educational Service Area Office in Region 5, Chai Nat Province. The contemplative education concept consisted of six activities: 1) contemplation, 2) love and compassionate, 3) making relationship, 4) facing reality and continuity, 5) commitment to change oneself, and 6) community of learning. Data was collected by using a questionnire regarding knowledge about family planning. Its validity and reliability were tested. Data were analysed using mean, standard deviation, percentage, and Paired t-test.

The results revealed that the mean score of the knowledge about family planning after applying the contemplative education process (=12.93, *SD*=2.78) was statistically significant higher than before using the process (*M* =10.27, *SD*=2.08) ($p<.05$). The findings of this study suggested that the contemplative education process could enhance the knowledge about family planning among adolescents in order to prevent unwanted pregnancy.

Keywords: Contemplative Education, Family Planning, Adolescent

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นสาเหตุของปัญหาด้านสุขภาพและสังคมเป็นจำนวนมาก จากสถิติทั่วโลก พบว่า วัยรุ่นที่คลอดบุตรในแต่ละปี ในช่วงอายุ 15- 19 ปี มีจำนวนประมาณ 16 ล้านคน และอายุต่ำกว่า 15 ปี มีจำนวนประมาณ 2 ล้านคน (World Health Organization, 2014) ปี พ.ศ. 2556 ประเทศไทยมีอัตราการคลอดบุตรเฉลี่ยวันละ 355 ราย ในผู้หญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี และอัตราการคลอดบุตรของวัยรุ่นมีจำนวนร้อยละ 41.54 ซึ่งมีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มาคลอดเป็นจำนวนถึง 10 รายต่อวัน (Ministry of Social Development and Human Security, 2014) จากรายงานของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุขวุฒิสภา (The Senate Standing Committee on Public Health, 2011) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย ได้แก่ การสอนเพศศึกษาที่ไม่ครอบคลุมโรงเรียนทุกแห่ง มีปัจจัยกระตุ้นหรือยั่วยุพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สถานบันเทิง สื่อต่าง ๆ และการอาศัยอยู่ในหอพักที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ประกอบกับการที่วัยรุ่นไม่เห็นความสำคัญของการป้องกันตัวหรือคุมกำเนิด และขาดทักษะการเจรจาต่อรอง

ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีทั้งปัจจัยภายในที่เป็นทัศนคติส่วนบุคคล ความรู้ ลักษณะของครอบครัว และปัจจัยภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อม สื่อ และวัฒนธรรม รวมถึงค่านิยม (Lertsakornsiri, 2014) การให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ถูกต้องช่วยให้วัยรุ่นเข้าใจ สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและนำไปใช้ได้ถูกต้อง จากการศึกษาการให้ข้อมูลข่าวสารสามารถช่วยให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิงได้อย่างเหมาะสม (Kingmala, Rawiworrakul, & Powwattana, 2015) อย่างไรก็ตาม

การให้ความรู้อย่างเดียวยังไม่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ทุกครั้ง อาจต้องร่วมกับการปรับทัศนคติ หรือสร้างแรงจูงใจ ให้เกิดทัศนคติที่ดี และนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ (Tawornrat, Rabwongwatana, & Chansatidporn, 2013)

กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามจัดทำโครงการต่าง ๆ เกี่ยวกับวัยรุ่น เช่น โรงเรียนแม่วัยรุ่น วัยเรียนวัยใส ห่วงใยสุขภาพ ยังพบว่า จังหวัดชัยนาทอัตราการคลอดต่อ 1000 ของหญิงอายุ 15-19 ปี ในช่วงปีพ.ศ. 2553-2555 เท่ากับร้อยละ 58, 56 และ 55.5 ตามลำดับ และมีอัตราการคลอดซ้ำในปีพ.ศ. 2555 ร้อยละ 5.3 ซึ่งเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศ (Bureau of Reproductive Health, 2013) ส่วนหนึ่งเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษา และการตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งถูกยุติด้วยการทำแท้ง จากการสัมภาษณ์อาจารย์ผู้สอนในโรงเรียนมัธยมในจังหวัดชัยนาท พบว่า การสอนเพศศึกษาในโรงเรียนต่าง ๆ เป็นอาจารย์ที่จบด้านการศึกษา การจัดการเรียนการสอนส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ตามทฤษฎีเพียงอย่างเดียว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นการพัฒนาตนเอง ควรมีการเชื่อมโยงเงื่อนไขต่าง ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดความสมดุลในชีวิต ได้แก่ ความรัก ความเข้าใจ ความรู้ ทัศนคติ (Arsom Silp Institue of the Arts, 2008) และยังพบว่า มีการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นทุกปีในโรงเรียนหลายแห่ง ดังนั้นผู้วิจัย จึงคำนึงถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จังหวัดชัยนาท ที่มีจำนวนมากและเป็นกลุ่มเสี่ยง

การให้ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวในกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ จึงมีความสำคัญที่ช่วยในการป้องกันการเกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ยังไม่มีความพร้อมในการมีครอบครัวและเลี้ยงบุตร ซึ่งกระบวนการสอนเป็นสิ่งสำคัญ จากการศึกษาของมหาวิทยาลัยนาโรปะ (Naropa University, 2015) การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและจิตตปัญญาศึกษามีจุดมุ่งหมายคือ การเปลี่ยนแปลงตนเองขั้นพื้นฐาน และการเกิดจิตสำนึกต่อส่วนรวม ซึ่งมีเครื่องมือหลายชนิด เช่น สุนทรียสนทนา การเข้าใจตนเองผ่านศิลปะ และวิธีคิดกระบวนระบบ (Nilchaikovit, & Chunsuk, 2009) เช่นเดียวกับประเวส วะสี (Wasri, 2011) ได้กล่าวว่าจิตตปัญญามีรากฐานของแนวคิดแห่งการเรียนรู้ในฐานวัฒนธรรม ใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อคิดเป็น และศึกษาดูจิตของตนเองแล้วเกิดปัญญาตื่นรู้ เกิดการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานในตนเอง (Individual Transformation) ที่เป็นรากฐานของการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานในองค์กร (Organization Transformation) จนเกิดการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานทางสังคม (SocialTransformation) เพื่อการอยู่ร่วมกันโดยสันติอย่างแท้จริง

จากการศึกษาการนำกระบวนการจิตตปัญญาไปใช้ ร่วมกับการจัดการเรียนการสอน พบว่า กระบวนการมีผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงวิธีคิดและพฤติกรรม เกิดการคิดใหม่ คิดเชื่อมโยง มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและมีความเข้าใจตนเองมากขึ้น (Chusai, 2013; Sumamal, 2013) มีการศึกษาการใช้กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาในการสอนวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว แก่นิสิตคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พบว่า นิสิตเข้าใจเนื้อหาวิธีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้อย่างดี มีความเข้าใจพื้นที่ด้านในของตนเอง (Watanakul & Thongsiri, 2013) นอกจากนี้ การนำสุนทรียสนทนามาประยุกต์ใช้ในกระบวนการเรียนรู้ยังก่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของมนุษย์ บนพื้นฐานของความเชื่อมั่นไว้วางใจต่อกัน เคารพในความเท่าเทียมและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Champeeruang, 2013) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ก่อให้เกิดการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขในสังคม ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการให้ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวผ่านกระบวนการจิตตปัญญา เพื่อให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้ภายในตนเอง สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ลดความเสี่ยง และเกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองได้อย่างแท้จริง และยั่งยืน

วัตถุประสงค์วิจัย

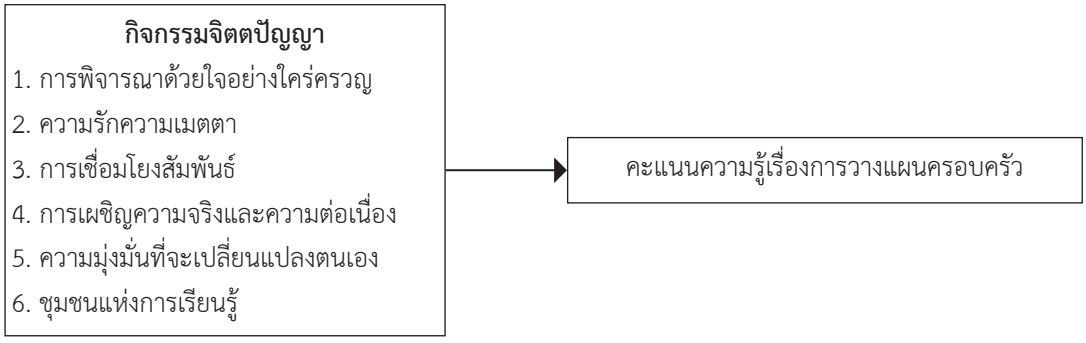
เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การวางแผนครอบครัวก่อนและหลังการใช้กระบวนการจิตตปัญญาของนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 5 จังหวัดชัยนาท

สมมติฐานวิจัย

คะแนนความรู้การวางแผนครอบครัวหลังการใช้กระบวนการจิตตปัญญาของนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 5 จังหวัดชัยนาท สูงกว่าก่อนการใช้กระบวนการจิตตปัญญา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดตามหลักจิตตปัญญา 7 ประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก คือ 1) การพิจารณาด้วยใจอย่างใคร่ครวญ 2) ความรักความเมตตา 3) การเชื่อมโยงสัมพันธ์ 4) การเผชิญความจริงและความต่อเนื่อง 5) ความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง 6) ชุมชนแห่งการเรียนรู้ (Nilchaikovit, 2008)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง (One Group Pretest-Posttest)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็น นักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 ในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 5 จังหวัดชัยนาท จำนวน 17 โรงเรียน จำนวน 803 คน จากการคำนวณอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) ที่ 0.8 (Cohen, 1988) และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 23 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เท่ากับ 30 คน ได้จากการสุ่มโดยการจับฉลากชั้นปีละ 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ กิจกรรมจิตตปัญญา 6 กิจกรรมหลัก คือ 1) การพิจารณาด้วยใจอย่างใคร่ครวญ โดยจับคู่เล่าเรื่องราวของตนเองให้เพื่อนฟัง แล้วจึงให้บอกเล่าเรื่องราวตนเองโดยผ่านกิจกรรม

การวาดรูป และการวิเคราะห์ตนเองโดยกิจกรรมรู้เขารู้เรากงล้อสี่ทิศ ช่วยให้สภาวะจิตใจเข้าสู่ความพร้อมต่อการเรียนรู้ 2) ความรักความเมตตา โดยทำกลุ่มสัมพันธ์ เล่นเกมส์และกิจกรรมที่สร้างเงื่อนไขให้มีปฏิสัมพันธ์กัน สร้างบรรยากาศให้เกิดความไว้วางใจ ทำกิจกรรมสุนทรียสนทนาโดยฝึกการเป็นผู้ฟังและผู้พูดที่ดี ช่วยให้เกิดพลังบวกช่วยเกื้อกูลต่อการเรียนรู้ 3) การเชื่อมโยงสัมพันธ์ โดยให้ดูวิดิทัศน์รักแท้มีจริง และการคลอดธรรมชาติ และสะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการดูวิดิทัศน์ โดยกระบวนการช่วยกระตุ้นและสรุปความรู้ เกิดการเชื่อมโยงประสบการณ์เข้ากับชีวิต 4) การเผชิญความจริงและความต่อเนื่อง โดยเข้าฐานแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว สอดแทรกเนื้อหาการวางแผนครอบครัวเข้าไปในแต่ละฐาน กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ในแง่มุมใหม่ และฐานสุดท้ายเป็นการสร้างสถานการณ์จำลอง แล้วให้มีการตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา พร้อมกับบอกเหตุผล ช่วยให้เข้าใจข้อจำกัดและศักยภาพของตนเองต่อการเรียนรู้และพัฒนา 5) ความมุ่งมั่นโดยการทำกิจกรรมสร้างแรงบันดาลให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ทำให้นักเรียนเกิดความพร้อม และตั้งใจที่จะเรียนรู้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง 6) ชุมชนแห่งการเรียนรู้ โดยการแบ่งกลุ่มระดมสมองและสะท้อนคิดประเด็น “คิดอย่างไรกับการตั้งครรภ์ในวัยเรียน” “เพื่อนช่วยเพื่อนอย่างไรไม่ให้ท้องในวัยเรียน” เกิดการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับชีวิต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา

2.2 แบบวัดระดับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ได้แก่ การวางแผนครอบครัวก่อนแต่งงาน การคุมกำเนิด และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบบเลือกตอบจำนวน 20 ข้อ โดยแบ่งระดับคะแนน 3 ระดับคือ สูง (มากกว่า 14 คะแนน) ปานกลาง (8-14 คะแนน) และต่ำ (น้อยกว่า 8 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขจนผ่านเกณฑ์ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) มีค่าเท่ากับ 1.00 แล้วนำไปทดสอบความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีการของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR 20) กับนักเรียนที่คล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนได้เท่ากับ .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. นำเครื่องมือและโครงร่างผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท แล้วจึงทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท ถึงโรงเรียนที่มีประชากรเป้าหมาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น โดยเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559

2. ก่อนเริ่มกิจกรรม 1 ชั่วโมงวัดความรู้นักเรียนโดยแบบวัดระดับความรู้

3. เริ่มกิจกรรมจิตตปัญญา 6 กิจกรรมหลัก โดยใช้ระยะเวลา 1วัน/ 8 ชั่วโมง

4. หลังดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้โดยกระบวนการจิตตปัญญา 7 วัน ทำการวัดความรู้นักเรียนโดยแบบวัดระดับความรู้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและบันทึกข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติค่าที (Dependent t-test) ซึ่งข้อมูลผ่านการทดสอบการแจกแจงแบบปกติด้วย W test (*P*=.20, *df*=30 ดังนั้น *p-value*>.05) โดยแบ่งระดับคะแนน 3 ระดับคือสูง (≥7 คะแนน) ปานกลาง (8-14 คะแนน) และต่ำ (≤7 คะแนน)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยการเสนอโครงร่างที่ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท เลขที่ BCNC-IRB 2-5-2559

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 24.40 เพศหญิง ร้อยละ 75.60 อายุอยู่ในช่วง 14-19 ปี กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ร้อยละ50.00 และมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ร้อยละ 50.00 และพบว่า ระดับคะแนนความรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 หลังใช้กระบวนการจิตตปัญญาอยู่ในระดับปานกลาง

2. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้การวางแผนครอบครัวก่อนและหลังการใช้กระบวนการจิตตปัญญาของนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 5 จังหวัดชัยนาท

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้กระบวนการจิตตปัญญา (n = 30)

ใช้กระบวนการจิตตปัญญา	*M*	*SD*	ระดับคะแนน	*df*	*t*	*P*(1-tailed)
ก่อนการทดลอง	10.27	2.08	ปานกลาง	29	-5.18	.00
หลังการทดลอง	12.93	2.78	ปานกลาง			

จากตาราง 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนทดลองเท่ากับ 10.27 (*SD*=2.08) ค่าเฉลี่ยความรู้หลังทดลองเท่ากับ 12.93 (*SD*=2.78) จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

อภิปรายผล

การให้ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว โดยผ่านกระบวนการจิตตปัญญาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่ 1-6 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (*M*= 12.93, *SD*= 2.78) เนื่องจากระยะเวลาการจัดกิจกรรมทั้งหมดใช้เวลา ประมาณ 8 ชั่วโมง ซึ่งเป็นเวลาที่จำกัดส่งผลให้กิจกรรมที่จัดไม่เพียงพอกับเวลาประมาณ 8 ชั่วโมง จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ในแต่ละกิจกรรมไม่เพียงพอ และจากการประเมินผลกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างโดยการสัมภาษณ์ พบว่า มีเวลาน้อยเกินไปในการทำกิจกรรม สอดคล้อง Nilchaikovit, & Chunsuk (2009) กล่าวว่า การจัดกระบวนการที่ดีต้องสร้างสมดุลระหว่างการ

มีเวลาที่ให้อยู่ตามลำพังและการใช้เวลาอยู่ร่วมกับผู้อื่น เพื่อให้เกิดการใคร่ครวญต่อประสบการณ์ที่ได้รับในแต่ละช่วงกิจกรรม สำหรับความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวในภาพรวม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าความสงบนิ่ง การพิจารณาด้วยใจอย่างใคร่ครวญ มีผลให้สภาวะจิตใจเข้าสู่ความพร้อมและเหมาะสมต่อการเรียนรู้ จากกิจกรรมให้จับคู่ผลัดกันเล่าเรื่องราวของตนเองให้อีกคนฟังแล้วสรุปเรื่องของเพื่อนที่ได้ฟัง การบอกเล่าเรื่องราวตนเองโดยผ่านกิจกรรมการวาดรูป การวิเคราะห์ตนเองโดยกิจกรรมรู้เขารู้เรากงล้อสี่ทิศ ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมในการฟังอย่างมีสติ เปิดรับฟังอย่างลึกซึ้ง และมีการใคร่ครวญอย่างมีสติ สอดคล้องกับ Weare (2014) กล่าวว่า การสงบนิ่งมีผลต่อการลดความเครียด มีสุขภาพที่ดีขึ้น และส่งเสริมให้การปฏิบัติงานสู่ความสำเร็จ กิจกรรมเล่นเกมส์ฝึกสติและทำกลุ่มสัมพันธ์ ให้เกิดความรัก เมตตา สร้างความไว้วางใจ อภัยซึ่งกันและกัน ให้เกิดการยอมรับว่างานจะประสบผลสำเร็จได้ต้องพึ่งพาคนอื่น Taylor (2007) กล่าวว่า สิ่งสำคัญของการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง คือ การเปิดกว้าง รู้สึกปลอดภัยและมีความจริงใจ จากนั้นให้ดูวิถีทัศน์รักแท้มีจริง และการคลอดธรรมชาติและให้กลุ่มตัวอย่างเสนอความคิดเห็นจากการดู เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เชื่อมโยงประสบการณ์ที่ตนเองมี พร้อมกับผู้สอนช่วยสรุปชี้แนวทางที่เหมาะสมให้ ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง และให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงเป็นรูปธรรม (Gravett, 2004) นอกจากนี้การให้เข้าฐานแลกเปลี่ยนการเรียนรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ที่ประกอบด้วยการให้ความรู้ การกำหนดสถานการณ์ให้เผชิญกับความจริง และให้ตัดสินใจแก้ไขปัญหาแทนการหลีกเลี่ยงปัญหา ซึ่งจะช่วยให้มีการเติบโตและเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น (Saavedra, 1996) การให้ทำงานกลุ่มระดมสมองหาแนวทางแก้ไขและการป้องกัน เป็นการให้มีการเรียนรู้ร่วมกันของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการใช้ชุมชนสู่การเรียนรู้ที่ดีและเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่มในทางที่เป็นประโยชน์ (Nilchaikovit & Chunsuk, 2009) การใช้กระบวนการจิตตปัญญาเพื่อการเรียนรู้ สามารถช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตนเอง เกิดความตั้งใจในการเรียนรู้ที่แท้จริง กระบวนการจิตตปัญญาเป็นวิธีการที่เชื่อมโยงเงื่อนไขชีวิตประจำวัน การเข้าใจและยอมรับตนเอง ความรักและเมตตา การยอมรับ ความสมดุลในตนเองและความรู้เข้าด้วยกันอย่างสมดุล มีการศึกษาที่ใช้จิตตปัญญาในการเรียนรู้ มีผลให้ผู้เรียนมีความพึงพอใจ มีความสุข และมีการพัฒนาด้านอามรมณ์ที่ดี (Wisetsat, 2016) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Anekwit (2009) ได้ใช้จิตตปัญญาศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อส่งเสริมการตระหนักรู้คุณค่าความเป็นมนุษย์และการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมโดยใช้สุนทรียสนทนา การน้อมสู่ใจอย่างใคร่ครวญด้วยการคิดโดยแยบคาย หรือโยนิโสมนสิการ ตรวจสอบและการปฏิบัติพยาบาลแบบองค์รวม พบว่า นักศึกษาพยาบาลตระหนักรู้คุณค่าความเป็นมนุษย์ และการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมในระดับมาก และการศึกษาของ Santree, Sanprapan, & Tonglao (2014) พบว่าการเรียนรู้แบบจิตตปัญญาทำให้ผู้เรียนมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 72 อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้กระบวนการ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา และวัฒนธรรม ความเชื่อของผู้เรียน เป็นพื้นฐานในการจัดกิจกรรมให้เกิดความเหมาะสม เพื่อให้เกิดประสิทธิผลของกระบวนการมากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำกระบวนการจิตตปัญญาไปใช้ร่วมกับการจัดการเรียนการสอนในวิชาการวางแผนครอบครัวหรือเพศศึกษา โดยผู้สอนต้องเตรียมขั้นตอน รายละเอียด ระยะเวลา และสื่อที่มีความพร้อม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้โดยการเปลี่ยนแปลงในตนเองของผู้เรียน และนำไปสู่ความสำเร็จ

2. การนำกระบวนการจิตตปัญญาไปใช้เพื่อการตระหนักรู้ และพัฒนาตนเองทั้งผู้สอนและผู้เรียน และการดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดความเข้าใจ เคารพซึ่งกันและกันและเห็นอกเห็นใจกัน ที่จะนำไปสู่เป้าหมายการเรียนรู้ที่มุ่งหวังร่วมกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำกระบวนการจิตตปัญญาไปใช้ควบคู่กับการศึกษาวิจัย เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่ใหม่ ๆ เป็นรูปธรรมในการนำไปใช้มากขึ้น และควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบของกระบวนการจิตตปัญญาที่เหมาะสมตามบริบท

2. ควรมีการศึกษาวิจัยที่เป็นการติดตามผลนักเรียนในแต่ละกิจกรรมของกระบวนการจิตตปัญญา และนำมาพัฒนารูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณแก่คณะอาจารย์โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 5 จังหวัดชัยนาททั้ง 17 โรงเรียนผู้ที่ช่วยเหลือให้งานวิจัยลุล่วงไปด้วยดี

References

Anekwit, N. (2009). *Contemplative Education Curriculum Development for Nursing Student.* Doctor of Philosophy Thesis in Curriculum and Instruction Graduate School, Khon Kean University. (in Thai).

Arsom Silp Institue of the Arts. (2008). *Contemplative Arts*. Bangkok: Prigwangraphic Co. (in Thai).

Bureau of Reproductive Health. (2013). *Report on Health Performance by Public Health Policy and Strategy Fiscal Year 2012*. Retrieved August 10, 2015 from http://www.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=1630. (in Thai).

Champeeruang, S. (2013). *Educational Management to Develop Desirable Characteristics for Nursing Students Using Aesthetic Processes.*The 5th Annual Conference on Contemplative Education: Spiritual Leadership and Human Development. Nakhon Pathom: Contemplative Education Centre, Mahidol University. (in Thai).

Chusai, S. (2013). *Effects of Using Contemplative Education Learning Process in Course of "Human Behavior and Life Skills Development".* Research in Educational Psychology and Guidance, Faculty of Education, Phetchabun Rajabhat University. (in Thai).

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2nd Edition). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Gravett, S. (2004). Action Learning and Transformative Learning in Teaching Development. *Educational Action Research,* 12(2): 259-271.

Kingmala, C., Rawiworrakul, T., & Powwattana, A. (2015). Effect of a Pregnancy Prevention Program for Female Adolescents. *Boromarajonani College of Nursing Bangkok Journal,* 31(3): 25-34. (in Thai).

Lertsakornsiri, M. (2014). Factors Associated with Unwanted Adolescent Women Pregnancy in the Perceived of the First Year Students at Saint Louis College. *Journal of The Royal Thai Army Nurses,* 15(1): 90-98. (in Thai).

Ministry of Social Development and Human Security. (2014). *Adolescent Pregnancy in Thailand 2013.* Bangkok: Information and Communication Technology Centre. (in Thai).

Naropa University. (2015). *What is the Contemplative Education?.* Retrieved August 10, 2015 from http://www.naropa.edu/the-naropa-experience/contemplative-education/index.php

Nilchaikovit, T. (2008). *Transformative Learning and Contemplative Education*. In Contemplative Education: Education for Human Development. (2nd edition.). Nakhon Pathom: Mahidol University. (in Thai).

Nilchaikovit, T. & Chunsuk, A. (2009). *The Art of Learning Process for Change.* Nakhon Pathom: S.P.N Press. (in Thai).

Saavedra, E. (1996). Teacher's Study Group: Context for Transformative Learning and Action. *Theory into Practices*, 35: 271-277.

Santree, K., Sanprapan, M. & Tonglao, P. (2014). The Effects of Psycho-Intellectual Activities in Conjunction with the Problem-Based Learning Affecting Satisfaction, Problem Solving Abilities and Self-Confidence of the Preschool Children. *Graduate Studies Journal*, 11(52): 45-53. (in Thai).

Sumamal, A. (2013). *The Development of Intelligence Through the Learning Process of Contemplative Education: A Case Study of Nam Kliang Hospital, Sisa Ket Province.* Master of Arts Thesis in Contemplative Education and Learning to Change. Graduate School, Mahidol University. (in Thai).

Tawornrat, S., Rabwongwatana, P., & Chansatidporn, N. (2013). Effects of information motivation and behavioral skills model on sexual health behaviors in male secondary school students. *Journal of Public Health Nursing,* 27(2): 14-26. (in Thai).

Taylor, E. (2007). An Update of Transformative Learning Theory: A Critical Review of the Empirical Research. *International Journal of Lifelong Education*, 26(2): 173-191.

The Senate Standing Committee on Public Health. (2011). *Study Report on Teen Pregnancy Problems.* Retrieved August 10, 2015 from http://www.senate.go.th/w3c/senate/comm.php?url=meeting&comm_id=60&m=MAPP&page=10&orby=&orrg=ASC. (in Thai).

Wasri, P. (2011). *The Education System that Solves the Misery of the Whole Earth*. (2nd edition). Nakhon Pathom: Contemplative Education Centre, Mahidol University. (in Thai).

Watanakul, W., & Thongsiri, S. (2013). *Teaching Family Medicine to Students of Faculty of Medicine, Mahasarakham University by the Process of Contemplative Education.* The 5thAnnual Conference on Contemplative Education: Spiritual Leadership and Human Development. Nakhon Pathom: Contemplative Education Centre, Mahidol University. (in Thai).

Weare, K. (2014). *Evidence for Mindfulness: Impacts on the Wellbeing and Performance of School Staff*. Southampton: Universities of Exeter.

Wisetsat, C. (2016). "Effects of Contemplative Education's Activity Development for Teacher Students in Roi Et Rajaphat University". *The 1st International Conference on Research in Education, Arts, Management, and Science*, (p.160-167). November 24th-26th, 2015. Roi Et: Roi Et Rajabhat University. (in Thai).

World Health Organization. (2014). *Adolescent Pregnancy.* Retrieved June 5, 2018 from http://www.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112320/WHO

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน : ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสารกลุ่มที่	สาขา
1	Rajabhat Journal of Sciences, Humanities and Social Sciences	1905-3193	มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม	1	วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

Back to top

Copyright 2005, Thai-Journal Citation Index (TCI) Centre. All rights reserved.
Contact: tci.thai@gmail.com

การกระจายตัวของสารปนเปื้อนอินทรีย์ในน้ำชะขยะในกรณีรั่วซึมสู่สิ่งแวดล้อม
THE CONTRIBUTION OF ORGANIC COMTAMINANTS IN CASE LEACHATE LEAKED TO ENVIRONMENT

พิมผกา โพธิลังกา[1]* วันวิสาข์ ชูจิตร[2] และอภิศักดิ์ จักรบุตร[1]
Phimphaka Phothilangka[1]*, Wanwisa Chujit[2], and Apisak Jukkraboot[1]

[1]Faculty of Science, Lampang Rajabhat University
[2]Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang
*corresponding author email: pphothilangka@gmail.com

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการกระจายตัวของสารประกอบอินทรีย์ไฮโดรคาร์บอนสู่สิ่งแวดล้อม ในกรณีน้ำชะขยะและน้ำทิ้งจากระบบบำบัดน้ำเสียจากสถานฝังกลบเทศบาลนครลำปาง เกิดการรั่วไหลสู่สิ่งแวดล้อม น้ำชะขยะและน้ำทิ้งจากสถานฝังกลบเทศบาลนครลำปางถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อศึกษาคุณลักษณะองค์ประกอบ และสารปนเปื้อน การศึกษาครั้งนี้ใช้เทคนิค gas chromatography และ mass spectrometry ในการจำแนกชนิดของสารประกอบอินทรีย์ไฮโดรคาร์บอนที่ปนเปื้อนในน้ำชะขยะและน้ำทิ้งจากระบบบำบัดน้ำเสีย และใช้แบบจำลองคณิตศาสตร์ Fugacity-Base Environmental Equilibrium Partitioning Model Level I ในการประเมินผลกระทบในกรณีเกิดการรั่วไหลของน้ำชะขยะหรือน้ำเสียลงสู่สิ่งแวดล้อม ผลการศึกษาพบว่าน้ำชะขยะและน้ำทิ้งมีสารประกอบอินทรีย์ไฮโดรคาร์บอนเป็นองค์ประกอบประมาณ 36 ชนิดสารส่วนใหญ่ได้แก่ 2-hydroxy-1-(hydroxymethyl) ethyl ester, 9-Octadecenoic acid, Cyclopropaneoctanal, 9,17-Octadecadienal, Phenol, Benzene, Oxime, และ Phenanthrene ซึ่งโดยมากเป็นสารที่อันตรายไม่มาก อย่างไรก็ตามมีการพบสารอินทรีย์ระเหยง่าย เช่น benzene และ phenol ชี้ให้เห็นว่ามีโอกาสที่จะมีการปนเปื้อนของสารอันตรายเกิดขึ้นหากมีการรั่วไหลของน้ำชะขยะหรือน้ำทิ้ง ในกรณีนี้ phenol และ benzene มีโอกาสกระจายตัวลงสู่ 8 หมู่บ้านในรัศมี 5 กิโลเมตรรอบสถานฝังกลบขยะเทศบาลนครลำปาง โดย phenol ร้อยละ 94 มีแนวโน้มที่จะกระจายตัวอยู่ในแหล่งน้ำ ซึ่งอาจมีความเข้มข้นประมาณ 5.714 มิลลิกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ขณะที่ในสิ่งแวดล้อมส่วนอื่น ๆ อาจพบน้อยมาก กรณีนี้ยังพบ benzene ด้วย ซึ่งส่วนใหญ่จะปนเปื้อนอยู่ในชั้นบรรยากาศประมาณร้อยละ 99 โดยน้ำหนัก คิดเป็นความเข้มข้น 53.5 นาโนกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ส่วนที่เหลืออาจกระจายตัวในน้ำ ผลการทดลองชี้ให้เห็นว่าการรั่วไหลของน้ำชะขยะและน้ำเสียจากสถานฝังกลบขยะจะมีผลกระทบน้อยมากต่อชั้นน้ำใต้ดิน และส่วนอื่น ๆ ในสิ่งแวดล้อม

คำสำคัญ: น้ำชะขยะ สารอินทรีย์ไฮโดรคาร์บอน สถานฝังกลบขยะ

Abstract

The purpose of this study was to assess the distribution of organic hydrocarbon substances in case of leachate and effluent from Nakorn Lampang municipality landfill

site leak to environment. Leachate and effluent were collected and analyzed their characterizations, compositions and contaminants. Gas chromatography and mass spectrometry technique were used to identify organic hydrocarbon contaminants in leachate and effluent. Then the mathematical model Fugacity-Base Environmental Equilibrium Partitioning Model Level I was applied to the impact of leachate percolation to environment. The results found 36 organic hydrocarbon compounds existed in landfill leachate and effluent. Both of them consisted of 2-hydroxy-1-(hydroxymethyl) ethyl ester, 9-Octadecenoic acid, Cyclopropaneoctanal, 9,17-Octadecadienal, Phenol, Benzene, Oxime, and Phenanthrene as majority substances. Almost these substances were less toxicant and harmfulness. However, high compositions of volatile organic compounds such as benzene and phenol were also detected, indicating hazardous substances contamination in environment can be occur. In case leachate percolation at landfill site, phenol and benzene can be distributed to 8 villages within 5 kilometers around Nakorn Lampang municipality landfill site. The 94% of phenol may distribute to aquatic phase. The concentration of it in aquatic phase may be 5.714 mg/m^3 whereas other phases found very rare. Benzene also found in this case and almost of it may be contaminated in atmosphere around 99% by weight with the concentration of 53.5 ng/m^3.The leftover may distribute in aquatic phase. The results indicated that the leaking leachate and effluent from the landfill site have a minimal impact on the groundwater resource and others phase of environment.

Keywords: leachate, organic hydrocarbon substance, landfill site

บทนำ

สารประกอบอินทรีย์ไฮโดรคาร์บอน เป็นสารที่พบมากในชีวิตประจำวัน ซึ่งมีการใช้อย่างแพร่หลาย ตั้งแต่ในระดับครัวเรือน เช่น การใช้น้ำยาซักแห้ง จนถึงในระดับอุตสาหกรรม เช่น อุตสาหกรรมปิโตรเคมี อุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ หรือแม้แต่ภาคเกษตรกรรมอันเกิดจากการใช้สารป้องกันและกำจัดศัตรูพืช เป็นต้น เหตุนี้เองสารประกอบอินทรีย์ที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้จึงกลายเป็นของเสียอันตรายได้มาก เช่น สารอินทรีย์ในกลุ่มสารอินทรีย์ระเหย (volatile organic compounds : VOCs) เป็นต้น เมื่อถูกนำเข้าสู่กระบวนการฝังกลบก็จะไปเหนี่ยวนำให้น้ำชะขยะมีความเป็นพิษมากขึ้น ซึ่งหากเกิดการรั่วไหลสู่สิ่งแวดล้อมแล้วจะทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียงและสิ่งมีชีวิตบริเวณนั้น ทั้งผลกระทบแบบเฉียบพลัน (acute effect) หรือ ผลกระทบแบบเรื้อรัง (chronic effect) การรับสารประกอบอินทรีย์เข้าสู่ร่างกายนั้นสามารถเกิดขึ้นโดยการได้รับสัมผัสทางการหายใจ ทางผิวหนัง และทางปาก สารละลายที่ก่อให้เกิดพิษที่สำคัญ ได้แก่ benzene, toluene, styrene, trichloroethylene เป็นต้น

ในกรณีของสถานฝังกลบมูลฝอยเทศบาลนครลำปาง แม้ว่าเทศบาลนครลำปางจะมีระบบบำบัดน้ำชะขยะ ซึ่งมีการปูแผ่น HDPE (High Density Polyethylene) ที่มีความหนา 1.5 มิลลิเมตรไว้รองรับน้ำเสียที่ก้นบ่อตามมาตรฐานกำหนด แต่ก็มีการตั้งข้อสงสัยว่าหากมีการรั่วไหลของน้ำชะขยะ ซึ่งอาจมี

สาเหตุจากแผ่น HDPE ฉีกขาด หมดอายุ หรือการชำรุดของบ่ออันเนื่องมาจากอุบัติเหตุหรือการเกิดภัยธรรมชาติ สารประกอบอินทรีย์เหล่านี้จะกระจายตัวสู่สิ่งแวดล้อมในทางใดได้บ้าง สร้างผลกระทบด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมแก่พื้นที่ใกล้เคียง การประเมินสถานการณ์การรั่วไหลของสารอินทรีย์ไฮโดรคาร์บอนในกรณีที่น้ำชะขยะเกิดการรั่วไหลลงสู่สิ่งแวดล้อมจึงมีความสำคัญ และจำเป็น ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานอกจากจะทำให้ชุมชนรอบบ่อฝังกลบขยะเกิดการตระหนักรู้แล้วยังเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการกำหนดนโยบาย และวางแผนระยะสั้นและระยะยาว ตลอดจนการสร้างมาตรการต่าง ๆ เพื่อรองรับต่อเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต

วิธีดำเนินการวิจัย

แหล่งกำเนิดและลักษณะของน้ำที่ใช้ในการวิจัย

ตัวอย่างน้ำที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มี 2 ประเภท คือ น้ำชะขยะและน้ำทิ้งซึ่งเป็นน้ำที่ออกจากระบบบำบัดน้ำเสียแบบบ่อผึ่ง (stabilization pond) โดยน้ำชะขยะที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นน้ำชะขยะที่เก็บจากบ่อพักน้ำชะขยะจากสถานฝังกลบขยะเทศบาลนครลำปาง ตั้งอยู่ ณ บ้านกล้วยแพะ หมู่ที่ 2 ต.กล้วยแพะ อ.เมือง จ.ลำปาง บริเวณดังกล่าวล้อมรอบไปด้วยชุมชน 8 ชุมชน มีประชากรอาศัยอยู่ประมาณ 11,771 คน การเก็บตัวอย่างน้ำใช้วิธีการเก็บแบบจ้วง (grab sampling) ตรวจวัด pH และอุณหภูมิ ณ จุดเก็บตัวอย่าง และเก็บรักษาตัวอย่างที่อุณหภูมิต่ำกว่า 4 องศาเซลเซียส เพื่อนำไปวิเคราะห์คุณภาพน้ำในห้องปฏิบัติการ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ลงพื้นที่เพื่อสร้างความเข้าใจ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับสถานฝังกลบขยะ และความเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบด้านสุขภาพอนามัยและผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และกำหนดขอบเขตร่วมกับชุมชนเพื่อเลือกพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนของน้ำชะขยะจากสถานฝังกลบขยะมูลฝอยเทศบาลนครลำปาง

2. ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสารประกอบอินทรีย์ไฮโดรคาร์บอนที่มีโอกาสพบในหลุมฝังกลบขยะและอาจปนเปื้อนสู่สิ่งแวดล้อม โดยศึกษาคุณสมบัติทางกายภาพและทางเคมี ความเป็นพิษหรือเป็นอันตราย ตลอดจนแนวทางหรือวิธีการวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการ

3. วิเคราะห์คุณภาพของน้ำทิ้งจากบ่อบำบัดน้ำเสีย และน้ำชะขยะจากบ่อรวบรวมน้ำชะขยะทุกๆ 2 เดือน เป็นเวลาทั้งสิ้น 1 ปี ได้แก่ ความสกปรกของน้ำในรูปของ บีโอดี ซีโอดี ของแข็งทั้งหมด ค่าพีเอช อุณหภูมิ ปริมาณโลหะหนัก ได้แก่ นิเกิล โครเมียม แคดเมียม ตะกั่ว และทองแดง โดยวิเคราะห์ตามวิธีการมาตรฐานของ AWWA (American Public Health Association, 1995) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 (Table 1)

4. นำน้ำชะขยะมาวิเคราะห์หาชนิดของสารอินทรีย์ที่พบในน้ำชะขยะซึ่งจะวิเคราะห์ด้วยเทคนิค GC-MS (Gas chromatography - Mass spectrometry) รวบรวมข้อมูลของสารประกอบอินทรีย์ที่ตรวจพบทุกชนิดและรายงานความเป็นพิษ

5. ศึกษาสารประกอบอินทรีย์ 4 ชนิดแรก ที่พบมากที่สุดหรือส่งผลกระทบต่อชุมชนหรือสิ่งแวดล้อมมากที่สุด พร้อมทั้งศึกษาคุณสมบัติทางกายภาพและเคมี เช่น โครงสร้างทางเคมี น้ำหนักโมเลกุล การละลายน้ำ ความดันไอ เป็นต้น เพื่อเตรียมเป็นข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์การกระจายตัวของสารด้วยแบบจำลองทางคณิตศาสตร์

Table 1 Monitored parameters and analytical methods

Parameters	Method
pH	pH Meter
Temperature	Thermometer
Chemical Oxygen Demand; COD	Closed Reflux and Titrimetric Method (5220C)
Biochemical Oxygen Demand; BOD	Azide Modification Method (5120B)
Total Solids;TS	Gravimetric method
Total Suspended Solids; TSS	Gravimetric method
Total dissolved solid; TDS	Gravimetric method
Total Nitrogen; TKN	Kjeldahl method
Ammonia nitrogen ; NH_3-N	Colorimetric Method (Nesslerization)
Cadmium	Air-C_2H_2 FAAS
Chromium	Air-C_2H_2 FAAS
Nickel	Air-C_2H_2 FAAS
Lead	Air-C_2H_2 FAAS
Copper	Air-C_2H_2 FAAS

6. วิเคราะห์การกระจายตัวของสารประกอบอินทรีย์ในสิ่งแวดล้อมในกรณีเกิดการรั่วไหลหรือการรั่วซึมของน้ำชะขยะลงสู่สิ่งแวดล้อมโดยใช้ Fugacity Model Level I (Mackay, 2000; Mackay & Paterson, 1991) การประเมินผลกระทบจะทำการประเมินผลครอบคลุมพื้นที่ในรัศมีประมาณ 5 กิโลเมตร โดยรอบหลุมฝังกลบขยะ เทศบาลนครลำปาง ซึ่งมีผลครอบคลุมพื้นที่ 8 หมู่บ้านในเขต ตำบลกล้วยแพะ อ.เมือง จ.ลำปาง (หมู่บ้านกล้วยหลวง หมู่บ้านกล้วยแพะ หมู่บ้านกล้วยม่วง หมู่บ้านกล้วยกลาง หมู่บ้านหัวฝาย และหมู่บ้านประสบสุข) ภายใต้การปกครองดูแลของเทศบาลเมืองเขลางค์นคร และหมู่บ้านแม่ปุง หมู่บ้านฮ่องห้า ต.น้ำโจ้ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง ภายใต้การปกครองดูแลของเทศบาลตำบลน้ำโจ้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์การกระจายตัวของสารประกอบอินทรีย์ใช้วิธีคำนวณผ่านสมการ $C_{i,j} = Z_{i,j} f_{i,j}$ (Bates, 2016; Booty & Wong, 1996) โดยใช้แบบจำลองคณิตศาสตร์ Fugacity Model Level I สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

สมบัติของน้ำชะขยะและน้ำทิ้ง

น้ำชะขยะที่เกิดขึ้นจากการฝังกลบแบบถูกหลักสุขาภิบาลของเทศบาลนครลำปาง และน้ำทิ้งมีสมบัติดังแสดงในตารางที่ 2 (Table 2)

Table 2 Effluent and leachate characteristics

Parameters	Leachate	Effluent
pH	6.0 ±0.2	6.9±0.3
BOD (mg/l)	4,631±123	61.91±3.63
COD (mg/l)	10,213±4038	550.±196.63
TKN (mg/l)	422	NA
NH_4-N (mg/l)	240	NA
TSS (g/l)	0.27±0.14	0.07±0.06
TDS (g/l)	7.12±2.27	2.35±0.50
TS (g/l)	7.38±2.40	2.42±0.56
Cd (mg/l)	ND	ND
Cr(mg/l)	<0.025	ND
Ni (mg/l)	0.242±0.001	0.188±0.002
Pb (mg/l)	0.102±0.016	<0.028
Cu (mg/l)	<0.040	ND

Remark ND = not detected, NA =not available

ผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำชี้ให้เห็นว่า น้ำชะขยะมีค่าความสกปรกสูง โดยมีค่าความสกปรกในรูปซีโอดี และความสกปรกในรูปบีโอดีเฉลี่ยเท่ากับ 10,213 และ 4,631 มิลลิกรัมต่อลิตร ตามลำดับ ค่าพีเอช เฉลี่ยประมาณ 6 ชี้ให้เห็นว่าน้ำชะขยะมีคุณสมบัติเป็นกรด ปริมาณของแข็งทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.38 กรัมต่อลิตร ซึ่งส่วนใหญ่เป็นของแข็งละลายน้ำ ลักษณะดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า กระบวนการย่อยสลายของขยะมูลฝอยในหลุมฝังกลบขยะดำเนินมาได้เป็นเวลานานพอที่จะเกิดการย่อยสลายแบบไร้ออกซิเจน (Tchobanoglous, 1993) ส่งผลให้น้ำชะขยะมีค่าความสกปรกในรูปซีโอดีและบีโอดีสูง กรดอินทรีย์ที่เกิดจากกระบวนการย่อยสลายนี้ อาจทำปฏิกิริยากับโลหะที่ปะปนมากับขยะ ทำให้เกิดไอออนของโลหะละลายออกมา สำหรับการศึกษาครั้งนี้ปริมาณโลหะหนักที่ตรวจพบแสดงในตารางที่ 2 (Table 2) (%RSD = 7.26) ซึ่งมีความเข้มข้นอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานตามประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่องการกำจัดสิ่งปฏิกูลหรือวัสดุที่ไม่ใช้แล้ว พ.ศ. 2548 สอดคล้องกับปริมาณโลหะหนักที่ตรวจพบในน้ำชะขยะจากแหล่งอื่น (Alslaibi et al., 2011; Kulikowska, 2012; Naveen et al., 2017) ซึ่งมาจากหลุมฝังกลบขยะที่มีอายุการฝังใกล้เคียงกัน ทั้งนี้หลุมฝังกลบขยะที่มีอายุการฝังกลบมากกว่า 10 ปี จะพบโลหะหนักปนเปื้อนในน้ำชะขยะน้อยกว่าหลุมฝังกลบขยะใหม่ที่มีอายุการฝังกลบน้อยกว่า 2 ปี (Tchobanoglous, 1993) อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์คุณภาพน้ำชะขยะทำให้ทราบว่าปริมาณโลหะที่ปนเปื้อนมากับน้ำชะขยะนั้นอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน การวิเคราะห์น้ำทิ้งที่ออกมาจากระบบบำบัดน้ำเสียชี้ให้เห็นว่าระบบบำบัดน้ำเสียมีประสิทธิภาพสูง สามารถลดค่าความสกปรกในรูปซีโอดีและบีโอดีได้มากถึงร้อยละ 94.6 และ 98.6 ตามลำดับ

องค์ประกอบของสารอินทรีย์ในน้ำชะขยะ

การศึกษาองค์ประกอบของสารอินทรีย์ไฮโดรคาร์บอนในน้ำชะขยะโดยการสกัดด้วยไดคลอโรมีเทนเป็นตัวสกัด พบว่าน้ำชะขยะที่ออกจากบ่อฝังกลบขยะ มีสารประกอบอินทรีย์ไฮโดรคาร์บอนเป็นองค์ประกอบประมาณ 20 ชนิด ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3 (Table 3)

Table 3 Organic hydrocarbon substances existed in landfill leachate

Leachate components	Detected proportion (%)
2-hydroxy-1-(hydroxymethyl) ethyl ester)	99
9-Octadecenoic acid	97
Oleic acid	96
Cyclopropaneoctanal	96
9,17-Octadecadienal	86
Phenol	81
Glycidol stearate	78
Benzene	74
6-Octadecenoic acid	70
Imidazole	68
N-[2-p-Tolylsulfony]ethyl] phthalimide	59
Methoxyacetic acid	59
1,3-Bis (trimethylsilyl) benzene	56
2-Oxazolidinethione	47
Chloroacetic acid	43
Cyclononanone	42
2-Ethylacridine	37
Indolizine	30
4-Nitro-4'-chlorodiphenylsulfoxide	25
Formic acid	14
3-Bromo-3-buten-1-ol	9

การวิเคราะห์องค์ประกอบของน้ำชะขยะด้วยเทคนิค GC-MS (Gas chromatography–mass spectrometry; GC-MS) โดยทำการวิเคราะห์โดยใช้คอลัมน์ HP5-MS ขนาด 0.25 มม.x 30 มม. x 0.25 ไมโครเมตร ภายใต้ความดัน 12.95 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว ทำให้ทราบว่า น้ำชะขยะ มีสารจำพวกอินทรีย์ไฮโดรคาร์บอนเป็นองค์ประกอบเกินร้อยละ 80 อยู่ 5 ชนิด ได้แก่ 2-hydroxy-1- (hydroxymethyl) ethyl ester, 9-Octadecenoic acid, Cyclopropaneoctanal, 9,17-Octadecadienal และ Phenol ทั้งนี้ไม่รวมถึงสารตัวกลาง (intermediate) ในกลุ่มกรดไขมันระเหยง่าย (volatile fatty acid) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายงานวิจัย (Kylefors, 2003; Wiszniowski et al., 2007; Aziz & Mojiri, 2015; Gupta & Paulraj, 2017) ที่พบสารอินทรีย์ที่มีหมู่ของ carboxyl และ aromatic hydroxyl จำนวนมากอยู่ในโครงสร้างโมเลกุลของน้ำชะขยะจากบางแหล่ง นอกจากนี้ยังมีการพบสารอินทรีย์ที่ย่อยสลายยาก หรือเป็นพิษต่อจุลินทรีย์ เช่น สารประกอบ chlorinated organics, AOX (Adsorbable organic halides) และ PAH (Polycyclic aromatichydrocarbons) อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้ไม่พบสารประกอบดังกล่าว

การวิเคราะห์การกระจายตัวของสาร

การประเมินการกระจายตัวของสารอินทรีย์ไฮโดรคาร์บอนกรณีเกิดการรั่วไหลของน้ำชะขยะจากสถานฝังกลบขยะเทศบาลนครลำปาง ลงสู่สิ่งแวดล้อมด้วยแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ Fugacity-Base Environmental Equilibrium Partitioning Model Level I ประมวลผลภายใต้เกณฑ์มาตรฐาน

(EQuilibrium Criterion; EQC) (Mackay et al., 1996) ซึ่งสารเคมีที่พบว่าเป็นองค์ประกอบในน้ำชะขยะและมีคุณภาพเกินร้อยละ 80 มีคุณสมบัติทางกายภาพและเคมีดังแสดงในตารางที่ 4 (Table 4)

Table 4 Physical and chemical properties of organic hydrocarbon substances existed in landfill leachate

Organic compounds	Quality	Molar mass	Water solubility	Vapour pressure		Melting point	Log Kow
	(%)	(g/mol)	(g/m^3)	(mmHg)	(Pa)	(°C)	
2-hydroxy-1-(hydroxymethyl)ethyl ester)	99	316.476	0.3984	1.26E-09	1.68E-07	149.21	5.14
9-Octadecenoic acid	97	282.4614	0.009653	1.54E-06	0.000205	132.66	7.73
Cyclopropaneoctanal	96	280.4885	0.002725	3.07E-05	0.004093	88.81	7.92
9,17-Octadecadienal	86	264.4461	0.01058	8.48E-05	0.011306	62.66	7.34
Phenol	81	94.1112	2.62E+04	3.50E-01	46.66283	-2.27	1.51

ผลการทดลอง พบว่าน้ำชะขยะและน้ำทิ้งจากบ่อบำบัดน้ำเสียมีสารประกอบอินทรีย์ไฮโดรคาร์บอนจำนวน 36 ชนิด ไม่รวมถึงกรดอินทรีย์ระเหยง่ายซึ่งเป็นสารตัวกลางในการเกิดปฏิกิริยาย่อยสลายในสภาวะไร้อากาศ โดยสารที่ปนเปื้อนในน้ำทิ้งและน้ำชะขยะส่วนใหญ่ ได้แก่ 2-hydroxy-1-(hydroxymethyl) ethyl ester, 9-Octadecenoic acid, Cyclopropaneoctanal, 9,17-Octadecadienal, Phenol, Benzene, Oxime และ Phenanthrene เป็นต้น สารที่พบโดยส่วนใหญ่นี้ โดยมากเป็นอันตรายไม่มาก เช่น ก่อให้เกิดการระคายเคืองเมื่อมีการสัมผัสถูกผิวหนัง ตา หรือการสูดดมผ่านระบบทางเดินหายใจ งานวิจัยนี้จึงนำเสนอผลการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการกระจายตัวของ 2-hydroxy-1-(hydroxymethyl) ethyl ester ซึ่งเป็นสารที่พบมากที่สุดในน้ำชะขยะและน้ำทิ้ง และสารอินทรีย์ไฮโดรคาร์บอนอีก 2 ชนิด ได้แก่ phenol และ benzene ซึ่งเป็นสารอินทรีย์ระเหยง่ายที่พบมาก และถูกระบุว่าเป็นสารอันตราย (UN No. 1671, 2312, 2821 สำหรับphenol และ UN No.1114 สำหรับ benzene) การพบ benzene และ Phenol นี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาน้ำชะขยะในหลายพื้นที่ที่มีการพบสารทั้งสองชนิดนี้ในน้ำชะขยะ และได้ให้ความสำคัญในความเป็นอันตรายของสาร ตลอดจนเสนอแนวทางในการลดความเป็นพิษของสารที่พบด้วย (Mojiri & Ziyang, 2015; Bakraouy et al., 2015; Jayawardhana et al., 2015)

การกระจายตัวของ 2-hydroxy-1-(hydroxymethyl) ethyl ester

2-hydroxy-1-(hydroxymethyl) ethyl ester เป็นสารที่พบมากที่สุดในน้ำชะขยะและน้ำทิ้งจากสถานฝังกลบขยะเทศบาลนครลำปาง สารชนิดนี้นอกจากจะพบในห้องปฏิบัติการเคมี และอุตสาหกรรมทางเคมีเภสัชแล้ว ยังพบได้ในพืชบางชนิดด้วย (Balaji & Kilimozhi, 2013; Romeh, 2013) ความเป็นพิษของสารชนิดนี้ คณะกรรมการจัดกลุ่มสารเคมีเพื่อแสดงข้อมูลความปลอดภัย (Safety Data Sheet; SDS) ตามมาตรฐาน GHS (Globally Harmonised System for Classification and labeling of Chemicals) ให้ข้อมูลไว้ว่า สารนี้เป็นสารที่ติดไฟได้ง่ายไม่ว่าจะอยู่ในรูปละอองไอ หรือของเหลว ไม่ควรสัมผัสถูกผิวหนังหรือกลืนกิน การสัมผัสกับตาจะทำให้เกิดการระคายเคืองได้ เนื่องจาก 2-hydroxy-1-(hydroxymethyl) ethyl ester สามารถทำอันตรายเยื่อเมือกของเซลล์ผิวหนังและระบบหายใจส่วนบนได้ จึงทำให้เกิดอันตรายได้หากสูดดมเข้าไป หากผิวหนังสัมผัสสารโดยตรงจะต้องรีบล้างทำความสะอาดด้วยสบู่และน้ำสะอาดหลายๆ ครั้ง กรณีกลืนกินสารเข้าไป หรือสัมผัสถูกตาต้องล้างตาด้วยน้ำสะอาดหลาย ๆ ครั้ง แล้วไปพบแพทย์ทันที

หากอยู่ในบริเวณที่มีการใช้สารเคมี ควรหลีกเลี่ยงการหายใจที่มีฝุ่นละอองไอก๊าซ ไอน้ำ หรือสเปรย์ ที่ปนอยู่ในอากาศ และเพื่อลดอาการจากการที่สารเข้าสู่ร่างกายโดยกายหายใจ จะต้องรีบเคลื่อนย้ายผู้ที่ได้รับสารออกสู่บริเวณที่มีอากาศถ่ายเทสะดวกและมั่นใจว่าบริเวณดังกล่าวจะมีอากาศที่ไม่เป็นพิษ

จากการศึกษาพบว่า 2-hydroxy-1-(hydroxymethyl) ethyl ester ถูกพบในน้ำชะขยะจากหลุมฝังกลบขยะบางแห่ง โดยปริมาณสูงสุดที่เคยตรวจวัดได้ในหลุมฝังกลบขยะชุมชนที่มีอายุเท่ากัน คือ 1,500 ลูกบาศก์เมตรต่อวัน (Aziz, 2012) ผลวิเคราะห์การกระจายตัวของสารดังกล่าวสู่สิ่งแวดล้อมในรัศมี 5 กิโลเมตรรอบสถานฝังกลบขยะมูลฝอยเทศบาลนครลำปางในกรณีที่เกิดการรั่วไหลของน้ำชะขยะและน้ำทิ้งโดยใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ Fugacity-Base Environmental Equilibrium Partitioning Model Level I พบว่า หากเกิดการรั่วไหลของน้ำชะขยะจากหลุมฝังกลบขยะของเทศบาลนครลำปาง จะพบว่า 2-hydroxy-1-(hydroxymethyl) ethyl ester ที่ปนเปื้อนอยู่ในน้ำชะขยะมีโอกาสกระจายตัวลงสู่สิ่งแวดล้อมในทุกส่วน ได้แก่ อากาศ ละอองไอ น้ำ ของแข็งแขวนลอยในน้ำ สัตว์น้ำ (ปลา) ดิน และตะกอนดิน ดังภาพที่ 1 (Figure 1)

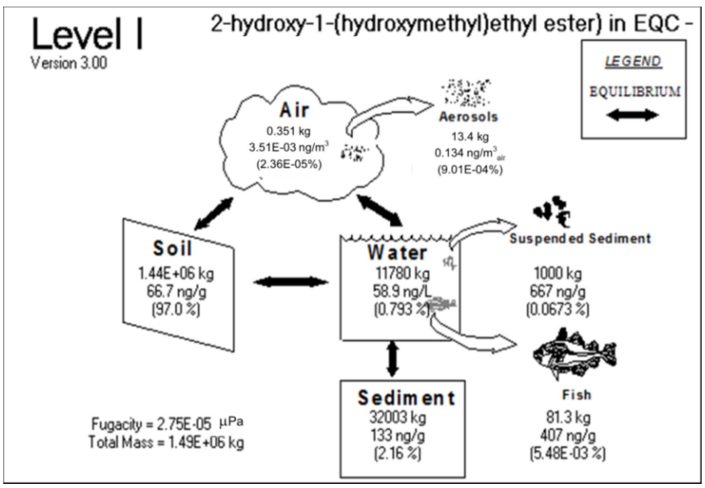


Figure 1 The accumulation of 2-hydroxy-1-(hydroxymethyl) ethyl ester in environment in case of leachate percolation

โดยจะมีการสะสมตัวอยู่ในส่วนของดินมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 97 โดยน้ำหนักของปริมาณสารทั้งหมด รองลงมาคือตะกอนดิน และในน้ำ โดยอาจสะสมตัวในตะกอนดินประมาณร้อยละ 2 ขณะที่อาจมีการสะสมตัวในน้ำน้อยกว่าร้อยละ 1 สำหรับในส่วนอื่นๆ ได้แก่ ตะกอนหรือของแข็งแขวนลอยในน้ำ สัตว์น้ำ ละอองไอ และอากาศ พบการสะสมตัวของ 2-hydroxy-1-(hydroxymethyl) ethyl esterน้อยกว่าร้อยละ 0.1 ปริมาณและความเข้มข้นของ 2-hydroxy-1-(hydroxymethyl) ethyl ester ที่มีโอกาสสะสมตัวในสิ่งแวดล้อมในรัศมี 5 กิโลเมตรรอบสถานฝังกลบขยะเทศบาลนครลำปางในกรณีที่มีการรั่วไหลของน้ำชะขยะและน้ำทิ้งแสดงในตารางที่ 5 (Table 5)

Table 5 Concentration and mass of 2-hydroxy-1-(hydroxymethyl) ethyl ester in environment in case of leachate percolation

Environment	Concentration			Mass		
	mol/m^3	g/m^3	µg/g of solids	mol	kg	%
Air	1.11E-14	3.51E-12	2.96E-09	1.10938	0.351092	0.00
Aerosol	2.11E-02	6.692024	3.346012	42.29087	13.38405	0.00
Water	1.86E-07	5.89E-05	5.89E-05	37223.82	11780.45	0.79
Suspended solid	3.16E-03	1.000085	0.666723	3160.064	1000.085	0.07
Aquatic animals	1.28E-03	0.406538	0.406538	256.9158	81.30768	0.01
Soil	5.06E-04	0.160014	0.066672	4550492	1440122	96.98
Sediment	1.01E-03	0.320027	0.133345	101122	32002.7	2.16

การกระจายตัวของ phenol

อย่างไรก็ตามทั้งในน้ำชะขยะและในน้ำทิ้งซึ่งเป็นน้ำที่ผ่านการบำบัดแล้วด้วยระบบบำบัดน้ำเสียแบบบ่อผึ่ง (stabilization pond) มีการพบสารอินทรีย์ระเหยง่าย ได้แก่ benzene และ phenol ซึ่งสารทั้งสองชนิดนี้ มีความเป็นอันตรายโดย phenol นั้นสามารถแพร่เข้าสู่ร่างกาย โดยซึมผ่านทางผิวหนังได้ง่าย ทำให้เกิดอาการปวดหัว หน้ามืด ไอของ phenol ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจและตา phenol ในสถานะของแข็งจะทำให้ผิวหนังถูกเผาไหม้หากมีการสัมผัส นอกจากนี้ยังจัดเป็นสารก่อมะเร็ง (Babich & Davis, 1981)

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า หากเกิดการรั่วไหลของน้ำชะขยะและน้ำทิ้ง จะมีโอกาสพบ phenol กระจายตัวอยู่ในน้ำมากกว่าส่วนอื่นๆในสิ่งแวดล้อมคิดเป็นร้อยละ 94.1 โดยน้ำหนัก ซึ่งหากกระจายตัวทั่วพื้นที่ 8 หมู่บ้านในรัศมี 5 กิโลเมตร รอบสถานฝังกลบขยะแล้วจะมีโอกาสพบความเข้มข้นของ phenol ในแหล่งน้ำ 5.714 ไมโครกรัมต่อลิตร ขณะที่ในดินและอากาศ ก็มีโอกาสพบ phenol ด้วยเช่นกัน แต่พบในระดับความเข้มข้นที่ไม่มากนัก โดยพบในอากาศ 0.386 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร และอาจพบในดิน 1.52 นาโนกรัมต่อกรัมของแข็งทั้งหมด ดังภาพที่ 2 (Figure 2)

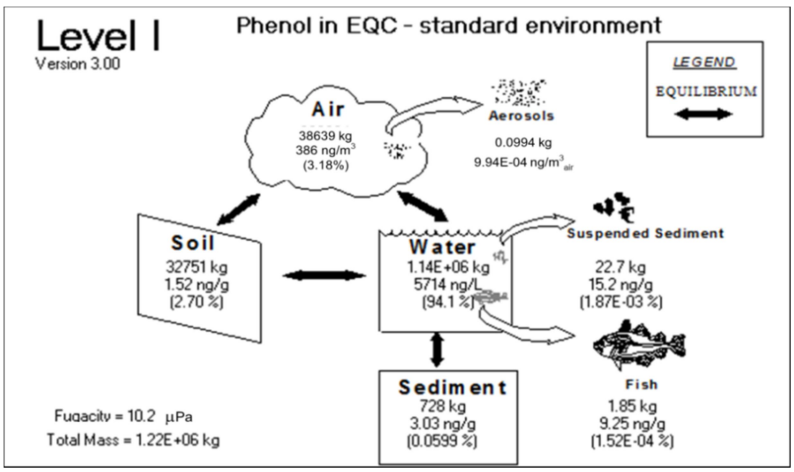


Figure 2 The accumulation of Phenol in environment in case of leachate percolation

การกระจายตัวของbenzene

Benzene เป็นสารอันตรายที่หายได้รับเข้าสู่ร่างกายแล้วจะทำให้เกิดอาการเซื่องซึม วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงนอน ปวดศีรษะ หัวใจเต้นเร็ว ชัก และถ้าได้รับในปริมาณสูงมากและเป็นเวลานาน อาจทำให้เสียชีวิตได้หาก benzene เข้าสู่ร่างกายเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีผลต่อระบบเลือด เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคโลหิตจาง (anemia) โดยที่ benzene จะเข้าไปทำลายไขกระดูก ทำให้มีจำนวนเม็ดเลือดลดลง เกล็ดเลือดต่ำ และทำลายระบบภูมิคุ้มกันภายในร่างกายได้ นอกจากนี้ benzene ยังมีพิษต่อระบบประสาท โดยมีความผิดปกติของเส้นประสาทสมอง มีพิษต่อตับ ทำให้ตับอักเสบ และยังเป็นสารก่อมะเร็ง ก่อให้เกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (leukemia) การประเมินการรั่วไหล benzene ลงสู่สิ่งแวดล้อมในกรณีที่มีการรั่วไหลของน้ำจากบ่อบำบัดน้ำเสียเทศบาลนครลำปาง โดยใช้แบบจำลองคณิตศาสตร์ Fugacity-Base Environmental Equilibrium Partitioning Model Level I พบผลการประเมินโอกาสการสะสมตัวในสิ่งแวดล้อมที่มีความแตกต่างจากสารประกอบอินทรีย์ไฮโดรคาร์บอนชนิดอื่น กล่าวคือ benzene จะมีการกระจายตัวไปในส่วนของอากาศมากที่สุด ซึ่งสูงถึงร้อยละ 99 โดยน้ำหนักของเบนซินที่อยู่ในน้ำเสียและน้ำทิ้งทั้งหมด (5.347 ตัน) และมีส่วนหนึ่งมีโอกาสกระจายตัวอยู่ในน้ำเพียงร้อยละ 0.88 โดยน้ำหนัก (47.56 กิโลกรัม) ส่วนที่เหลือจะมีโอกาสกระจายตัวไปได้ใน ดิน ตะกอนดิน ของแข็งแขวนลอยในน้ำปลา และละอองไอ โดยจะสะสมตัวในในปริมาณที่น้อยกว่าร้อยละ 0.01 โดยน้ำหนัก

อย่างไรก็ตามหากพิจารณาถึงระดับความเข้มข้นของ benzene ที่กระจายตัวอยู่ในสิ่งแวดล้อม จะพบว่าความเข้มข้นที่สะสมอยู่ในส่วนต่าง ๆ ของสิ่งแวดล้อม ให้ผลแตกต่างกับการพิจารณาการกระจายตัวของสารในเชิงปริมาณ กล่าวคือ หากเกิดการรั่วไหลของน้ำชะขยะหรือน้ำทิ้งจากบ่อบำบัดน้ำเสียจากสถานฝังกลบขยะเทศบาลนครลำปางแล้ว อาจมีโอกาสพบ benzene ในอากาศสูงถึง 5.347 ตัน แต่หากพิจารณาในส่วนของความเข้มข้นแล้ว benzene จะมีการสะสมตัวอยู่ในชั้นตะกอนดินมากที่สุด คิดเป็น 5.26×10^{-4} นาโนกรัมต่อกรัมของแข็งทั้งหมด แม้ในเชิงปริมาณจะพบเพียง 0.126 กิโลกรัมก็ตาม ขณะที่โอกาสพบ benzene ในอากาศมีเพียง 53.5 นาโนกรัมต่อลูกบาศก์เมตรเท่านั้น แบบจำลองทางคณิตศาสตร์บ่งชี้ว่า โอกาสที่จะพบ benzene ในสิ่งแวดล้อมส่วนอื่น ได้แก่ ดิน และน้ำ มีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น โดยมีโอกาสพบ benzene 2.63×10^{-4} นาโนกรัมต่อกรัมของแข็งทั้งหมด ในดิน และ 0.238 นาโนกรัมต่อลิตรในน้ำ

สรุป

น้ำชะขยะและน้ำทิ้งจากระบบบำบัดน้ำเสียมีสารประกอบอินทรีย์ไฮโดรคาร์บอนเป็นองค์ประกอบประมาณ 36 ชนิด สารส่วนใหญ่ได้แก่ 2-hydroxy-1-(hydroxymethyl) ethyl ester, 9-Octadecenoicacid, Cyclopropaneoctanal, 9,17-Octadecadienal, phenol, benzene, oxime และ phenanthrene ซึ่งโดยมากเป็นสารที่เป็นพิษและอันตรายน้อย อย่างไรก็ตามมีการพบ benzene และ phenol ในน้ำชะขยะและน้ำทิ้ง ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าอาจมีโอกาสเกิดการปนเปื้อนของสารอันตรายลงสู่สิ่งแวดล้อมหากมีการรั่วไหลของน้ำชะขยะหรือน้ำเสียเกิดขึ้น โดยพื้นที่ 8 หมู่บ้านในรัศมี 5 กิโลเมตรรอบสถานฝังกลบขยะเทศบาลนครลำปางมีโอกาสพบ phenol กระจายตัวอยู่ในน้ำมากที่สุด ความเป็นไปได้ที่อาจพบคือ 5.714 มิลลิกรัมต่อลิตร นอกจากนี้ยังพบ benzene ซึ่งมีโอกาสกระจายตัวอยู่ในชั้นบรรยากาศมากถึงร้อยละ 99 ส่วนที่เหลือจะกระจายตัวในน้ำประมาณร้อยละ 0.88 ผลการทดลองชี้ให้เห็นว่าการรั่วไหลของน้ำชะขยะและน้ำเสียจากสถานฝังกลบขยะจะมีผลกระทบน้อยมากต่อชั้นน้ำใต้ดิน และส่วนอื่น ๆ ในสิ่งแวดล้อม

ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไปเป็นข้อมูลสนับสนุนการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำรอบสถานฝังกลบขยะเทศบาลนครลำปาง และการวางแผนการใช้ประโยชน์ที่ดินบริเวณใกล้เคียงได้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปางและการสนับสนุนจากเทศบาลนครลำปาง ตลอดจนการช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในการทำวิจัยของเจ้าหน้าที่ในสถานฝังกลบมูลฝอยเทศบาลนครลำปาง

เอกสารอ้างอิง

Alslaibi MT, Mogheir KY, Afifi S. Assessment of groundwater quality due to municipal solid waste landfills leachate.*Journal of Environmental and Technology*. 2011; 4(4): 419-436.

American Public Health Association. *Standard methods for the examination of water and wastewater, American Public Health Association*. Washington DC: American Water Works Association, Water Environment Federation, 1995.

Aziz HA, Adlan MN, Amilin K. et al. Quatification of leachate generation rate from a semi-aerobic landfill in Malaysia. *Environmental Engineering & Management Journal (EEMJ).* 2012; 11(9): 1581-1585.

Aziz QS, Mojiri A. *Composition of Leachate, Control and Treatment of Landfill Leachate for Sanitary Waste Disposal*. USA: IGI Global, 2015.

Babich H, Davis LD. Phenol: A review of environmental and health risk, *Regulatory Toxicology and Pharmacology*. 1981; 1(1): 90-109.

Bakraouy H, Souabi S, Digua K. et al. Removal of phenol and surfactant from landfill leachate by coagulation flocculation process. *Scientific Study & Research.* 2015; 16(4): 329-341.

Balaji K, Kilimozhi D. GC-MS Analytical of various extracts of Clerodendrum Phlomidis leaf. *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Science*. 2014; 6(1): 226-232.

Bates LM, Bigot M, Cropp R. et al. On the formulation of environmental fugacity models and their numerical solutions. *Environmental Toxicology and Chemistry*. 2016; 35(9): 2182-2191.

Booty GW, Wong WSI. Application of a fugacity model for assessing chemical fate in ecodistricts of southern Ontario, *Ecological Modelling*. 1996; 84(1-3): 245-263.

Gupta A, Paulraj R. Leachate composition and toxicity assessment: an integrated approach correlating physicochemical parameters and toxicity of leachates from MSW landfill in Delhi, *Environmental Technology*. 2017; 38(13-14): 1599-1605.

Jayawardhana Y, Kumarathilaka P, Weerasundara L. et al. Detection of benzene in landfill leachate from Gohagoda dumpsite and its removal using municipal solid waste derived biochar. *Proceeding on 6th International Conference on Structural Engineering and Construction Management 2015*, Kandy, Sri Lanka, 11-13th December 2015, 50-55.

Kulikowska D. Nitrogen removal from landfill leachate via the nitrite route, *Brazilian Journal of Chemical Engineering.* 2012; 29(2): 7307-7318.

Kylefors K, Evaluation of leachate composition by multivariate data analysis (MVDA), *Journal of Environmental Management*. 2003; 68(4): 367-376.

Mackay D. *Multimedia Environmental Models: The Fugacity Approach.* Chelsea, USA: Lewis Publishers Inc., 2000.

Mackay D, Guardo DA, Paterson S. et al. Assessing the fate of new and existing chemicals: A five stage process, *Environmental. Toxicology Chemistry.* 1996; 15(9): 1618-1626.

Mackay D, Paterson S. Evaluating the multimedia fate of organic chemicals: a level III fugacity model, *Environmental Science and Technology*. 1991; 25(1): 427-436.

Mojiri A, Ziyang L. Phenols and manganese removal from landfill leachate and municipal wastewater using the constructed wetland, *International Journal of Environmental Chemical Ecological Geological and Geophysical Engineering.* 2015; 9(8): 974-977.

Naveen PB, Mahapatra MD, Sitharam GT. et al. Physico-chemical and biological characterization of urban municipal landfill leachate. Environmental Pollution. 2017; 220: 1-12.

Romeh AA. Phytochemicals from *Ficussycomorus* L. Leaves act as insecticides and acaricides, *African journal of agricultural research*. 2013; 8(27): 3571-3579.

Tchobanoglous G, Theisen H, Vigil S. *Integrated Solid Waste Management: Engineering Principles and Management Issues.* USA: McGraw-Hill, 1993.

Wiszniowski J, Surmacz-Górska J, Robert D. et al. The effect of landfill leachate composition on organics and nitrogen removal in an activated sludge system with bentonite additive. *Journal of Environmental Management.* 2007; 85(1): 59-68.

รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับนานาชาติ ๒๕๖๑

The 4th International Conference Qualitative Research in Nursing, Health & Social Sciences

เกณฑ์	รายละเอียด
๑. มีกองบรรณาธิการ หรือคณะกรรมการจัดประชุม ประกอบด้วย ศาสตราจารย์ หรือผู้ทรงคุณวุฒิระดับปริญญาเอก หรือผู้ทรงคุณวุฒิที่มีผลงานเป็นที่ยอมรับ จากนอกสถาบันเจ้าภาพอย่างน้อยร้อยละ ๒๕	**การประชุมวิชาการระดับนานาชาติ** The 4th International Conference Qualitative Research in Nursing, Health & Social Sciences ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิระดับปริญญาเอก และ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีผลงานเป็นที่ยอมรับจากนอกสถาบันเจ้าภาพ จำนวน ๔ แห่ง ๕ ท่าน คือ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, มหาวิทยาลัยมหิดล, มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง และ University of new Brunswick จากคณะกรรมการทั้งหมด ๑๕ ท่าน คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๓๓
๒. มีผู้ประเมินบทความที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นด้วย และมีบทความที่มาจากหน่วยงานภายนอกสถาบันอย่างน้อย ๓ หน่วยงาน	**การประชุมวิชาการระดับนานาชาติ** The 4th International Conference Qualitative Research in Nursing, Health & Social Sciences มีผู้ประเมินบทความที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน ๑๓ คน จาก ๑๕ คน และมีบทความที่มาจากหน่วยงานภายนอกสถาบันจำนวน ๙ หน่วยงาน
๓. มีบทความที่มาจากหน่วยงานภายนอกรวมกันไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕	**การประชุมวิชาการระดับนานาชาติ** The 4th International Conference Qualitative Research in Nursing, Health & Social Sciences มีบทความที่มาจากหน่วยงานภายนอกสถาบันจำนวน ๑๐ เรื่อง จาก ๒๑ เรื่อง คิดเป็น ร้อยละ ๔๗.๖๑

A11: Managing a Fine Line between Life Saving and Life Threatening: Experience of People undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

Piyatida Junlapeeya Ph.D., RN[1], Thaworn Lorga[1] Ph.D., RN, Kanokjan Youngsang[2], Kwanreudee Rattanatep[2], Pimpaka Kamfong[2], Suthinan Muenkid[2], Suwadee Kongploy[2], Hathaichanok Chamthong[2], Akarapon Wongman[2]

[1] Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang
[2] Students, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

Background: People undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) face challenges to prevent life threatening complications, including maintaining appropriate dialysis techniques, food and water intake, and infection prevention. Understanding the experiences of people undergoing CAPD will augment how healthcare personnel can provide quality care to them and their caregivers.

Purpose: This qualitative study was intended to describe the experience of people undergoing CAPD.

Methods: Seven people undergoing CAPD were purposively recruited from one sub district in Lampang province, Thailand. Data were collected using individual in-depth interviews and analyzed using constant comparative analysis.

Results: People undergoing CAPD were 57 to 66 years old. They were categorized into 3 groups based on their experience in undergoing CAPD; 1) CAPD is life saving. This theme consists of strict and continuous practice; 2) CAPD is life threatening. This theme consists of recognizing abnormal signs and symptoms and timely solving the problems; 3) Undergoing CAPD requires support. This theme consists of active learning and support from family members and healthcare personnel.

Conclusion and Recommendations: The results revealed that people undergoing CAPD experienced CAPD as a fine line between lifesaving and life threatening. To manage CAPD as a lifesaving procedure, its characteristics include strictly and continuously following protocol, recognizing and timely managing abnormal signs and symptoms, active learning, and receiving help from family members and healthcare personnel. Recommendations could be made to provide guidelines for improving the quality of care for people undergoing CAPD.

Keywords: *continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD), life Saving, life threatening*

QR'NH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

BACKGROUND

Data from the Ministry of Public Health Thailand revealed that in 2012 there were 280,221 people living with end-stage renal disease (ESRD) and 35,000 people underwent continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) in Thailand (National Social Security Office, 2014). As of November 2014, there were 259 people in Lampang Province receiving CAPD (Lampang Provincial Health Office, 2014) and 64 of them were admitted and are under the supervision of Lampang Hospital (Lampang Hospital, 2014).

CAPD is a treatment of ESRD that patients can self-administer at home. However, the most common complications found with this procedure were peritoneal infection and volume overload. Such problems are caused by inadequate training of the patients. Peritoneal infection is caused by contamination while changing the dialysate fluid. Volume overload is caused by improper water and food restriction and medication management. These resulted in readmission of the patients. Being experienced in doing CAPD is considered important to help the patients carry on with their lives. Having adequate training and strictly and continuously following the instructions will result in effective CAPD. In addition, support from caregivers and healthcare personnel is also essential in enhancing CAPD management of the patients. Understanding experiences of patients undergoing CAPD will augment how healthcare personnel can provide quality care to them and their caregivers.

OBJECTIVE

This qualitative study was intended to describe the experience of people undergoing CAPD.

METHODS

Ethical approval was given by Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang. Written informed consent was obtained from participants of the study.

The participants of the study consisted of nine people undergoing CAPD, they were purposively recruited from two health promotion hospitals in Mueang district, Lampang province, Thailand

Semi-structured, in-depth interviews were used for data collection. Each interview took approximately 45-60 minutes and each participant was interviewed once or twice. The data collection was terminated when data saturation was achieved. The researchers were trained for an in-depth interview and followed the data collection method to reduce discrepancies among them.

The researchers coordinated with the directors of two health promotion hospitals for the contact information of ESRD patients undergoing CAPD under their jurisdictions. The researchers then met with the participants to explain the objective of the study and the rights to participate or withdraw from the study which will not affect the healthcare services they receive. The participants who voluntarily participated in the study selected preferable dates and times of the interviews. After each interview the researchers summarized the information of the interview to confirm the understanding between the interviewer and the participant. Verbatim transcription of the data was conducted by the researchers.

Data analysis was done using constant comparative analysis method.

FINDINGS

QRNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

Participants undergoing CAPD ranging from 57 to 66 years old were categorized into 3 groups based on their experience in undergoing CAPD; 1) CAPD is life saving. This theme consists of strict and continuous practice; 2) CAPD is life threatening. This theme consists of recognizing abnormal signs and symptoms and timely solving the problems; 3) Undergoing CAPD requires support. This theme consists of active learning and support from family members and healthcare personnel.

1. CAPD is life saving. This theme consists of strict and continuous practice.

Participants described CAPD as a way to save their lives. In doing so, the patients or their caregivers need to strictly and continuously follow what they have trained with and learned from their experiences and the healthcare personnel.

1.1 Strict Practice:

Participants expressed that they and their caregivers strictly following the advice in terms of correct steps of doing CAPD, appropriate diet, and water restriction to keep them away from complications.

> "I clean the (catheter exit cite) wound every day … take a shower every day to clean up, cover the wound from the water while taking a shower. I just live like this … don't let the wound get wet… if I make it wet by getting into the pond or go to work, the wound will be exposed to dust then it could get infected. I clean the wound once a day after taking a shower"

> "I eat vegetable most of the time. I can eat all kind of vegetables except the pickled lettuce, all pickled stuff that the doctor (nurse) doesn't allow me to eat"

> "The doctor recommends me not to drink too much water … about half a liter will do. I drink just a bit. I have had enough, I am scared, so I drink (water) this little. I bought gum to chew. That helps me from thirsty a little."

1.2 Continuous practice:

Participants described continuously doing CAPD every single day to make their lives normal like others and to prevent complications. They adjust CAPD cycles to suit their daily activities or vice versa. They assess and monitor signs and symptoms of CAPD complications regularly.

> "I normally do it (CAPD) at six o'clock or five o'clock. I do it at five o'clock in the morning, noon, then six o'clock in the evening and ten o'clock at night. If I sometimes fall asleep I would do it at midnight or one o'clock in the morning when I wake up. If I have work in Chiang Mai (province) I would do it at four am. Then I drive to Chiang Mai at five am. When I am back at nine or ten am. I will do at again. Sometimes I stop on the way from Chiang Mai to buy stuff and I might arrive home at one pm, I would do it then. I would do things normally. I modify CAPD cycle to fit my life."

> "I use a clean towel to wrap it in the first round, then I use the rubber pad to wrap cover the towel again. Tie them tightly. The doctor (nurse) said that keep the wound away from dust. Do not let the wound be exposed to dust. Do not let the wound get wet."

> "The liquid that comes out must be clear. Clear, yellow, not cloudy. If it is cloudy or has sediment that means infection. The appearance of a bad wound is swollen or red.

QRiNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

If there is pus, it's infected. They (nurses) said if it's infected you would have a stomach ache. You can't wait, you have to go to the hospital immediately."

2. CAPD is life threatening. This theme consists of recognizing abnormal signs and symptoms and timely solving the problems.

Participants described while they are doing CAPD to save their lives, at the same time it can be life threatening. To prevent life threatening events the patients need to recognize abnormal signs and symptoms and timely solving the problems.

2.1 Recognizing abnormal signs and symptoms:

Participants need to recognize abnormal signs and symptoms that occur on their own. They can assess the abnormalities in many ways.

"When I let the water out from the stomach if its color is unclear the doctor said that it was infected."

"For example, today I know that after I have done four cycles I got 800 cc. profit so I can do another cycle. I can do a total of five cycles."

"I must observe at the back of my feet. If they are swollen when I press they will dent (putting her finger at the back of her foot)."

"The stomach will be hot and aching all over the area ... it hurts all over … it hurts much. It hurts until I cannot walk … have to go to the hospital and stay for two nights in the hospital."

"They said it was infected … because I worked and it got dirty. They said that."

2.2 Timely solving the problems:

When the participants face the problems during CAPD they solve the problem immediately.

"If the water is cloudy I need to rush to the hospital. The doctor (nurse) told me to go get antibiotics. At the hospital I did it (CAPD) five cycles instead of four cycle as I usually do at home. The doctor (nurse) said four cycles are not enough to wash out the germ. When I got better and got back home I did it (CAPD) four cycles."

"If the water that come out is bloody I would put in three bags of dialysate and let the water out continuously until it's clear then I would go to the hospital."

3. Undergoing CAPD requires supports. This theme consists of active learning and support from family members and healthcare personnel.

Participants described to do CAPD effectively they need to be active learners and they require support from their family members and healthcare personnel.

3.1 Active learning:

Participants learn from their own experiences and from other people who undergo CAPD. They decode successful actions that can mitigate and solve the problems that occurred to use in the future.

QRiNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

"Eggs, you must eat 7-8 eggs a day. Eat only egg whites every single day. Don't eat egg yolks. Eat 2-3 egg whites each meal. It will help prevent swelling. If you have swollen feet, it will be better and resolved. You need to eat like this continuously."

"If I can do it (CAPD) five cycles for two days, the swelling at the back of my feet will disappear completely."

"I used to have an infection. Now if we clean it, it won't be infected. My hands need to be clean, the work area need to be clean. The area that I do CAPD… I have one table that I clean it with 70% alcohol. I wash my hands with liquid soap."

"I refrain from salty food. I change to eat meat, eggs, a lot of protein, and fruit."

3.2 Support from family members and healthcare personnel:

Receiving care from family members in terms of things, actions, money, and emotions and help from healthcare personnel in terms of knowledge, information, and encouragement support effective CAPD management of the patients:

"Now it's my son who bears the burden (taking care of me). He works nearby but if he needs to go work far from home he would send me the money. If he is home, he would provide me food."

"Mostly the illness impacts mental health but we try to encourage each other. Other people who have the same illness could get better. I think like this. The people who used to do CAPD told me that it is good. At the beginning it's hard to accept, I am scared of everything. But because I love my mother I want her to live with me. We encourage each other."

"My daughter has done it (CAPD) for me since the first day coming back home from the hospital. During these two months at home my daughter does it all. She is afraid that mom will die. My daughter takes very good care of me. My daughter was trained with the nurse then she teaches me. It took me two months to be able to do it by myself."

"Every one month the solution is delivered. It is delivered to my home by a car. If I have fifteen boxes left, I would call the Hemodialysis Center and they would put an order for us."

"The doctor (nurse) said that if the solution is cloudy I need to go to the eighth floor of the hospital. If the wound has pus or the solution is cloudy I need to go see the doctor (nurse) immediately."

"When my husband was sick, I went to be with him at the hospital. I helped him doing dialysis. He cannot do it by himself."

DISCUSSION

The findings revealed that people undergoing CAPD experienced CAPD as a fine line between lifesaving and life threatening. To manage CAPD as a lifesaving procedure, its characteristics include strictly and continuously following protocol, recognizing and timely managing abnormal signs and symptoms, active learning, and receiving help from family members and healthcare personnel.

QRiNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

These findings are congruent with the study of Panida Thiamchanya, Chomanad Wannapornsiri, and Duangporn Huntrakul (2011), that explored self-care of patients with peritonitis from continuous dialysis therapy and found that complication prevention included monitoring signs and symptoms of infection, wound care, and following up with the doctor as appointed. The causes of infections were not following the CAPD protocol, negligence and not strictly enough in cleaning the body and equipment, and not following the advice of doctors and nurses. In addition, the findings of this study are consistent with the results from the study of Boontai Sittipaisan (2010) on self-management behaviors of chronic kidney disease patients under responsibility of Hang Chat Hospital, Lampang Province. It was found that self-management behaviors i.e. medication compliance and self-care activities are at high levels. Similar to the study of Cattliya Ukati and Natanich Chantajirakhovit (2007) on self-care agency and quality of life of end stage renal disease patients undergoing CAPD that found high level of self-care ability and quality of life. This was due to being well prepared at pre-CAPD treatment and well trained and being experienced with CAPD protocol. The findings of the current study also are in accordance with the results from the study of experiences of family members who care for patients with chronic kidney disease undergoing CAPD (Thana Dharmakun, Pimsurang Suwanjareon, and Thaveesab Sabmak, 2013). It was found that family members of patients undergoing CAPD described the meaning of care as providing assistance to the patients and making them comfortable both physically and mentally and willingness to care for them until the end.

RECOMMENDATIONS

The findings of the current study suggest the necessity of guideline for improving the quality of care for people undergoing CAPD. The guideline should indicate the characteristics of CAPD management that include strictly and continuously following protocol, recognizing and timely managing abnormal signs and symptoms, active learning, and receiving help from family members and healthcare personnel.

ACKNOWLEDGMENT

The researchers are grateful to the participants of the study and the staff of the health promoting hospitals who have contributed to the success of this study.

REFERENCES

Dharmakun, T., Suwanjareon, P., & Sabmak, T. (2013). Experiences of families that care for end stage renal disease undergoing CAPD at home. *Buddhachinaraj Medical Journal, 30*(1): 14-23.

Lampang Hospital. (2014). Statistic of chronic kidney disease patients undergoing CAPD under responsility of Lampang Hospital.

Lampang Provincial Health Office. (2014). Statistic of chronic kidney disease patients undergoing CAPD in Lampang Province.

Sittipaisan, B. (2010). *Self-management behaviors in patients with chronic kidney disease at Hangchat hospital, Lampang province*. (Master's Thesis). Chiang Mai University. (in Thai).

Thailand National Social Security Office. (2014). Statistic of chronic kidney disease patients undergoing CAPD, Retrieved November 14, 2014, from http://nhso.go.th/frontend/NewsInformaltionDetail.aspx?newsid=MTA2Mg.

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang
QRINH 2018 @ Thailand

Thiamchanya, P., Wannapornsiri, C., & Huntrakul, D. (2011). Self-care among the continuous peritoneal dialysis-related infections patients. *Journal of Nursing and Health Sciences, 5*(3): 92-103.

Ukati, C. & Chantajirakhovit, N. (2007). Self-care agency and quality of life in end stage renal disease patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Songklanagarind Medical Journal, 25*(3): 171-176.

QRiNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

A10: Maintaining Water Balance: A Principal Mechanism in Controlling Symptoms associated with Heart Failure

Piyatida Junlapeeya[1] Ph.D., RN, Thaworn Lorga[1] Ph.D., RN, Jariya Ratanaporn[2], Kwannapa Jaikla[2], Jutamas Katamas[2], Ichaya Tonapo [2], Supatchaya Janpaung[2], Anchalee Srirapa[2], Reutairat Akaraserisakul[2]

[1] Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang
[2] Students, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

E-mail: pjunlapeeya@gmail.com

Background: **The** rising number of people living with heart failure in Thailand and Lampang province is evident. Heart failure limits the activity of daily living; therefore support from family members is vital. The dependence to family members caused by tiredness could result in stress and low self-esteem. Understanding the experiences of persons living with heart failure will broaden the perspective of healthcare personnel in providing quality care for them and their caregivers.

Purpose: This descriptive qualitative study was proposed to describe the experience of persons living with heart failure.

Methods: Nine persons living with heart failure were purposively recruited from one sub-district of Lampang province, Thailand. Data were collected using individual in-depth interviews and analyzed using constant comparative analysis.

Results: **The** persons living with heart failure were 58 to 80 years old. They categorized the experience of living with heart failure into 2 groups; 1) heart failure is a functional limiting condition and 2) mechanism in controlling symptoms associated with heart failure includes prevention of volume overload and tiredness, assessment of signs and symptoms of volume overload and tiredness, management of those signs and symptoms by limiting food and water intake, reducing physical exertion, taking prescribed medication, and visiting physician when getting worse. The family members and healthcare personnel play important role in the process of controlling the symptoms associated with heart failure.

Conclusion and Recommendations: The results revealed that older persons explained heart failure as a functional limiting condition. A principal mechanism in controlling symptoms associated with heart failure is maintaining water balance. However, exercise which is an important part of keeping the condition under control seemed to be absent. Recommendations could be made for healthcare personnel to have a definite yet safe and practical guideline to care for older person living with heart failure and their caregivers.

Keywords: *heart failure, older person, water balance*

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang
QRINH 2018 Thailand

BACKGROUND

Heart failure is a major cause of death in patients with heart disease. The rising number of people living with heart failure in Thailand and particularly in Lampang province is evident. The American Heart Association (AHA) revealed the statistics of the United States that there are 5.1 million incidences of heart failure patients in the population over 20 years in 2007 - 2010 (Go et al., 2014). In Thailand, there are deaths of 54,530 cardiovascular patients in the year 2013 (Bureau of Non-Communicable Diseases Department of Disease Control, 2016). In addition, the Statistic in the north of Thailand showed that the rate of cardiovascular disease in 2009 was 302.40 per hundred thousand populations (Bureau of Non-Communicable Diseases Department of Disease Control, 2016). From the data of patients admitted in Lampang Hospital, there were 355, 342 and 395 people with heart failure in 2012-2014, respectively (Lampang Hospital, 2014). The mortality rate of heart failure patients in Mueang District, Lampang Province in 2012-2014 is 118, 114 and 206 persons respectively (Lampang Provincial Health Office, 2014).

Heart failure is a condition in which the heart is unable to function properly, affecting the lives of the persons, both physically, mentally, emotionally, socially and economically, and affecting their families and the nation (Tangvichitsakul, 2007). The Symptoms that mostly impact the people with heart failure is shortness of breath and physical intolerance. Therefore, support from family members is vital. The dependence to family members caused by tiredness could result in roles and duties limitation and lead to stress and low self-esteem of the patients. The families have to bear the burden of treatment for patients who affect their economy and society as well (Supawong, 2004). If the family has improper adaptation, it may affect the relationship between the patient and the family members. Despise the advancement in technology and medications used to treat heart failure, the number of patients has increased steadily. This suggests that in addition to medical treatment, patients and family members also need self-management skills to suit the conditions they are facing so they can prevent and reduce the severity of heart failure. Understanding the experiences of persons living with heart failure will broaden the perspective of healthcare personnel in providing quality care for them and their caregivers.

OBJECTIVE

This descriptive qualitative study was proposed to describe the experience of persons living with heart failure.

METHODS

The ethical approval was given by Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang and a written informed consent was obtained from the participants of the study.

The participants of the study were nine persons diagnosed with heart failure who were purposively recruited from one sub district of Lampang province, Thailand.

A semi-structured, in-depth interview was used for data collection. Each interview took approximately 45-60 minutes and each participant was interviewed once or twice. The data collection was terminated when the data saturation was achieved. The researchers were trained for an in-depth interview and follow the data collection method to reduce discrepancies among them.

QRinH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

The researchers coordinated with the director of the Health Promotion Hospital for the contact information of patients with heart failure. The researchers met the participants to explain the study objective and the rights to participate or withdraw from the study which will not affect the healthcare services they receive. The participants who voluntarily participate in the study selected preferable dates and times of the interviews. After each interview, the researchers summarized the information of the interview to confirm the understanding between the interviewer and the participant. Verbatim transcription of the data was conducted by the researchers. Data analysis was done using constant comparative analysis method.

RESULTS

The persons living with heart failure were 58 to 80 years old. They categorized the experience of living with heart failure into 2 groups; 1) heart failure is a functional limiting condition and 2) mechanism in controlling symptoms associated with heart failure includes prevention of volume overload and tiredness, assessment of signs and symptoms of volume overload and tiredness, management of those signs and symptoms by limiting food and water intake, reducing physical exertion, taking prescribed medication, and visiting physician when getting worse. The family members and healthcare personnel play an important role in the process of controlling the symptoms associated with heart failure.

1. Heart failure is a functional limiting condition

The participants indicated that after having heart disease, it is necessary to reduce or stop doing many activities as previously done to prevent tiredness:

> "I used to exercise by aerobic dance. It's fast and made me tired easily. So, I have to change to Thai traditional dance." (Female, Age 74_1)
>
> "Previously, I had worked a little but now it makes me tired …. I can't work at all. "(Female, Age 74_2)
>
> "Now I don't work, not at all. I cannot do anything, not doing laundry or dish washing They make me tired "(Female, Age 63)
>
> "I previously worked hard. Working as farmer was tiring. Now I am trying to reduce my work since I have heart disease, I cannot work as farmer anymore." (Female, Age 61)

2. Mechanism in controlling symptoms associated with heart failure includes prevention of volume overload and tiredness, assessment of signs and symptoms of volume overload and tiredness, management of those signs and symptoms by limiting food and water intake, reducing physical exertion, taking prescribed medication, and visiting physician when getting worse. The family members and healthcare personnel play an important role in the process of controlling the symptoms associated with heart failure.

2.1 Prevention of volume overload and tiredness

Participants or their family members are being careful about and control their eating and water drinking habits to prevent excess water and tiredness:

QRNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

"Need to be careful of swelling. For example, about food, I reduce salty taste, eat bland, try to add a little salt when cooking, about a pinch. Try to put small amount of pickled fish, like half a spoon, then tasting it, if it is too bland, then I add more. " (Female, Age 61)

"Do not eat fish sauce at all. Do not eat fish sauce, soy sauce. Eat vegetables often. This is because I am fear of swelling and I will be tired. " (Male, Age 70)

"My daughter told me to drink a small bottle of water a day (500 cc) because the water would overflow the kidneys causing swelling." (Female, Age 80)

"Drink less than 1 liter of water per day because it will cause swelling." (Female, Age 74_1)

"I used to have shortness of breath when I was sleeping, now I use 3 pillows when I go to bed so that I won't be tired at night." (Female, Age74_1)

"The doctor once said that don't drink much water.It will flood the lungs." (Female, Age 74_2)

"When I am tired I will not work very hard. If I am tired, I will rest a lot." (Female, Age 63)

"A person with heart disease must not work hard because the mechanism of the heart will be broken." (Female, Age 61)

2.2. Assessment of signs and symptoms of volume overload and tiredness

The participants assessed the signs and symptoms that indicate excessive water intake and their tiredness:

"Drinking a lot will cause swelling. I know it's swollen from pressing the skin and it's dimpled." (Female, Age 80)

"We can see the swelling at the back of the foot. If pressed and it does not collapse or bounce, showing that it is not swollen "(Female, Age 58)

"You need to observe if it's swollen it will be seen." (Female, Age 74_1)

"During the past month I had been coughing. That made me tired." (Female, Age 64)

2.3 Management of those signs and symptoms by limiting food and water intake, reducing physical exertion, taking prescribed medication, and visiting physician when getting worse. The family members and healthcare personnel play important role in the process of controlling symptoms associated with heart failure.

Participants and their family members manage signs and symptoms associated with heart failure by limiting food and water intake, reducing physical exertion, taking prescribed medication, and visiting physician when getting worse. The family members and healthcare personnel play an important role in this process:

"When I ran out of medication I would be tired. The doctor did not want me to take sublingual medicine too much. That made me tired and got admitted to the hospital.

QRiNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

Last year I was admitted because I had eaten all the pills and ran out of them before the time. " (Female, Age 74)

"Since I have had high blood pressure the doctor has prescribed the medicine for me. I then took the medicine as the doctor ordered all the time. I go to see him every 3 months. At night I take one pill to lower my fat, in the morning I take one pill to lower my blood pressure. "(Female, Age 61)

"I have always been taking medication. If I forgot to take medicine, I would skip it for that day and take it in the next day... I never forget to take medicine, I need to remember, when it's time I will take it" (Female, Age 61)

"If I felt abnormality in my heart, I would put the medicine under my tongue. If the first tablet did not help, then I will take the second tablet, if it didn't help, then I would take the third tablet. If I didn't feel better, I would go to the hospital. You will know that the symptoms improve or not by listening to your heart. If the sound of my heart improves, my condition improves." (Male, Age 70)

"I got up and sat down often when I have shortness of breath." (female, Age 74_2)

"The doctor in this area cannot give me an injection. If I feel abnormal I would go to the hospital. If I go to the health promotion hospital, I will be dead. Because the doctor who treats me said that if I go there, the medical instruments were not ready, If I went there I would be dead ... My daughter always organizes the medicines and cook food for me." (Female, Age 74_2)

"When I got sick, I would take one sublingual pill. If the condition did not improve, I would take another pill. If not better, I would go see the doctor. While traveling to the hospital, I would also take the third pill. "(Female, Age 74_1)

"My daughter prepares medicine for me every day. I can't remember doing it myself." (Female, Age 74_1)

"The doctor suggested that if I was tired, if I could not fully breath, I need to take a deep breath and sit and rest." (Female, Age 74_2)

"If I cough a little, I will take a rest to get better. If I breathe heavily I would go to the hospital to get help." (Female, Age 80)

"The healthcare staff at the health promotion hospital recommend me not to eat salty and spicy food because it will raising my blood pressure… If my child cooks she would give me my portion before adding more seasoning… If I have an unusual condition, I will let my child take me to the doctor, but I had to wait for her to come back from work in the evening." (Female, Age 63)

"My daughter teaches me and helps me to observe and test for the swelling at the back of my feet." (Male, Age 80)

"My wife cooks for me." (Male, Age 70)

QRNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

DISCUSSION

The results revealed that older persons explained heart failure as a functional limiting condition. A principal mechanism in controlling symptoms associated with heart failure is maintaining water balance.

The participants experience tiredness that causes them to reduce or abstain from activities that they used to do before the illness. This finding is congruent with the study of Suwannaramee, Pinyopasakul, Charoenkitkarn, & Dumavibhat (2012) that found the symptom that is common in patients with congestive heart failure is shortness of breath or shallow breathing. This is also in line with a study of Rotsathien, Kunsongkeit, & Duangpaeng (2013) that found the feeling of dyspnea caused by heart failure was as fatal as death.

For the control mechanism of heart failure, it was found that the participants prevent abnormal symptoms by restricting water and food, not drinking much water and reducing eating salty food, reducing exertion to prevent tiredness, assessing excess water in the body, i.e. swelling and shortness of breath. When there are such symptoms, they will be handled by resting or stopping activities and taking medicine according to the doctor's treatment plan. Family members and health personnel are involved in this mechanism. This is in accordance with the study of Kumkunthod, Kumkatanakijkrilert & Pongthavornkamol (2013) that found the eating behavior of limiting sodium among heart failure patients was at a high level. The persons most influencing the behavior is the healthcare personnel, followed by the spouse or family members. Similar to the study of Reanpang (2005) that found the direct experience of illness affects how patients with heart failure live their lives. Recognizing the symptoms of the disease can increase the level of self-management. However, experience of illness among patients with heart failure regarding important issues that can keep the conditions under control such as exercise, stress management, smoking cessation, and control of blood pressure, diabetes, and cholesterol, apart from the management of water balance that reduces the workload of the heart, seem to be absent.

RECOMMENDATIONS

Recommendations could be made for healthcare personnel to have definite yet safe and practical guideline to care for older person living with heart failure and their caregivers. Empowering family members to participate in the care is beneficial to the patients.

ACKNOWLEDGMENT

The researchers would like to thank the participants of this study and the staff of the health promoting hospital who took part in this study.

REFERENCES

Bureau of Non-Communicable Diseases Department of Disease Control. (2016). *Annual Report 2015*. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Publishing.

Go, A. S. et al. (2014). AHA Statistical Update: Heart Disease and Stroke Statistics - 2014 Update: A Report from the American Heart Association. *Circulation, 21*: 1-267.

Kumkunthot, J., Watanakijkrilert, D., & Pongthavornkamol, K. (2013). Factors Influencing Sodium Restriction Intention among Patients with Chronic Heart Failure.Princess of *Naradhiwas University Journal, 6*(3): 49-59. (in Thai).

QRINH 2018 @Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

Lampang Hospital. (2014). Admission rate of patients with heart disease. Lampang Provincial Health Office. (2014). Morality rate of patients with non-communicable diseases.

Reanpang, C. (2005). *Self-management and well-being among heart failure patients*. (Master's Thesis). Chiang Mai University. (in Thai).

Rotsathien, V., Kunsongkeit, W., & Duangpaeng, S. (2013). Experiences of Dyspnea in Patients with Heart Failure. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 21*(3): 48-59.

Supawong, U. (2004*). Health problems and needs of persons with heart failure in special medical service center of Chiang Mai University*. (Master's Thesis). Chiang Mai University. (in Thai).

Suwannaramee, W., Pinyopasakul, W., Charoenkitkarn, V. & Dumavibhat, C. (2013). Symptom Experiences, Symptom Management, and Functional Status in Patients with Heart Failure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 24*(1): 1-16.

Tangvichitsakul, S. (2007). *Effect of self-management program on quality of life among heart failure patients*. (Master's Thesis). Chiang Mai University. (in Thai).

QRiNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

A07: A Participatory Action Research Study of Housing Modifications for Community Dwelling Elderly

Wanida Intharacha[1], PayomThinuan[1], KasornManeewan[1],
[1]Lampang Nursing Colleges
Corresponding author: Wanida Intharacha 089-7561836

Email: jimwani@hotmail.com

Background: Home environment is one of the most important factors in falling and limiting lifestyle activities of the elderly. Adjusting the home environment to suit the changing physical condition is necessary to prevent home accidents. It also helps the elderly to be self-reliant and improves the quality of life.

Objective: To develop Housing Modifications strategies for community with elderly people.

Methodology: Participatory action research (PAR) was used for this study for its appropriateness. The process starts from surveying data and assessing various risk factors, using the decision-making process to provide home improvement services. In this study the researchers supervised the operation and visited the elderly whose home has been adjusted. There was also an evaluation of the performance of the elderly and the community.

Result: Housing modification strategies for elderly in the community included :1) general information survey and assessment of risk factors for falling activities of the elderly; 2) risk analysis and feedback to the community; 3) board meetings to plan, manage and define selection criteria of service clients; 4) assessment of risk area and selection of clients according to the criteria; 5) prioritize problems according to the urgent needs based on the situation of the elderly; 6) coordination with multidisciplinary team; 7) environmental optimal design for the elderly with physical limitations; 8) housing modifications monitoring; 9) evaluation by visitation and interview; and 10) evaluation and summarization of the performance. The results indicated that12 elderly received the housing modification service and had better quality of life.

Conclusion and Recommendations: The appropriate housing modifications according to the elderly people's physical condition can help the elderly gain a comfortable and safe resident and enhance their self-reliance. The multidisciplinary cooperation and community participation should encourage the elderly to maximize their benefits.

Keywords: *housing modification, elderly, lifestyle adjustment, safety, participatory action research*

QRNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

BACKGROUND

Home environment is an important component for the quality of life of elderly people with a change in the body, making it difficult to move or maintain a normal life. At present, Thailand is facing rapid and continuous growth of the elderly population. The aging population structure over the past 10 years in Thailand is over 10% and the proportion of population aged 60 and above is increasing. Over the past 10 years, the number of elderly people has risen to 2,500,000 and is projected to reach 20 percent by 2025 (Department of Elderly Affairs, 2018). This is an indication that Thai society is now entering the elderly society. Taking into consideration that elderly people goes through physical changes and degeneration of the elderly especially the musculoskeletal system with degenerative function. (Eliopoulos, 2010). In particular, the degeneration of the structural system of the bone and muscle affects the body's function, resulting in body imbalance and injury, especially falling assidents (Meiner, 2011). Fall is a common problem in the elderly. About one in three people per year have fallen and tend to increase. Worldwide, aging people deaths from falls in 2002 amounted to 391,000 and increased to 424,000 in 2012 (an average of 1,160 people a day) (World Health Organization, 2007). Thailand has over 1,000 deaths per day, or an average of 3 deaths per day (Nipa Sri Chang, 2013). Falling affects the elderly physically, mentally, socially and economically, requiring surgery and hospital stay for a long time, often resulting in complications such as pressure ulcers, infection in urinary tract, respiratory tract and thrombosis in the lungs which causes death. In addition, falling causes economic loss both to the elderly's family and to society as a whole (Lovarini, Clemron & Dean, 2013).

The deterioration of the body is irreparable. However, the provision of a home environment for the elderly to prevent slippage can be resolved and is of great importance and because the elderly spend most of their time at home (Nuttapat Suksan, 2007). Thai Health Information in 2009 found 9,210 elderly people aged 60 and over reported falls in the past six months (18.5%). The loss of balance may be caused by internal factor and external factors such as slippery floor, followed by stumbling. Another common factor is the background (Veerapong, 2012). Mental health effects have shown that older people with fall-related experiences are anxious and fearful of falling, and that, if they are overly fearful, the elderly are less able to perform activities (Luksana & Jiraporn, 2010). Unsuitable environment such as uneven sloping areas and low chair rugs may also pose as environmental barriers (Lan et al., 2009). In addition, external or public space may also contribute to the anxiety of the elderly for instance the characteristics of public roads (Borst et al., 2008). In a research conducted by Lord, Menz, and Sherrington (20016), it was found that most of the homes of the elderly people meets the standards of accomodation and environment for elderly people. This includes the installation of railings and support railways around the corridor going to the bathroom, tilet, bedroom and kitchen. Adaptation of the physical characteristics of the home is essential, it makes routine or regular activities possible (Lawlor & Thomas, 2008). Thus, physical safety or accessibility or ease of use are few, especially the environmental management measures and suitability for the elderly is not widespread. Only the state measures from the National Elderly Plan No. 2 (2002-64) requires the setting of minimum standards for housing and the environment of high-visually impaired people (Department of Elderly Affairs, 2018). Therefore, the development of the housing modality of the elderly should be based on participatory approaches with the people in the community and the integration of local administrative organizations. Therefore, adjusting the house environment based on the

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang
©Copyright 2018 Thailand

living environment chosen by the people to suit their lifestyle while maintaining good physical condition, convenience and safety is very important.

Objective

This study aims to develop ways of modifying the residence of elderly people by adaptation and consideration of the environment and the community.

Participants

The participants of this study included elderly people aged 60 and above and are in need of self-care, live along or together with others, and willing to make home improvements in Mae Kong district, Lampang, Thailand. The study also included the community leader, village leader, president of the elderly club, village health volunteers and home technicians.

METHODOLOGY

The participatory process research was utilized using two instruments, Interview forms and In-depth interview. The data gathering was divided into 5 stages:

Stage 1: Survey of general information and risk factors for falls in the elderly people's home.

Stage 2: Reflection together with the community to acknowledge the need of addressing the identified problems.

Stage 3: Community Planning. Starting from conducting meetings and assessing risk areas of the home. Then, analyzing and designing solutions to make the elderly people more comfortable and safer. Lastly, expenses were also estimated as a criterion in selection of the elderly person's home and in determining which will be prioritized first.

Stage 4: Action or implementation of plan by coordinating with the district organization to request allocation from the Ministry of Health and Human Security Development in Lampang province to be able to make appropriate changes to the home environments.

Stage 5: Monitoring and evaluation by visiting the elderly people who have changed their home environments. The elderly people were interviewed on the changes or improvements they encounter in their daily life. Afterwards, the whole community was also evaluated.

FINDINGS

General information

The participants of this study included 114 elderly people aged 60-96 years old. The average age of 71 years was 52.7% female. The majority were married couples, 63.2%, followed by divorced/widow. The participants consisted of the non-working class (47.6%) and working class. For the working class, 34.3% work in elementary school, 47.5% in primary school, and 45.6% in high school. The most common health problem is eyesight (39.7%) and movement (34.02%) and hypertension has the highest prevalence (26.5%). The residence that needs to be modified in terms of environment and safety is 29.23% of the total residence with elderly people. The risk

QPiNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

factors for fall are the absence of handrails in the toilet followed by a split level and no home walking training.

Table 1: Falls risk factors in the home

Falls risk factors in the home	Number	Percentage
No handrails in the toilet	70	74.5
The house is a split level	64	68.1
No home walk training	57	60.6
Have pets in the house	50	53.2
Bathroom or slipper / non-slip	43	45.7
Bathroom with doormat	59	36.2
Folk-carpets / mats / linen Do not freeze to the ground firmly	33	35.1
The bedrooms are upstairs	31	33.0
Folk has roughly belongings	25	26.6
Bathroom / toilet outside the house.	25	26.6
There's roughly a ladder, such as cloth or mat	20	21.3
Ladder is loose or worn / Stair rail only / No railing	20	21.3
On the way to the bathroom is not enough light.	16	17.0
Fire stairs with a single switch. / Switches are located just upstairs or downstairs only.	15	16.0
Stairs with inadequate lighting	14	14.9
Damaged ladders / stairs unequal / narrow staircase.	13	13.8
Head light switch to reach the hard. (Not reachable or in the open-hard difficulty spot)	7	7.4
Tract wires / cables or phone lines to cross.	4	4.3

After assessing for fall risk factors, the elderly had to modify the environment in their houses to be safety for living. According to the results, 12 elderly people who received the housing service under the urgent need of the elderly. (as showed on Table 2)

Table 2: The modifications of the environment in the elderly's houses

No.	Age	Home No.	Condition of the elderly	Problems encountered	Adjustments
1	80	129	- Not easy to walk. Poor balance - Can help yourself. - Living with a nephew	- The walkway is uneven, there is no light rail around the house with the toilet. - The toilet no grip. - No rail bed room.	- Do the flip side of the toilet. - Ignite the fire on the way home with the toilet. - Make a bed railing.
2	80	80	- Cannot sit up on the toilet but lift up on a chair in the bathroom floor - Movement by the buttocks.	- Use toilet seat. - Ladder down to the bathroom without a handle.	- Make a railing on the stairs to the toilet.

QRNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

No.	Age	Home No.	Condition of the elderly	Problems encountered	Adjustments
3.	77	5/2	- Legs are not weak. - Walk with a 4-legged cane. - Difficulty walking to the bathroom	- The corridor to the bathroom uneven rutted dirt with water. - No flush toilets, bathroom handrails.	- Pour the floor to the toilet. - Make a handrail between the corridors to the bathroom. - Make a railing in the bathroom and flush the toilet.
4.	82	88	- Walkable - Living with a disabled son	- Handrails, bathrooms, toilets do not have a clothes line in the bathroom. - The path is not smooth, level surface.	- Make a railing in the toilet and beside. flush toilet
5.	55	168	-Walking with a cane 4 feet inconvenient. - Have had broken bones twice in the kitchen.	- No flush toilets, bathroom handrails.	- Make a railing in the bathroom and flush the toilet.
6.	82	3	- Walkable with a single leg - Had been falling with broken bones.	-Bedrooms are on the house - Downstairs bathroom No railing in the bathroom and toilet. - Insulated Door High	-Make a railing in the bathroom and flush the toilet. - Adjust the floor to the threshold.
7.	67	111	- Walking, knee pain, difficulty getting up and down.	- No bathroom rail in the bathroom and toilet. - No side rails in the house and back.	- Make a railing in the bathroom and flush the toilet. - Do the side rail behind the house.
8.	90		Bedridden	- No wheelchairs - No handrail in the bathroom. - Home of the cluttered	- Make a railing in the bathroom and flush the toilet.
9.	82	1	- Walkable - Have fallen once, fractured thigh	- No handrail in the bathroom. -Ground level	- Handrails next to the toilet - Made a sloping floor from the door edge of the house.
10.	97	19	- Can get up to walk - Ataxia is not stable for some time.	- No handrails on walkways bathroom. - No rails by toilet flushing.	- Make a handle on the walkways bathroom. - Do the flip side of the toilet.

QRNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

No.	Age	Home No.	Condition of the elderly	Problems encountered	Adjustments
11.	90	22	- Walkable -The bedrooms are upstairs home	- No handrails on the stairs before the folklore. - No handrails beside toilet - Page toilet uneven ground.	- Handrails on stairs to the left. - Handrails next to the toilet
12.	78		- Walkable - While walking with knee pain.	- Bathroom / toilet outside the house 20 meters - The toilet is a sitting. - There is no rail between the passage and the bathroom.	- Improve the toilet and move in the house.

Development of guidelines in modifying the house of the elderly by community participation.

1. A survey of general information and assessment of risk factors for fall of the elderly as a basis for the problem analysis and solutions.

2. Analyze the risks and give feedback to the community so that they can visualize and understand the situation, in line with their developmental needs, and to raise awareness about the role and importance of participation in the research process.

3. Board meetings to plan, manage and set criteria for selection of service recipients.

The environment is appropriate for disability and health constraints. Home improvement activities included:

3.1 Adjusting the home slightly, such as adjusting the toilet in the bathroom. Install railings, ramps, walkways in and around the house or around the house.

3.2 Restructuring some houses, such as moving toilets, bathroom fixtures, install a handle, extend or adjust the door for easy access, level adjustment (Making ramps in the yard and outside the home or around the house) and making a bedroom downstairs (in case of a high house).

4. Assessing the risk area and selecting the appropriate service recipients according to the criteria. The elderly is over 60 years of age and has difficulty in performing activities in daily life, is financially in need, gives consent and clearly shows the willingness to use the adjustments to improve life performance and prevent or reduce risk of fall.

5. Summarize the problem according to the urgent need of the elderly based on the problem the identified problem.

6. Co-ordination with multidisciplinary staff, including nurses who points out the issue to adjusts to create a new environment for safety, security and health promotion. The local leaders and

QRiNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

village health volunteers jointly issued their comments on home remedies with the consent of the client and family. The technical staff of the sub district administration is the designer and the one who estimates the cost of adjusting the environment.

7. Environmentally-appropriate design, performance, and health constraints and modifications. Construction supervision by technicians, they are the primary controllers with the community and the client / family. Once completed, the elderly will have to try out areas that have been improved or rehabilitated. If it is not appropriate, it must be adjusted until it is appropriate.

8. Supervise the operation of the community. Community committees are monitored during environmental adjustments and evaluation. After which the environment is completed including trial to evaluate fall risks.

9. Evaluation Adjustment substitution by the research team and the community by follow up visits and interviews.

10. Summary and evaluation of performance with the community to summarize the operating results, problems and obstacles as well as the ways of adjusting home environments to counter the problems.

DISCUSSION

Guidelines for modifying the housing of the elderly by community participation.

Based on the analysis of the development of ways to change the habitat of the elderly, the community participation is a sustainable model because the community is involved in defining the problem, objectives and procedures. This process generated new knowledge in solving problems in the community. The community contributes in the decision-making process, sharing, and monitoring. They are also able to benefit from the procrss, using the people as the center and solving the problems based on their needs (Lovarini, Clemron and Dean, 2013)In accordance with the concept of Sutee Worapradit (2012), the concept of community participation is summarized in 6 steps 1) searching for problems, 3) setting priorities, 4) planning, set objectives, methods, guidelines for resource operations, 5) implement projects and / or support activities, and 6) evaluation. The participation of the people in the community leads to the development of the community itself, reducing the dependency of the people to outside societies promoting self-reliance with the support of the government and professionals. Therefore, the factors that encourage continuity of activities are: 1) community partnerships including community leaders, village headmen, elderly club president, and village health volunteers. It is important to cooperate in the ongoing activities. The activities are consistent with the needs of the elderly and the context of the community. It can also be adjusted according to the changing situation, making the operation more sustainable. Lastly, being financed is also a big factor in the continuation of the project.

Quality of life for the elderly has been adapted to the environment.

Inappropriate environments may have negative impacts on the elderly, such as uneven areas, chairs are too low, stairs with no railings, no handle in the bathroom and lack of light in the walkways, bedrooms and inside the house. These environments, if not standardized, need

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang
QRNH 2018 Thailand

adjustments. Environmental management is appropriate and helps the elderly to improve the quality of life (Department of Elderly Affairs, 2018). According to the study, the demographic, economic, social, environmental, health and psychological aspects of the elderly in Songkhla province showed that the elderly had a higher quality of life in the social component. The environmental, health and psychological levels are high especially living in a good environment, convenient and safe to live. This is because the environment is good and safe, the system is accessible and near the hospital. The quality of life of the elderly improved (Chetsada &Wanaporn, 2016). Based on the group discussions and in-depth interviews with older people whose homes have been transformed, the quality of life got better. The elderly people changed their perception of the risk factors of fall from the environment and they acknowledge its presence leading to the acceptance of the changes made within and outside their homes. They become more aware of the importance of safety and the possibility of accidents. Due to the changes made, they felt safer and gained more self-reliance in taking care of themselves and keeping themselves safe.

REFERENCES

Anders, F. (2004). *Correlates of falling during 24 h among elderly Danish community residents. Preventive Medicine*. 39, 389–398.

Avolio, M., Montagnoli, S., Marino, M., Basso, D., Furia, G., Ricciardi, W. & de Belvis, A. G. (2013). Factors influencing quality of life for disabled and nondisabled elderly population: The results of a multiple correspondence analysis. Current Gerontology and Geriatrics Research, 1-6.

Gabriel, Z. & Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. Ageing & Society, 24, 675-691.

Xavier, F. M. F., Ferraz, M. P. T., Marc, N., Escosteguy, N. U. & Moriguchi, E. H. (2003). *Elderly people's definition of quality of life*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 25(1), 31-39.

Borst, H.C, Miedemaa, H.M.E., Vries, S.I., Grahama, J.M.A. and Dongena, J.E.F. (2008). Relationships between street characteristics and perceived attractiveness for walking reported by elderly people. *Journal of Environmental Psychology, 28*, 353–361.

Erik, R.L., Leif, M. and Chetsada Noknoi1, Wannaporn Boripunt1 (2016). *The Quality of Life of Elders in Songkhla Province*. Princess of Narathiwas University Journal, 9 (3), 94-104

Eliopoulos, C. (2010). Gerontological Nursing. (7th ed).Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams &Wilkins.Department of Elderly Affairs .(2018). *A project guide to adapt the environment and facilities of the elderly to fit and safe. Bangkok*: Ministry of Social Development and Human Security.

Foundation for Research and Development of the Elderly (2014). Fall Protection Handbook for the Elderly. Bangkok: Foundation for Elderly Research and Development.

Lan, T.Y., Wu, S.C., Chang, W.C. and Chen, C.Y. (2009). Home environmental problems and physical function in Taiwanese older adults. Archives of Gerontology and Geriatrics. 49: 335–338.

Lovarini, M., Clemron, L., & Dean, C. (2013). Sustrainability of Community Based fall prevention Programs: A Systematic Review. *Journal of Safty Research, 47*(0), 9-17.

QRinH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

Lord, S.R., Menz, H.B., Sherrington, C. (2006). Home environment risk factors for falls in older people and the efficacy of home modifications, Age and Ageing; 35-S2, ii55–ii59.

Lawlor, D., & Thomas, A. (2008). *Residential design for aging in place*. New Jersey: John Wiley & Sons.

Luksana Marungka and Jiraporn Ketpichawattana. (2010). *Experience of fear of falling elderly. Bangkok:* Faculty of Nurse Chulalongkorn University.

Meiner, S.E. (2011). *Gerontologic Nursing*. (4th ed). St. Louis: Elsevier Mosby.

Peel, N.M., Traver, C., Bell, R.A.R, & Smith, K. (2010). Evaluation of healthservice delivery intervention to promote falls prevention in older people across the care continuum. *Journal of Evaluation in Clinical Practice. Practice,16* (6), 1254-1261.

Nongnuch Worathaisong (2008). *Alternative: Factors Related to Fall in the Fall-Risked Elderly Living in A Community*. Khonkaen: Faculty of Nurse Khonkaen University.

Nuttapat Suksan. (2007).*Improvement of elderly home improvement under the elderly innovation project: a case study of low income elderly in Bangkok Metropolis. Bangkok*: Faculty of Architecture Chulalongkorn University.

Sirinuch Saengsang. (2010.) *Factors related to quality of life of the elderly in Amnat Charoen*. Master of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University.

Trirat Jaruchat. (2010). *A guide to the proper and safe environment. bangkok: the office of promotion and protection of the elderly*, Office of Welfare and Child Protection, the Underprivileged, the Disabled and the Elderly, Ministry of Social Development and Human Security.

Veerapong Yangdial. (2012). *Factors related to quality of life of rural elderly in Yasothon province*. Independent Study Master of Public Health Khonkaen University.

Wilawan Somsan Tassanee Rivvarakul and Kwanjai Power (2012). Effect of fall prevention program for the elderly. *Journal of Public Health Nursing. 27* (3), 58-70.

World Health Organization (WHO). (2007). *Global report on fall prevention in older age. Retrieve Feb 2009*, from http://www.who.int/aging/project/index.html

QRINH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

A19: An Oral Tradition of Homeostasis: A Qualitative Study of Local Wisdoms Used by Postpartum Thai Women in Lampang

Prissana Naunbooruang[1], Thaworn Lorga[2], Vannisa Tewin[3], Thanaphon Rothom[4], Nittaya Wongtasang[5], Pailin Singkaewyot[6], Wanida Yotawut[7], Sararat Sriyod[8], Saifa Palasee[9], and Anuwat Kakaewand[10]
[1-10] Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Thailand

Background: Postpartum care is essential for the health of the mothers and their children. However, there is a limit number of the study how Thai people use traditional wisdom into postpartum care.

Objectives: To describe the use of traditional wisdom in post-partum care.

Methodology: Total of 15participants of this study included 11 postpartum women who gave birth between 3-12 months, and 4 of mothers and grandmothers of the postpartum women. All participants were interviewed using unstructured in-depth interview technique. Then, data were analyzed using constant comparative analysis.

Results: There were 5 themes emerged from the data including**:** 1 Oral details from generation to generation including the usage with the explanation, usage without explanation, and some parts of the procedure had been loosened. 2. The homeostasis is based on the balance between heat and cold principal, wanted and unwanted smells, dried and wet foods, avoid harmful food, and the correction methods. 3. The integration between traditional wisdom and modern knowledge based on patience and understanding about their parents' suggestion, selecting useful and no harm practices for postpartum women and their children, doing as the suggestion of doctors and nurses, and using commercial products. 4. Preparedness for nurturing the baby in order to have adequate human milk and prevent children from illness. 5. Roles of the family in managing the traditional wisdom services for postpartum women and remind them to practice as the parents told.

Conclusion and Recommendation: Finding suggested the community to have the traditional wisdom bank, and a commercial product package for next generation of postpartum women.

Keywords: *post-partum women, traditional wisdom, balance, homeostasis, balance*

QRINH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

BACKGROUND

Local wisdom refers to knowledge, ability, and skills of the people, which have accumulated through the process of observing, learning, selecting, modifying, developing and practicing traditional methods based on belief, culture, and context. Local wisdoms represents the knowledge and culture of the ancestors, which was harmoniously passed down from one generation to the next. Local wisdom also relates to agriculture, handcraft, Thai traditional medicine (cure and care, herbal therapy, Thai massage, midwifery, postpartum care, and herbal sauna), local resources and environmental management, art, languages & literatures, philosophy, religion, tradition, foods, etc. (Ponphunga, M., 2014).

In the past, there was a saying, that for a woman who gave birth, it seemed like "going into a battle", the woman may have a difficult birth, and some of them may even die. Thus, past generations emphasized the importance of maternal health, especially, afterbirth. Normally after childbirth, women need to prepare themselves mentally for becoming mothers, but physiologically they have to adapt to pain, breast feeding, and lochia. In past generations, there were ways of caring for pregnant women, in labor, and afterbirth, in order to protect both the mother and the baby. The woman's family took on the key roles as caregivers by participating, transforming and transferring the knowledge, skills, and traditional methods to their offspring from previous generations until now (Thaisubbaya, P., 2007)

Postpartum care practices for women vary across the country depending upon the way of life and the context of the situation. In past generations all the women who gave birth had to sit in a dry heat sauna called "Yoo Fai", which served the purpose of expelling dirt from the body and drying the womb. However, there were incidences of postpartum hemorrhaging, infection of perineal wounds and deaths. The people were frightened, and this diminished the popularity of the practice of traditional medicine. During the era of King Rama V, Western medicine began to spread throughout Asia, which left these practices to only be used by lay persons living in rural areas (Ministry of Public Health, 2009).

Currently, Western medicine is the main stream health care service in Thailand and the rest of the world. Western medicine is based on the principle of scientific methods, which utilizes evidence from both laboratory experiments and human trials. Medical treatment is focused on using modern medicine, advanced technology and equipment. Modern treatments are convenient for maternal and child health care services. This phenomenon leads to the neglect of local wisdom (Toppae, P., 2012) and traditional self -care behaviors of Thai people in rural areas, which tends to be diminished. It would seem as though local wisdom is not significant for maternal and child health. However, modern medicine cannot serve all the needs of patients, especially those who desire holistic care, which meets the physiological, mental, emotional, and social needs of those patients. At the same time, patients have to pay higher expenses when they go for modern treatments, which can be less of a strain on the relationship between patients and their family (Apikomolkorn, Y., 2008).

The literature review related to the caring of postpartum women found that most of the caring patterns were based on holistic care, which centers on the use of local herbs and the balance of life elements (fire element, water element, wind element and earth element) (Yupa Apikomolkorn, 2009). For first time mothers, traditional practices included postpartum diet, heat

QR'NH2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

therapy, warm water bath, and drinking warm water. These practices would help promote their health and prevent health problems in both themselves and their children (Elter, P.T., 2012). Furthermore, there were diverse traditions, beliefs, and practices in postpartum women from different geographic areas and families. In the extended family, parents and older persons took their roles as advisors for Yoo Fai, postpartum diet, and so on. At the same time, women in nuclear families did not have strict practices as in the extended families (Nanthamongkolchai, S., 2011).

However, there were limitations in the number of studies related to how the past generations transferred their local wisdom to next generation, especially how to use the local wisdom as a contemporary of Western medicine for postpartum care of women. Therefore, while Western medicine remains the main system of health care, there is a need to study how past generations pass down their local wisdom for taking care of women after they give birth. The outcomes of the study may provide basic information to health care providers, and may be beneficial to the community, and assure the continuation of local wisdom for future generations to come.

METHODS AND PROCEDURES

Participants

In this study, there were a total of 15 participants, which included 11 women who were 3 to 12 months postpartum, two mothers and two grandmothers, all of which had used traditional therapies for taking care of themselves, their daughters or their granddaughters. All participants volunteered to participate in the study. They could speak Thai and lived in Lampang Province.

Data Collection

After the informed consent process, the authors started to collect data from the participants using an unstructured in-depth interview technique. One of the authors interviewed the participants one by one, and two of the authors were responsible for note taking and tape recording the interviews. After the interview, the authors discussed with the participants the accuracy of the data, then finished the interview. It took 30-40 minutes for interviewing each participant.

The authors were the instrument of this study and were trained how to interview participants by an expert. An unstructured in-depth interview technique was used to obtain the data from participants.

Data Analysis

Data were analyzed using constant comparative analysis technique. The authors looked for key words from the data and arranged into categories depending upon the similarity. Then, compared each category for similarities and differences, and then each category was cross-referenced, in order to find the relationship between each category, which allowed the discovery of emerging themes.

QRINH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

RESEARCH ETHICS APPROVAL

The research proposal was submitted to the Ethics Committee for Human Research at Boromarajjonani College of Nursing, Nakhon Lampang. After the ethics committee approved the proposal, the authors contacted the participants to get informed consent.

FINDING AND DISCUSSION

After the data were analyzed, the authors divided the results into two parts: the participant's information and five themes from the qualitative results.

Participants' Information

Participants included 11 postpartum women, two mothers, and two grandmothers of the postpartum women. Therefore, there were 15 participants (three generations) in this study. For participant's rights protection, the authors assigned artificial names to all of the participants. The 1st and 2nd generation of participants (Grandmothers and mothers)

The first generation, there were two grandmothers who participated in this study, aged 63 years and 70 years and had eight children. The grandmothers had traditional midwife take care of them when they had their at home child births.

In the second generation, there were two mothers in this study, their ages were 55 and 43 years, and had one child each. All mothers in the second generation had traditional midwife deliver their babies.

And the 3rd generation (the postpartum women) there were 11 postpartum women who participated in this study. Their ages were between 21 and 43 years. All of the postpartum women had children in the hospital and had no complications after birth. Seven of the 11 postpartum women were first-time mothers.

Qualitative results

The authors had analyzed qualitative data using constant comparative analysis technique. There were five themes that emerged: An oral tradition from generation to generation, Homeostasis, Integration of local wisdom and modern medicine, Preparedness in taking care of the newborn, and the role of the family in providing care for the postpartum women.

1. An oral tradition from generation to generation

Postpartum women received knowledge from their mothers about traditional therapies they could use by themselves after childbirth. Their mothers received these traditional therapies from their mothers (grandmothers of the postpartum women) who had experience using traditional therapies for taking care of themselves after childbirth. The traditional therapies had been transferred orally from generation to generation. Some women used traditional therapies for taking care of themselves and some of the women had their families provide the traditional therapy for them. All the women, even though they did not really believe, intended to have the traditional therapies, because it was suggested to them by an older generation. For the local wisdoms, the *how* and

QRNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

why some traditional therapies worked could be explained, but some of them could not and some practices had disappeared altogether.

1.1 Traditional practices with rationale

Post-partum women used traditional therapies as per the local wisdom, according to the older persons or experienced persons who used the practices with good outcomes, had no negative outcomes for women and their newborns, and gave the rationale to confirm that the practices were trusted and that the postpartum women should follow them. For examples:

" *They said that applying turmeric to the skin of the newborn could prevent skin rash and itching*" Lantom

"Using the clothes as belly bandage could have a flat belly" Feungfha

"My mother said that whatever you eat you have to be aware, because it may cause diarrhea in your child" Daorueng

"I could not have a juice, or greasy food, because the former generation said that the womb would not dry" Jumpa

"The older person said that an herbal bath could reduce pain and prevent acne and freckles" Pin

1.2 Traditional practices without rationale

Postpartum women intended to have traditional therapies event though there was no reason to support it. For examples: drinking herbal juice or feeding the newborn with blended rice after birth.

"They told me to drink the boiled water of Fang, I drank it even though I did not know the benefit. But I did that for my grandmother's comfort "...Daeng

"My grandmother told me to feed blended rice to the baby, but I did not know the reasons"... Lantom

2**. Homeostasis**

During the postpartum period, there were physiological changes in the women. To reset the homeostasis, the postpartum women used traditional therapies to keep the balance between physiological hot and cold and the balance of desirable and undesirable odors. The methods used to correct the physiological imbalances were to avoid injurious food and eat dried or wet foods.

2.1 Physiological Changes during the postpartum period

During the postpartum period, the women had traditional therapies such as Yoo Deaun or Yoo Fai that lasted 20-30 days depending upon the sex of the newborn. The practices were for physiological adaptation as before pregnancy.

QRiNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

"The older persons said, that for the one who had the baby boy, they should do this practice for 30 days, and 21 days for the baby girl. The practice is for physiological convalescence and rest". Chaba

"I had the traditional therapy for 30 days" Lantom

"The last three days I did Kao Sao" Chuanchom

2.2 Balancing between hot and cold

Postpartum women keep their bodies balanced between hot and cold by using Yoo Deaun or Yoo Fai, an herbal bath which included Sompoy (Acacia concinna), turmeric, and phlai (Cassumunar ginger), drinking warm water, and having an herbal sauna. They believed that these traditional practices helped with detoxification, made them feel comfortable, promoted healthy skin, promoted physiological function, and prevented physiological declination.

"My mother added turmeric into herbal water for bathing, she believed that turmeric would help promote healthy skin, I took the herbal bath twice a day , in the morning and in the evening, when I went to bed I used hot compress on my belly, stayed in my room, put on long sleeves, a hat, and socks" Pin

" I had herbal saunas at a public health center in the village, I felt comfortable, it seemed like the herb went into my body, then I began to sweat and waste came out of my body, and the bad odor disappeared.." Bautong

"*My grandmother told me not to drink cold water it would make me Pid Deaun (not correct for Yoo Deaun practices)* "... Rose

2.3 Balance of wanted and unwanted odors

2.3.1 Wanted odor

Wanted odors came from herbs that the postpartum women could smell, such as Phlai

".. We put Plai herb into the herbal boiled water, Plai gave a fragrant smell,.." Lantom

2.3.2 Unwanted odor

Unwanted odor is the smell that the postpartum women should not receive and had to avoid such as, a concentration of fragrant odors, bad odors, and food odors. The postpartum women should stay in the room, close the windows, don't leave the room, don't have contact with the odors, otherwise the odors would stimulate the women and give them Pid Deaun (incorrect for the traditional practices) such as headache, dizziness, vertigo, and anger.

"*Staying in our house ...not being able to go out of our room until late in the morning, the older persons did not allow me to go out of the room, they worried that I may receive bad odors, in the past there were no medical treatments if we had discomforts .."* Grandmother Dum

QRNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

"Protect us from bad odors, not allow us to go out of our room, we could open the windows but we had to close the windows when someone cooked the food. If we received the bad odors, we would get a headache or vertigo in the next two or more years. Incorrect odors were worse than incorrect eating or foods." Jumpa

2.4 Injurious foods

In traditional medicine postpartum women should avoid injurious foods, which include: Fermented foods, fermented bamboo shoots, cat fish, winter melon, squash, cha-om (acacia pennata), beer and alcohol. The older generation believed that the injurious foods would make the postpartum women and their babies feel discomfort, with abnormal signs such as; muscle pain, physiological pain, and if transmitted through breast milk, the newborn would have flatulence.

" The older persons told me not to have the injurious foods such as; fermented food, fermented shoots, fermented fruits or sour foods. Whatever we would eat would be transmitted through the breast milk, and the babies would have flatulence. Also, they did not allow us to drink alcohol or beer, because the women would get physiological discomforts in the future" Chaba

2.5 Dried and wet foods

Dried food refers to foods that have been put through the process of dehydration. Wet food refers to the foods that have water as a component. Postpartum women had to have dried foods in the early period after childbirth but were not allowed to have wet foods. If the postpartum women did not eat the correct foods as the older generation advised, they would have physiological discomforts such as vertigo or delay of wound healing.

" *I had only sticky rice, roasted pork, roasted pork skin, and black pepper paste.."* Feungfha

"I had roasted rice for 15 days, then I had rice and black pepper paste with garlic, boiled banana blossom without roasted pork for another 15 days "...Grandmother Daeng

2.6 Correcting the imbalance

When imbalances occurred, a typical rehabilitation would include physiological corrections and compensation in order to restore balance. For example, when the postpartum women had colic, they had their mothers prepare a particular herbal remedy. In order to correct the Pid Deaun therapy, the older generation gave the postpartum women a boiled herbal drink which included: Fhang, rice, Phlai, and cotton seed.

"*After I had crab chili paste, it seemed like I had colic, my mom made herbal remedy for me and told me that it was detoxing*".. *Bautong*.

2.7 Physiological rehabilitation

Physiological rehabilitation is a method to correct imbalances, as well as, to promote physiological functions such as, using clothes as belly bandages to promote a flat belly, avoid

QRiNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

lifting heavy objects, in order to prevent a prolapsed uterus, and using an herbal sauna to help drain lochia.

". . using the cloth as a belly bandage, this could help with flat belly . . ."…. Feungfha

"*They did not allow me to lift heavy objects, after the belly operation I used a waist stay"… Lantom*

3. Integration of local wisdom with modern medical practices

Using the local wisdom to take care of postpartum women needs to be integrated with modern medical practices. Postpartum women had to be patient to understand their older generation's advice, and then, select the most beneficial practice that would cause no harm. At the same time, the postpartum women had to follow the advices of the physician and nurses. Furthermore, there were many innovative products which were created from local wisdom for promoting the health of women and their newborns.

3.1 Understanding and patience of the older generation's advices

During the postpartum period, the women had to understand and be patient as they followed the suggestions of their parents and older generations in using traditional therapies such as: do not work hard, do not lift heavy objects, and eating injurious foods.

"The older persons did not allow me to lift heavy objects, they believed that I may cause a prolapsed uterus in the future" Feungfha

"They did not allow me to work hard, they wanted me to rest, if I did not believe them, I would have discomforts, and would be unhealthy in the following years" Grandmother White.

"They advised me not to expose myself to the rain, I had to put on the hat and always keep my body warm, even though it was Summer" Grandmother White

3.2 Selecting a beneficial therapy that will not cause, harm to the mothers and their newborns

During the postpartum period, women selected therapies, because they knew the benefits, and knew that no harm would come to them or their newborns. They understood that eating healthy food, using herbs after childbirth, and selecting innovative products from the Internet that were based on local wisdom would benefit them and their babies.

"I had a concern about the food, especially the cleanliness. What I eat would affect my baby's health, because it would be transmitted with the breast milk" Feungfha

"I like going to the Internet to look for nutritious

3.3 Recommended therapies by the physician and nurse

The postpartum women intended to do the traditional therapies as suggested by health care providers' in order to prevent complications after childbirth.

QRiNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

"I had traditional therapies as the older generation advised me, except avoiding certain foods, I followed the doctors' and nurses' advice such as, not drinking alcohol and beer, no smoking, not doing activities that made me too tired. Koson

". . . After childbirth, I used to have ginger juice twice a day, the physician said that the ginger could help promote breast milk, and I found that that worked." Chaba

3.4 Commercial products based on local wisdom

The postpartum women selected commercial products, which were based on local wisdom, but adjusted so they would be more convenient for consumer use.

"I bought the herbal compression balls from my aunt and had a sauna at my home, because I could not go to the sauna place frequently" Feaungfha

" I used Fenugreek seeds to promote breast milk production, they were grounded up and put into capsules" Cheunchom

3.5 Integrating the objectives of local wisdom for added value

The postpartum women had integrated the benefit of different kinds of wisdom and used them together.

"In my family, we grounded Phlai with turmeric , then mixed with rice-soak water and used this water to bath our baby. By doing this, our baby did not have as bad of a rash or itching" Mali

"My mom told me that she did not have breast milk, so she boiled ginger with banana blossom and xantolis, and had it as a hot drink; then she had breast milk" Rose

4. Readiness for taking care of the baby

Being a healthy mother would be a benefit for the baby's growth, development, adaptation, and well-being. Therefore, it is essential for mothers to prepare themselves to take care of the baby.

4.1 Adequate Breast milk

Pregnant women and postpartum women had the same or different ways to promote breast milk for their babies such as, drinking herbal juice, soy milk, or warm water until they had enough breast milk for their babies.

"...Mostly, I had soy milk, and banana blossom curry or soup to help promote the production of breast milk" Pin

"I drink ginger juice, at least 1 glass for 2-3 days, I started drinking immediately after birth, then I had breast milk. However, I had ginger only 2-3 days, I did not really like it, I preferred hot water" Rose

QRNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

4.2 The baby had no sickness

In taking care of the baby, postpartum women had to be aware of the babies safety and that the baby wasn't getting sick during the use of traditional therapies like, using rice-soaked water to bath the baby, in order to prevent skin rash; selecting certain foods for eating, focusing on dry foods and avoiding sour foods, which can induce diarrhea in the baby.

"I used rice-soaked water for bathing the baby in order to prevent skin rash, I avoided some kinds of foods, and was concerned about cleanliness, because it may affect the child 's health" Lantom

"The curries that had tamarind or citrus in the recipes, I could not have especially, Tom yum; I was worried that the baby would have diarrhea". Doareung

5. The role of the family as a provider for the women

After childbirth, postpartum women had a lot of pain, and their abilities to work were lower than before. Therefore, the family members had significant roles in taking care of the postpartum women and their babies. They assisted the women in preparedness, and reminded the women to follow the advice of their elders.

5.1 Reminders to do therapy

The family members reminded the postpartum women to have traditional therapy as advised by the elders such as, herbal sauna or Yoo Deaun.

"My mom told me to do Yoo Deaun" Doareung

"They told me to do Yoo Deaun, then to have an herbal sauna" Koson

"I did Yoo Deaun because the elders told me to do it." Feaungfha

"In the past generation they had to take a bath with the boiled Plao water, I followed the traditional practice" Chaba

5.2 Preparing

"When taking care of postpartum women and their babies, you need to have family members or close-friends to assist them in preparing raw herbs and herbal juice for drinking and bathing; this makes the preparations easy to use and more convenient.

"When I came back from the hospital, my mom prepared boiled-Fhang herb for me to drink" Grandmother Deang

"My mom also prepared boiled-water for a bath" Grandmother Deang"

"The elders prepared boiled-herbs for me" Khoson

QRNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

"My mom went to buy dried herbs at the health care center for me, because we did not have time to prepare them" Chaba

DISCUSSION

The authors would like to discuss the following:

1. Narrative of traditional practices from generation to generations

Currently, the way of life has been changing. Many of the women have to work outside their homes, and this limits their time. After childbirth, the women face a lot of challenges such as, psychosocial and physiological changes. They have to take care of themselves and their newborns. They use traditional practices, which they received from older generations as an oral transmission of knowledge. Some of the *how* and *why* of local wisdom, in the form of traditional therapies, could be explained. However, some of them could not be explained. Some of the practices had been adjusted for convenience, in order to correspond with contemporary life styles. Therefore, some practices had been changed and the narration of those practices was passed down more recently. Some aspects of the practices have disappeared.

2. Homeostasis

Some postpartum women had blood loss during childbirth, this produced a physiological imbalance. The women had to practice Yoo Fai or Yoo Deaun for 20-30 days in order to adjust their physiological balance. Those practices included taking an herbal bath and dry heat sauna, drinking warm water, avoiding unwanted odors, selecting certain foods and using a belly bandage. Furthermore, they had to exercise, avoid heavy work, and rest to maintain the homeostasis. The practices of the women were considered as holistic forms of traditional medicine, emphasizes adjusting the balance of the body elements using the health promotion approach (Chokevivat, V. & Chuthaputti, A., 2005)

3. Integration of local wisdom with modern medical practices

From the study results, it shows that postpartum women took care of themselves and their newborns by integrating local wisdom (that was suggested by an elder, usually a family member) with the modern medical practices (which were suggested by physicians and nurses), and the women also searched the Internet for information on traditional therapies. For example, the women selected dried foods for wound healing, as the elders' advised. They had to have enough nutritional foods as the doctors and nurses suggested, in order to promote the production of breast milk and energy. The postpartum women had to practice patience intrying to understand the advice of the older generations. They then, selected the most beneficial and least harmful therapy. Furthermore, the postpartum women ordered innovative products based on local wisdom for themselves and their newborns from the Internet. Sometimes they bought products such as; ginger tea, herbal ball, and dried herb sauna packages from hospitals running health promotions. These practices may be promoted by doctors and nurses, as well as, community leaders for the conservation of local wisdom and for the benefit of women and their babies.

QRNF 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

4. Preparedness for taking care of the babies

From the results of the study, there were two aspects related to preparedness in taking care of the babies: physiological preparedness for breast feeding, and physiological preparedness for the prevention of illness of the babies. Physiological preparedness for breast feeding constituted the fact that, postpartum women knew that breast milk had a lot of nutrients that could help promote physiological development, growth, and IQ. The babies would be healthy, as a result of the breast milk, which helps stimulate the baby's immune system, therefore, avoiding frequent illness. Therefore, postpartum women had to promote the production of their breast milk by using herbs such as; ginger, banana blossom, and xantolis. At the same time, breast feeding helped reduce expenses related to baby care, baby formula, and formula maker.

Postpartum women knew that they had to be aware of what they were eating, in order to be physiologically prepared for the prevention of illness of their babies. Some of the nutrients or toxic substances could transmit into the babies through the breast milk. Therefore, postpartum women had to observe themselves, being cautious about whatever they ate, and how the foods would affect their babies. Some foods may cause an upset stomach or diarrhea in babies. From the study, it was found that postpartum women had to have dried foods, and avoid having foods that had a sour taste or hot taste such as hot chili and sour soup, papaya salad, or sour curry. Furthermore, the women focused on hygiene, taking care of the babies, and bathing the babies with rice-soaked water to prevent skin rash and itching. Therefore, the women had prepared themselves to be ready to take care of their babies.

5. Roles of the family in providing care for postpartum women

After childbirth, the women were fatigued, and felt like they did not have enough energy to support themselves. They needed to rest, and they spent most of their time taking care of their babies and for physiological rehabilitation. Therefore, the family members had the major roles of supporting and living together with the postpartum women. The family members could assist with daily activities, prepare the herbs, take-care of the babies, give advices and remind the women to follow the traditional practices from past generations.

CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

1. The knowledge of using local wisdom in taking care of postpartum women and their newborns may be integrated into the teaching and learning process of courses that are related to postpartum care.

2. Health care centers may provide services using local wisdom to take care of women and their babies, and may include the co-operation of health care volunteers and community leaders.

3. There may be audio or video recording or data collection based on the written use of local wisdom in taking care of ~~the~~ postpartum women and their babies.

REFERENCES

Apikomolkorn, Y., (2008). Traditional postpartum care in northern thailand: A case study from Bann Hua Suea, Tambon Hua Suea, Mae Tha District, Lampang Province. *Journal of Thai traditional & alternative Medicine*, 6(2), 148-157

©RNH 2018 Retained
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

Chokevivat, V. & Chuthaputti, A., (2005). The role of Thai traditional medicine in health promotion. *The 6th Global Conference on Health Promotion, 7-11 August 2005 Bangkok, Thailand*. Retrieved March 5, 2018, from http://www.who.int/healthpromotion/conferences/*6gchp*/en/index.html

Elter, P.T., Kennedy, H.K., Catherine A., Chesla, & Yimyam, S., (2014). Spiritual healing practices among rural postpartum Thai women, *Journal of Transcultural Nursing*, 1–7, Reprints and permissions: sagepub.com/journalsPermissions.nav, DOI: 10.1177/1043659614553515

Jamjan, L., Khantarakwong, S., Hongthong, S., & Jampates, N., (2014). Thai traditional medicine for postnatal mother in the community of central region, *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, *15*(2), 195-202.

Namanee, A., (2013). The enhancement of the mother and children's health care: the perspectives from the Thai medication and the modern medication, *Thammasat Medical Journal, 13*(1), 79-88.

Nanthamongkolchai, S., Pinprateep, R., Chaumpreak, R., Poawilai, A. & Chooprapawan, J., (2004). *Tradition and Beliefs related to Birth and Postpartum practices of Postpartum Women in 4 regions of Thailand:* A research report of the 1st phase of long-term study in Thai Children. 12. 1-65.

Ponphunga, M., (2004). *Situation and problems related to using local wisdoms in the school curriculum*, Office of Primary School, Mahasarakarm Province. Thailand. Ministry of

Public Health (2009). *History of the Development of Thai tradional medicine, local medicine, and alternative medicine in Thaland (2009-2010).* Bangkok, the Ministry of Public Health, Thailand.

Sae-Lim, J., Tanthai, K., Khantiworaphong, S. & Anantasaran, J., (2013). The co-application of thai medical practices and medical sciences in pregnancy cares: A case study of Moo Baan Thato, Amphur Sadoa, Songkhla, *The 4th Research Conference of Hadyai: Research for Thai Society Development*, 10, 22-30.

Subbaya, P., (2007). Holistic Care**.** Access on March 5, 2018. From: www.yesspathailand.com/thaimassage/subbaya html

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang
QRiNH 2018 Thailand

A08: Experiential, Expressive and Equilibrium Belongingness: Psycho-spiritual Therapeutic Values of Senior Citizen Club for Octogenarian Members

Kesorn Maneewan[1], Payom Thinuan[2], Thaworn Lorga[3],
[1] Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

Email: Kasornyong@gmail.com

Background: The Health Promotion Center for Older Persons (Senior Citizen Club), Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang was established in 1997 to provide health promotion and rehabilitation services for older persons whose ages are more than 60 years. Nowadays, there are more than 2,300 members whose ages are between 60-80 years. And, there is a group of 30 older persons whose ages are more than 80 years and have been participating in regular provided activities since the beginning of the center. However, the factors that attached the octogenarians with this health promotion centers, and how those factors happen, have not been studied yet.

Objectives: To determine the experiences of the octogenarians in participating with the provided activities of the Health Promotion Center for Older Persons, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang (Senior Citizen Club).

Methodology: The participants in this qualitative study were 17 octogenarian members: 8 males and 9 females. All participants were in-depth interviewed. Data were analyzed using constant comparative analysis technique.

Results: The results showed that participating consistently and continuously of the octogenarian members in the provided activities is a significant development for them as parts of the center, the belongingness emerged from 3 themes: Theme 1, The octogenarian members gained more experiences: Learning and Growth such as doing exercise, and using medicine; Connection such as meeting the old friends, receiving messages, using information technology; Happiness and Joy such as seeing other people, Theme 2, The octogenarian members have self-expression and self-role playing; Aesthetics such as dressing up and make overs in different seasons; Competence such as playing musical instruments, dancing, singing, and being a committee and a leader; Theme 3, The octogenarian members have maintained their psycho-spiritual equilibrium: Compassion, Reduce conflicts, and Leave it be and let it be.

Conclusions and Recommendations: This study reflected the persons who are responsible to be aware of the belongingness of the octogenarian members and the balancement of provided activities to serve the older persons.

Keywords: *older persons, octogenarian members, activities, participation*

QRINH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

BACKGROUND

Thailand has been evaluated effectively in both medical and public health which caused the death rate of the population to decrease and the population has lived longevity. Furthermore, the success of the population and family planning affected the birth rate to decrease while, the proportion of older persons has been increasing. In the year 2012, there were older persons in Thailand with 12.7 of all ages in the population, and this trend is consistenly increasing (Ministry of Social Development and Human Security, 2009).

The United Nation Organization (UN) stated that any society that has a proportion of the population whose ages are more than 60 years at 10 % and above of all ages of the population of the country, means that the society is becoming an Aging Society. The UN divided the older person society into 3 levels: **Aging Society** referred to the male and female population aged more than 60 years 10 % or population aged more than 65 years above 7%; **Aged Society** referred to a proportion of the population ages more than 60 years added up to 20 % or the population ages more than 65 years added up to 14 %; and **Super-aged Society or Hyper - aged Society** referred to a proportion of the population whose ages are more than 65 years added up more than 20% of the national population (Ministry of Social Development and Human Security, 2009; Boonchai, & Wongthawasu, 2012)).

According to the population statistics of the Information Technology and Communication Center, The Secretariat Office of the Ministry of Social Development and Human Security, a number of the population whose ages are more than 60 years has been increasing continuously every year. Thailand has been an Aging Society since 2004. It is estimated that Thailand will be an Aged Society in the year 2023 (Ministry of Social Development and Human Security, 2009). And, a study of the present population structure, found that the population of Thailand now is 64,623,000 people. There are 9,517,000 people whose ages are above 60 years which accounted for 14.73 % and there are 6,408,000 people whose ages are above 65 years which accounted for 9.92 % (Boonchai, & Wongthawasu, 2012).

In Lampang Province, Nothern area of Thailand there are 757,534 people and it is divided as follows: there are 124,904 population whose ages are more than 60 years which accounted for 16.49 %, and there are 87,914 population whose ages are more than 65 years which accounted for 11.61 % (Information system for public health management, Provincial Office of Public Health, Lampang, 2013). In 1997, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang established the Health Promotion Center for Older Persons in order to promote health, perform research, provide trainings, and promote more community engagements for older persons in Lampang province. Futhermore, the center provides health promotion activities and rehabilitation services every Friday for older persons residing in Lampang manucipality, and nearby districts. The center focuses on the significance and appropriateness of the exercises for older persons that may help promote a better physical health, mobility, balancement, respiratory and cardiovascular system strength, immunization, and psychosocial health of the older persons. Futhermore, it is established to be a center that promotes human rights for older persons. There are a number of older persons ages more than 80 years that have been accessing to the provided health promotion activities since the beginning of the center until now. . The authors wonder the factors that lead the older persons to be attached with the

QRinH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

activities of the center consistently and continuously. The information may be beneficial for the persons who take responsibility in the development of the provided activities to suit with the older persons' physical and psychosocial health, quality of life and the center itself.

OBJECTIVES

To determine the experiences of the octogenarian members in participating with the provided activities of the health promotion center, Boromarajjonani College of Nursing, Nakhon Lampang (Senior Citizen Club).

METHODS

This qualitative study aimed to determine the experiences of the octogenarian members in participating with the provided activities of the health promotion center, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang (Senior Citizen Club). The authors conducted the study by indepthly interviewing the octogenarian members: 8 male and 9 females. All of them has been accessing to the center consistently and countinuosly.

Protection of Participants' right

After an approval of the proposal from the Research Ethics Committee of Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang. The authors described the study project to the expected participants that this study will benefit the octogenarian members and other older persons who access to the helth promotion center. The data were kept confidentially and was presented as a whole. The participants had the rights to withdraw or drop from the study any time and will not lose their member rights.

DATA COLLECTION

The octogenarian members who has been accessing to the center at least 3 times a month were in-depth interviewed during the months of March to May 2016.

Sample interview questions: Coming to the center, what did you receive? What are your reasons for coming to the center?, How did you feel when you come to the center?, At present, what can you say about the provided activities?

DATA ANALYSIS

After in-depth interviewing, the authors had verbatim transcribed all of the tape records. The data were analzed using constant comparative analysis technique. The authors identified the keywords of the contents, labelled, classified, compared and connected the relationships, and 3 themes emerged.

RESULTS

The results of this study showed that participating consistently and continuously of the octogenarian members in the provided activities is a significant development for the octogenarian members as parts of the center, the belongingness emerged from 3 themes: 1) the octogenarian members gained more experiences, 2) they have self-expression and self-role playing, and 3) they have maintained their inner equilibrium. The relationships that happened caused the octonarian members to receive the benefit naturally. The description of the results is presented as follows.

QRiNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

1. Gain more experiences

1.1 Learning and Growth

Gain more experiences is referred to the octogenarian members feeling of accessing in the center activities, they have knowledge, learning, and growth. For example, oneach week, the octogenarian members receive knowledge about exercising provided by the instructors who are in charged in the center, other members, and nursing students. They learned that to do an exercise is to move parts of the body, or to stimulate parts of the body to have systematic function much more than ordinary situation. The exercise is based on sex, age, and physical health status of octogenarian members individually.

As Father Boonteam told that:

> "*The instructors advise how to exercise correctly, I receive new information and knowledge, we may not stay still, but we can pick this thing up, that thing up. If my son does not stay home I can sell the thing by picking it up to the customer and this is one kind of exercise*"
>
> "*Coming here, they tell me how to do an exercise, the person who cannot exercise by dancing as the other people dance, just only do sitting exercise*" (Mother Som)
>
> "*Sometimes, I do not exercise as full option, just only Thai dance, or play a game with other people, I like that, sometimes I feel fatigue, my energy is out and cannot dance as other people do, I only take a seat and watch them and lift my arms softly as the others*" (Mother Hom)
>
> "*While I am doing exercise and feel tired, I take a seat and observe the other people. They can do that because they are still young, only 65 years, younger than me, I am 80 plus"* (Father Boonma)
>
> "*Coming to the center to do exercise as a group exercise, I have fun, there are many people, the music is joyful, and the exercise is correct as the principle*" (Mother Fongka)
>
> "*I have a chance to do exercise again and the exercises are not repeated."* "*They are always new*" "*The students teach me*" *Exercise is good, it helps physical strength*" "*My body is chubby, and we are not comfortable if we do not exercise*" (Mother Arnusorn)

Received more experiences by learning from the other members and activity providers such as speaking, enhancing positive activities, seeing the relationships of each pair of sprouts that exercise together, support each other, taking care while having the meals, giving and sharing, these activities add up to the experiences and point of view of the octogenarian members to stay together. Knowing how to communicate to the others, speak politely, sweetly, and softly. For example, ...

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang ORNH 2018 Thailand

"*Coming to the center makes me feel happy, I found many good things of older persons, and nursing students and instructors' society, they speak sweetly, and softly to other people*" (Father Choo)

"*Sometimes, seeing the sprouts go to exercise, dancing, I am glad to see that they are healthy, they are accepted, I feel that I have good mental health, I feel good, I feel attached to them*" (Mother Na)

1.2 Having news, messages, or information connection

The octogenarian members reflected that accessing to the services of this center made them knowledgeable of new information. If they only stay in their houses they may not know, or have not receive new information especially, health related information. Furthermore, coming to this center, they meet many friends, different ages, the same age, or new members, and receive news and messages, connect with other people using contemporary information technology make them feel relieved from loneliness. For example.

"*Staying at home is ordinary, it is lonely, coming here I receive information and message from the doctors or pharmacists, such as, taking the medicine correctly, and at the right time.*" (Mother Arnusorn)

"*Had seen a new video from the internet - the Lord Buddha*" " *I Received new information a lot from the instructors, students, and key speakers, sometimes, other older persons had searched, looked for, read, then they share or tell me, they tell it to me every Friday*" (Mother Baukli)

1.3 Feeling about Happiness and Joy

Receiving information and messages led the octogenarian members to be happy and joyful such as they are very happy to have a chance to talk to their old friends, having new friends, and hearing the laughter from the different groups of speaking. Some people speak very funny, they talk about funny stories, some people tell about their international trips such as Laos, Japan, and China. Some people talk about their work such as their volunteer work in the hospital, some people talk about their families. For example, ...

"*Coming to this center, I have a chance to meet my old friends, smile and laugh to each other*" "*Laughing help release stress and feel relaxed.*" (Mother Baulai)

"*They told me about Loas*"(Father Dee)

"*They talk about their trips to Japan and China*"(Father Yai)

Receiving more experiences of the octogenarian members happen based on 3 key aspects: learning and growth, the connection of information and message, and the happiness and joy of participations that are the reasons of the octogenarian members whose ages are more than 80 years to come to the center.

2. Self-expression or Self- role playing

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang CRNH 2018 Thailand

Self-expression or Self-role playing is referred to the octogenarian members feeling that there are some parts of their life that are still valuable. Their body changed at the age of 80. They can still be able to do some activities or take some roles. If they are at home, they cannot express their roles to be recognized by other people. However, coming to participate in the activities provided by the center, the octogenarian members get a chance to touch and learn about sciences and arts along with the different ages of octogenarian members. The octogenarian members also feel that they want to bring out their existing value and feelings, trait competence, or concealed competence.

As Father Sri told that...

"*I have played a violin since I was young, when I play it with a band I feel very happy, playing alone is not fun*"

"*When I was young, I liked to sing a song, dance, and play piano. Nowadays, I cannot play piano, playing piano is fun. Every time I see other people play, I feel happy. But right now, I just only dance some steps of Ballroom. In the past, I also used to skate*".

Furthermore, self-expression or self- role playing reflected the octogenarian members' aesthetics feelings individually.

2.1 Having aesthetics feelings

Participation at the health promotion center which is the center that gathers octogenarian members with different kinds of skills and competencies such as playing musical instruments, singing, dancing, performing diverse branches of arts which come in each of their life span is a way of expressing the aesthetic feeling. Some of them used to perform in shows and received applauds, positive responses, and reinforcements from the audiences. The greater number of octogenarian members participating in this health promotion center, is also increasing the number of cultures, local wisdom, and diverse kinds of career. Therefore, this center is a place where the octogenarian members could express out their aesthetics which they kept for a long time. Such as, one older person who used to be a trainer for the ladies competing in the beauty contest has the ability in dressing, and make overs, shows herself neatly by dressing beautifully all in all seasons. Moreover, for the octogenarian members who used to be instructors in the government schools, they are competent in dancing the cultural dance. Some octogenarian members can also dance such as the "Lanna" dance (the Thai northern dance), weapon dance which stimulates the thrills in the heart of the audiences, and the present generation who have not seen this performance.

Mother Baujan told that...

"*On Somdej Yaa Day (King Rama 9's mother Day, we dressed ourselves with red silk*"

"*On the significant days, we would dress up and wear make up, we would not dress ourselves simply*"

"*The older persons need to dress ourselves in bright colors*" (Mother Som)

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang QR'18 2018 Thailand

"*Today, we dress up ourselves as beautifully, we have foreign visitors.*" (Mother Bauleaw)

Taking part their roles reflected the specific abilities of octogenarian members. Therefore, the participation of octogenarian members in the activities that the center provided, this place is therefore used to gathered the octogenarian membersto show their competencies and abilities.

2.2 Competence

The octogenarian members performed many kinds of their competencies at the center such as dancing, singing especially Joy-Sor (the Northern style narrative poem), and sewing banana leaves (to make Baisri)

as Mother Hom told that .....

"*Coming here, I can dance, sing a song, and watch the sprouts perform the shows"*

"*I had practiced dancing, Ballroom step, the foreign visitors will be here, I have to practice*" (Mother Bauleaw)

"*Who wants to sing whatever song, have to communicate to the Elderly Band, we will not be shy to the visitors*" (Father Tha)

"*When dancing is performed, we have to notice each pair of the dancers, they are husband and wife*" (Mother Na)

3. Equilibrium: the peace of mind

Maintaining lifestyle under the limitation of ages, decreasing of physical functions (such as risk driving caused from eye sights), doing activities as much as possible are the truth that the octogenarian members can accept. These are reasons that help the octogenarian members to live happily with peaceful mind, and the equilibrium of body and mind.

As Mother Baulai stated that…

"*What we can do more? It is not the same as we were young. Now, we just only, sit down or sleep, we are not comfortable to go to any place. -We are afraid to fall. Even in driving, we have to be careful. Actually, for us, we like to take it easy, live simply, whatever we can do we will take it as easily as possible*"

"*We will go to the center until we have no strength , now I have someone younger to drove for me, and I do not go to the center some Fridays. I go to the doctor. Going to the center, I am more happy than staying at the home, I have nothing to do.*"

"*Every Friday, I get up early in the morning, I feel very glad, after dressing, I take the minibus(2-row) to the center. I pay 30 baht to be there, and 30 baht to go back home, I feel comfortable"* (Mother Fangkha).

QRNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

Participation at the center is the way to keep equilibrium of mind and spirit. It could help to have peace of mind. The octogenarian members learned that equilibrium in mind comes from

1). Compassion as Father Jan told that…

"*If they sing a song too loud we leave the place for few minutes, we know that they are having fun*"

2). Decreasing self- conflict as Mother Hom told that…

"*If the music is too loud, we go to tell them to reduce the noise*"

3) Leave it be and let it be as Father Jan said that…

"*Some people are quite talkative, also, their attires does not suit with the situation, but we just keep quiet*"

Maintaining equilibrium and having peace in mind led the octogenarian members to have a chance to understand other people, reduce the conflict in their mind to what they dislike, such as some octogenarian members ignore the loud music or noise from the drum, and dancing too much. They participate in the activities they like instead. Sometimes they leave from the place or situation but remains to be a member of the group, sometimes they talk to their friends, or keep quiet.

The octogenarian members participate consistently and continuously in the activities that the center provides. They feel attached, become parts of the Center and deal with their experiences together and relationships. They use the center as the base of their society to express their roles and values. The octogenarian members had adapted themselves naturally which made them happy and have the equilibrium in their late of life.

DISCUSSION

The study focuses on three key factors, experiences, expression and equilibrium, which leads to belongingness. The experiences of the octogenarian through the activities in the health promotion center plays a great role in maintaining the well-being of the octogenarian. A study conducted in the Netherlands found that social cohesion, belonging and changes predicts the social and physical well-being of the older people (Cramm, & Nieber, 2015). In the same study, the researchers showed that the activies and the surrounding of the older people affects their overall well-being, for instance, a poor neighborhood conditions can cause challenges for the older person to gain more support as most of them live alone. This situation is similar with Thailand, where in many octogenarians live on their own because other family members work inside or outside the province. Furthermore, a study conducted with Medicare population participating in senior-oriented programs also claims that the more active the participants are, the more likely to decrease morbidity, accidental injury, health care costs, and potentially even mortality (Hamar, Coberley, Pope, & Rula, 2013). In addition, in a report article, it was stated that participation is associated with social, mental, and physical health benefits. Senior centers promote health by providing health and support services, encouraging active and healthy aging, and by fostering a social environment that is conducive to social participation and well-being. Senior centers are also ideal venues for health promotion interventions, such as falls prevention, influenza vaccines, diabetes management, and so forth (Novek, Menec, Tran, & Bell, 2013). This support the importance of socialization to be able

QRINH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

to gain knowledge and be able to apply it. It also provides them updates to current issues, especially about health.

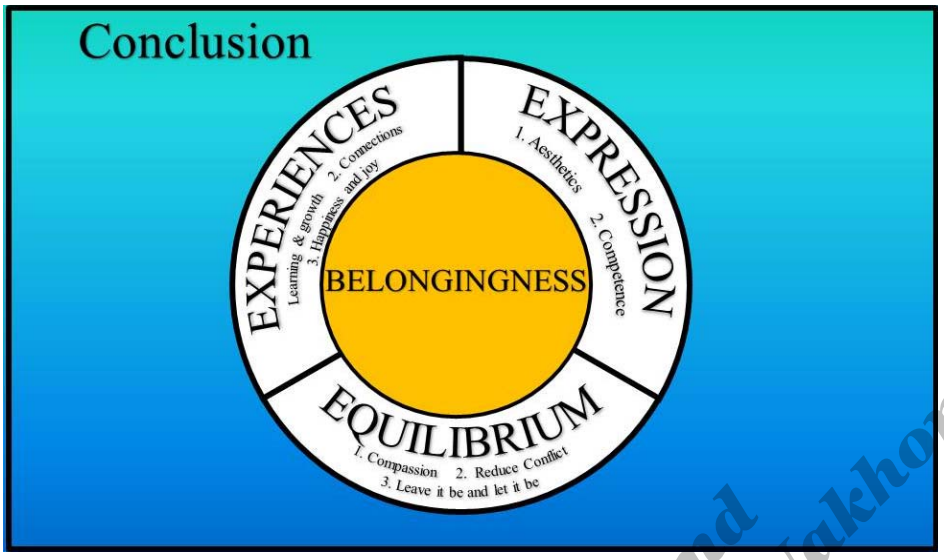
The octogenarian is able to express themselves by creative activities and performances on their own guided by the staff. Through this, they are able to express themselves uniquely in the way they want. Phillips, K. (2007) also concluded that using creative activities in the form of art theraphy, poetry, journaling, reminiscene, and groups provide physical and physiological benefits. Being able to participate in different activities boost the self-confidence of the octogenarian. They get the chance to express themselves, show their aesthetic ability and competence which they do not usually express at home and usually forgotten. To be able to express this again, the octogenarian involves themselves to clubs because senior centers offers a range of educational opportunities that promotes learning, creativity, and skills development (Novek, et al., 2013). Elderlies are also known as leaders because of their experiences, but when they reach the retiring age, the opportunities may not be as welcoming to them. In senior centers, volunteering opportunities enable older adults to socialize, contribute to their communities, and share their knowledge and skills (Novek, et al., 2013).

De Frias, C. & Whyne, E. (2014) stated that by being mindful of momentary physical, affective, and cognitive experiences, the individual may improve affect regulation in stressful situations which would then protect mental-health functioning and boost successful aging. This supports the idea that when the octogenarian is able to control unnecessary outburst and calmly deal with situations, it reduces the negative mental effect. This also provides a chance for the octogenarian to create interventions in dealing with different situations. Mindful individuals are less likely to form habits of negative thinking or rumination which tend to increase distress (Epel, et al., 2009), meaning it helps reduce the risk of stress by training the individual to react with caution which makes them more positively reactive rather than being negative in the face of stressful situations.

Overall, the activities that provides experiences, expression and equilibrium are all interconnected leading to a sense of self-worth or belongingness. As mentioned, the octogenarian are mostly alone and the weekly gathering of the octogenarian gives them something to look forward to Hemingway, & Jack, (2013) stated in their study that for some elderlies, they described attendance at the club as providing the only contact with others, indeed the weekly club for some was the only source of conversation in the entire week. Some elderlies living with their family still described feeling lonely as they did not feel they were truly engaged with their family in a way they enjoyed. In addition, in some cases, some elderlies who live with their family members could not meaningfully engage with their family in a technological world with mobile phones, music, and televisions constantly on in the background. In this way they felt they would rather socialise with their peers than be in a world they did not feel part of or want to belong to. This depicts the importance of the time they spent with other octogenarian during gatherings. The activities in the senior clubs give them opportunities to engage and feel their need in the group (Jiradetprapai, 2011). Elderlies thought that the activities provided them with social benefits, allowing them to socially interact, be part of a community, and develop close relationships (Bunnarakorn, 2009; Novek, et al., 2013). Providing a place where in they are not judged for their age provides them solace and therefore makes them feel more confident and assured that they are still part of the growing and developing society and that they are still capable of joining various activities.

QRINH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

CONCLUSION AND RECOMMENDATION



Experiences, Expression and Equilibrium Belongingness: Psycho-spiritual Therapeutic Values of Senior Citizen Club for Octogenarian Members

The authors conducted the study about the experiences of the octogenarian members who participated in the Health Promotion Center, Boromrajonani College of Nursing, Nakhon Lampang during March to May, 2016. The results showed that participating consistently and continuously of the octogenarian members in the provided activities is a significant development for them as parts of the center, the belongingness emerged from 3 themes that: the octogenarian members gained more experiences, 2) they have self-expression and self-role playing, and 3) they have maintained their inner equilibrium. This study reflected the persons who are responsible to beware of the belongingness of the octogenarian members and the balance of provided activities. The objectives of the provided activities may serve as: 1) to promote psycho-spiritaul health of the octogenarian members in order to maintain the equilibrium, and to make it compatible with the received experiences and shared expression of the octogenarian members; 2) to be a guideline in developing the provided activities and newer designed activities in order to respond to the needs of older person who are getting more older; and3) to inspire the instructors, staffs, and the administrative committee of the center to be aware about the provided activities for the increasing numbers of the octonarians members.

QRNH2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

ACKNOWLEDGEMENT

The authors wold like to express our appreciation to the octogenarian members who participated in this study, older persons and Boromrajjonani College of Nursing Nakhon Lampang who supported the project.

REFERENCES

Hemingway, A., & Jack , E.(2013) "Reducing social isolation and promoting well being in older people", Quality in Ageing and Older Adults, 14(1), 25-35. https://doi.org/10.1108/14717791311311085

Boonchai, P., & Wongthawasu, S. (2012). Preparation of labor age for entry into the elderly with quality of people in Don Daeng Subdistrict Administration Organization, Nong Song Hong District, Khon Kaen. Valaya Alongkorn Review, 2(2), 1-10.

Bunnarakorn, S. (2009). Holistic health promotion for all ages. Songkhla: Tempe Printing.

Cramm, J & Nieboer, A. (2015), Social cohesion and belonging predict the well-being of community-dwelling older people. BioMed Central

De Frias, C. & Whyne, E. (2014). Stress on health-related quality of life in older adults: the protective nature of mindfulness. Retrieved on 17August, 2017. from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4299552/

Epel E. Daubenmier J. Moskowitz J.T. Folkman S. & Blackburn E. (2009). Can meditation slow rate of cellular aging? Cognitive stress, mindfulness, and telomeres. Annals of the New York Academy of Sciences, p. 34–53. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.04414.x.

Hamar, B., Coberley, C., Pope, J., & Rula, E. (2013). *Impact of a Senior Fitness Program on Measures of Physical and Emotional Health and Functioning.* Retrieved on 17 August, 2017 from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3870597/

Jiradetprapai, D. (2011). A study of preparation before aging, adaptation and life satisfaction of the Young-old in Phasi Charoen District, Bangkok. Ramkhamhaeng Journal. 28, 621-624.

Ministry of Social Development and Human Security. (2009). The situation of the elderly in Thailand. [Online] Retrieved on 17 August, 2017 from http://www.m-society.go.th/document/statistic/statistic

Novek, S., Menec, V., Tran, T. and Bell, S. (2013). Social Participation and it's Benefits. Retrieved on 17 August, 2017. from https://www.gov.mb.ca/seniors/publications/docs/senior_centre_report.pdf

Novek S, Menec V, Tran T, Bell S. (2013). Exploring the Impacts of Senior Centres on Older Adults. Winnipeg, MB: Centre on Aging.

Phillips, K. (2007). Creativity in Older Adukts: A Plethora of Possibilities. Retrieved on 17 August, 2017 from https://pdfs.semanticscholar.org/492b/99a899e93a9749c3fb9c4585aed84f7c657f.pdf

QRNH 2018 Hosted Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

A09: Ordinary Happiness from Being Mobile: Experiences of Thai Older Persons Using Assistive Mobility Technologies

Thaworn Lorga[1], RN, PhD, Kawaree Watalo[2], Calita Dhammasit[2], Chwarin Manochai[2], Nonticha Promwong[2], Nusarin Tubwai[2], Prapaporn Madee[2], Parichat Pangkaew[2], Mantila Saejall[2], Rungsiya Danintha[2], Sutita Dangdum[2]
[1] Instructor, Boromrajonani College of Nursing, Nakhon Lampang
[2] Student Nurses, Boromrajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

Background: The number of older person to this day is increasing continuously as technology takes more roles in assisting the older persons' mobility. However, there are still limited studies about the experiences of older persons in using technology in assisting them.

Objectives: To describe the experiences of the older persons who use assistive technology for mobility. And, to search for factors that help the older persons to move and live happily.

Methodology: There were 11 older persons who participated in this qualitative study. Their ages were more than 60 years old and utilized an assistive technology for their mobility. All of participants underwent in an in-depth interviewed and was recorded. Data were analyzed using constant comparative analysis technique.

Results: There were 5 aspects which emerged from the study: 1. Factors that help determine the suitability in using assistive technology in older persons; 2. Characteristics of a good assistive technology for mobility; 3. Function of the assistive technology; 4. Painless and Confident Movement; and, 5. Technology helps to produce a normal and happy living.

Discussion, Conclusions and Recommendation: Assistive technology for mobility is essential for older persons to live normally and happily. Providers may support older persons in using technology appropriately and confidently by assessing knowledge, ability, and physical preparedness. At the same time, providers may set a criterion to determine and select proper technology for the older persons. The older persons' families may evaluate places and activities to select an appropriate device, or they may modify the places and activities in order to utilize the device. The assistive technology for mobility may be diversely selected depending on the older persons' activities. Furthermore, training, demonstration and return demonstration may benefit the older persons in maximizing the devices that can assist them in their daily activities. Moreover, studies on the role of technology and devices in response the older persons need is still needed.

Keywords: *older persons, assistive technology, mobility, experiences*

QRINH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

BACKGROUND

The total population of Thailand is 65.9 million people and over 11 million or 16.5 percent are older persons aged 60 and above which continuously increases annually. It is expected that in 2020, Thailand will become a completely mature society with a 20% older population (Thai Elderly Research and Development Institute Foundation, 2016). With the 23.5 percent of the age index, Lampang province consist of the highest number of older persons nationwide (Thai Elderly Research and Development Institute Foundation, 2016).

The elderly is a person who is older than 60 years old. It is the age in which manifests physical changes and deterioration of the function of various organ systems which can lead to accidents or illnesses (Chittaphunkul, Suriyawongphaisan, Kunanusan, & Poolcharoen, 1999). These illnesses and accidents may cause immobility in daily activities. For examples, changes of the nervous system, numbers of neurons and effectiveness of brain function decrease, memory deterioration, decrease of reflexes, slow movement and thoughts that make the older persons to have accidents easily (Faculty of Medicine, Chiang Mai University, 2013).

Another important change is the vision. Most seniors have poor vision; Hyperopia or long sightedness can make them incapable of seeing closer objects clearly. Seeing in the dark or in the night time also becomes difficult without the help of light. The older persons have narrow vision field, degeneration of the eye ball muscle, and sensitivity to image is decrease (Faculty of Medicine, Chiang Mai University, 2013).

In addition, the elderly also experiences changes in muscles and bones. The amount and size of muscle fibers, and the muscle contraction power decrease, various movements become inflexible. Bones become lighter due to excessive lack of calcium that results to weak and brittle bones (Faculty of Medicine, Chiang Mai University, 2013). The length of the spine is reduced, cervical bones are thinner, more humpback, height reduces by 3-5 inches. Rheumatism is also present due to the articulate cartilage degeneration resulting into inflexible joints. The contraction of the joint causes inflammation and infection. The most common areas are the knees, hips, and the spine (Pakanta, 2013; Phirsungsong, 2013)

The degeneration of the body functions due to aging, illness or accidents may lead to the immobility of the older persons or may also cause difficulties in movement. This limits the older persons in their daily activities which cause them to depend on their keen or other people to help them (Thanapoom, 1992). However, due to economic and social reasons their offspring have to work outside of their home, or even to another province. The older persons have no one to take care of them all the time and continuously. The older persons then adapt in using technology in their daily life (Agthong, 2009; Poncumhak, 2013).

The technology used that had major role on the older persons is the assistive technology for mobility. To have the ability to move or to be mobile again enables the older person to have a normal life without depending on other persons and gaining happiness in the process (Davenport, Mann, & Lutz, 2012). Sometimes assistive technology for mobility is huge and heavy that the older persons could not use it easily. The technology may also be unsuitable for

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang
QRNH 2018 Thailand

the environment of the older persons' houses. There are cases where in the technology causes the older persons to lose their self-perception that is why they need to adapt and learn how to be familiar with the devices they can use in their daily life for them to be happy (Davenport, Mann, & Lutz, 2012).

Therefore, the researchers weighted the significance of the older persons' experiences about utilization of assistive technology for mobility in their daily life by conducting an in-depth interview. The data obtained will be beneficial for the understanding of this issue and may be applicable to work, and develop nursing practice. In addition, the data may help in providing suggestions for the device instruction that can help the older persons to be familiarized with assistive technology, fast and easily, and may reduce the problem caused by technology.

OBJECTIVE:

To describe the experiences of older persons who use assistive technology in their mobility. And to search for factors that could help older persons to be mobile and to have happy daily life.

METHODOLOGY

This study is a qualitative study. There were 11 older persons who had aged more than 60 years and use the assistive technology in their mobility who volunteered to participate in this study. The researchers had worked based on the following steps:

Protection of Human right

The researchers submitted the study proposal to the Research Ethics Committee of Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang. After the approval of the proposal, the researchers explained the study project to the expected participants. And, described that this study will benefit the older persons and others who use assistive technology for their mobility. The participants underwent in-depth interview. The data were kept confidentially and was presented as a whole. The participants had the rights to withdraw or drop from the study any time and will not lose their patient rights.

The researchers, as the instrument of the study were trained about how to conduct an in-depth interview from experts for 3 hours. The researchers had discussed together about the method and the ways to collect the data to reduce the error from different individual. Then, the author collected the data and had tape recorded all interviews. Each participant has an in-depth interview for 30-40 minutes.

Data Analysis

After interviewing, data were transcribed using verbatim technique, then, constant comparative analysis was used to categorize the data. Then the data was compared based on the similarities and differences of the data, and linked the relationship of the data. There were 5 themes which emerged from the study, they are as follows:

QRINH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

1. Factors that help determine the suitability in using assistive technology in older persons;

2. Characteristics of a good assistive technology for mobility;

3. Function of the assistive technology;

4. Painless and Confident Movement;

and, 5. Technology helps to produce a normal and happy living.

Factors that help determine the suitability in using assistive technology in older persons

The results showed that the certain activities, places, and the older persons' physical health were the key factors in helping the older persons to select a suitable technology for their mobility.

1. Certain activities in the daily lives of the older persons need assistive technology such as devices that helps in walking, getting up from a seat, and getting out from their homes.

> *"I use a walker when I walk to the bathroom"*
> *Deaunpen (76 years old)*

> *"A Cane, I use a cane to help me when I walk inside my house and the cane help me to stand up from the seat."*
> *Somsri (77 years old)*

> *"When I get up from the bed in the morning, I use tree legs (tripod cane).."*
> *Deaunpen (76 years)*

> *" I used my cane when I go out my house, go to the temple, go to the funeral, every time when I go to see the doctor, go to visit my sister."*
> *Jankhome (67 years old)*

> *" When I go outside I use a wheeled walker"*
> *Saijai (69 years old)*

2. Places refer to the places where the older persons have their activities such as bed room, bathroom, kitchen, or the front yard, including the environment and surfaces of the area. For examples....

> *" Inside my house, if the surface is plain or smooth, I use the cane"*
> *Deaunpen (76 years old)*

> *" In daytime, I use a cane, the door of the bath room is narrow I cannot use the wheelchair" Meena (85 years old)*

> *"I like to use a cane much more than a walker, the walker is clutter and needs more space." Mali (73 years old)*

QRiNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

"Outside the house, if I use a wheelchair I may not go to any place,
I am afraid that the road is pitted"
Boonmee (80 years)

"When I go to buy my food outside my house,
I use a wheeled walker; it is convenient"
Saijai(69 years)

3. Physical health referrs to the health status, illness, strength of the older persons' body and also the ability that the older persons can do in activities. For example:

3.1. Physical illness

"I fell on the floor in this house, and it made me unable to get up by myself
I have to use a walker"
Boonsong (70 years)

"..I have 4 legs (a walker), but I do not use it, I use it after I had an operation."
Jankhome (67 years old)

" My tendons at the heel are damaged, I got an operation 7 years ago, this caused me to be unable to walk, the doctor told me to use a walker"
Deaunpen (76 years old)

3.2. Deterioration due to Aging

" My daughter told me to use a cane, it would help me to go to any place I want, at least if I had an imbalance, I could use this cane"
Khomemee (85 years old)

" At this time, my eyes could not see clearly,
I am getting old, I am 90 years old, my sight is not good"
Boontha (90 years old)

Characteristics of a good assistive technology for mobility

In addition, the older persons had indicated the characteristics of a good assistive technology for mobility which included well-grasp, light weight, balanced-base, and suitable size both in width and height.

1. Well-grasp refers to the device that could be grasped well, fit with the hand, and feel comfortable to grasp. The handle is not too small or too big. While using this device, the device is not slippery.

"It could be well grasp, fit with the hand, the crutch from the hospital is balanced well."
Somsri (77 years old)

QRNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

"*The hospital crutch is good, well-balance*".
Meesook (90 years old).

2. Light weight refers to the lightness of the object no need for much strength for lifting.

" *When we grasp, it fit with our hand and the weight is light*"
Somsri (70 years old).

"*Lifting a walker need to use much power, therefore, I use a can instead, it is lighter.*"
Saijai (69 years old)

3. Well balanced base refers to the security of the base of the device, nonskid, and could be attached well on the floor using a rubber base, or wheeled base.

" *I use a cane because the base is a rubber, it is not slippery*"
Somsri (77 years old)

" *4-legs is good, it could prevent fall, and can be used for a long time*"
Manee (71 years old)

" *The wheeled walker could help for balance*"
Saijai (69 years old)

4. Suitable size refers to the devices which have the width and height suitable with the older persons' physical health. For example:

" *Using a cane is convenient .*"
Jankhome(67 years old)

"*Easy for carrying*"
Meesook (90 years old)

" *I like a cane more than a walker, the walker needs more space*"
Mali (73 years old)

Function of the assistive technology

Key characteristics of assistive technology for mobility that help select the suitability of the device for older persons: well-grasp, light weight, balanced base, and suitable size both in width and height. If the older persons select devices based on the key characteristics, the chosen device will suit the older persons' condition and their environment which provides convenience and safety. Therefore, the assistive technology functions as an assistant in mobility, security, and convenience, and body support and strengthening.

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang
QRiNH 2018 Thailand

1. Assisting to move dexterously refers to easy to use, no interruption, and dynamic. For example

"I can walk dexterously when I use a cane"
Deaunpen (76 years old)

"Walk conveniently when I use a crutch"
Jankhome (67 years old)

"Using a cane for support and a walker sometimes could help in walking comfortably"
Saijai (69 years old)

"Nowadays, I can walk dexterously and can do my housework"
Boontha (90 years old)
"Right now, I can walk to any place conveniently, strongly."
Somsri (77 years old)

2. Security refers to well-balanced, secure attachment to the floor, and no blending. For example:

"After using the device, I have more confidence"
Saijai (69 years old)

"After using, I felt I have more confidence, I am not afraid of falls, When I sway, this help me"
Khummee (85 years old)

3. Convenience refers to easy to use, handy, light weight, and suitable with the floor. For example:

"When I go to buy food, I use wheeled walker, it is comfortable"
Saijai (69 years old)

"It is a self-care, I can do by myself, it is comfortable"
Boonsong (70 years old)

4. Body support refers to the device that could assist and support the older person's body.

"When walking, if the pain happened or almost fall,
a cane helps in supporting our body, we felt better."
Chumnan (79 years old)

"I start to walk better, when I use a cane to support"
Saijai (69 years old)

"Walking is difficult, I use a cane to help support my walking"
Somsri (77 years old).

QRNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

5. Strengthening the body refers to the device that could help older persons to have energy to be mobile.

"*A cane helped me to have more energy, helped to go to many places, without a cane, I cannot go*"
Jankhome (67 years old).

"*I am heavy, when I have a device to help me to walk, I could lift the full weight on the floor, I could help myself, I am independent*"
Manee (71 years old).

Painless and Confident Movement

Assistive technology for mobility could help older persons to move dexterously, securely, conveniently, and helps in body support and in strengthening the body. The older persons must select the technology compatible with the places, physical health, and activities. By doing so while adhering to its functions, the older persons will have a painless and confident movement. For example:

1. Painless refers to a pain free process in using assistive technology fo mobility especially for walking to support body parts such as the legs, knees, and back.

"*Using a cane, knee joint pain has reduced*"
Meesook (90 years old)

"*No pain when use it*"
Deaunpen (76 years old)

"*Using a cane helps reduce the weight pressure on my knees*"
Jankhome (67 years old)

"*Leg pain is decreased*"
Somsri (77 years old)

2. Moving confidently refers to the positive feelings on what we can do, and do not worry about what we cannot do. Belief on our value and our ability, therefore, the older persons can walk, get up, take a seat, and perform public activities happily. For example:

"*After using the devices, I feel comfortable, and have 80 % confidence*"
Chumnan (79 years old)

"*After using it I feel like I'm not afraid to fall, not afraid to slip, I walk well because it helps with balance*"
Khomemee (85 years old)

Technology helps to produce a normal and happy living

Assistive technology could help the older persons to move wherein they can do their daily activities as usual. The older persons can go to any place conveniently as they want, they can take care of themselves.

QRNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

1. Going to any places refers to the older person's access to different places as they want as usual happily. For example:

"I can walk around my house, as far as I want"
Boonsong (70 years old)

"without a cane I cannot go anywhere"
Jankhome (67 years old)

"Using a cane when walking helps"
Deaunpen (72 years old)

" Without this device, I could not go to any places"
Manee (71 years old)

2. Self-care refers to the ability of the older persons to take care of themselves, they do not need other people to take care of them.

" In the past, I have to stay in bed, when I have this cane,
it helps me to take care of myself"
Manee (71 years old)

" I can take care of myself"
Khomemee (85 years old)

I can help myself, do everything more comfortable"
Boonsong (70 years old)

3. Decrease in dependency burden to others refers to the older person's ability to help themselves, they could move by themselves. They are independent. For example:

"I am heavy, at the early stages of my sickness, my son and daughter
had to carry me together, after I had an assistive device,
I could lift my full weight on the floor, I could help myself, I am independent"
Manee (71 years old)

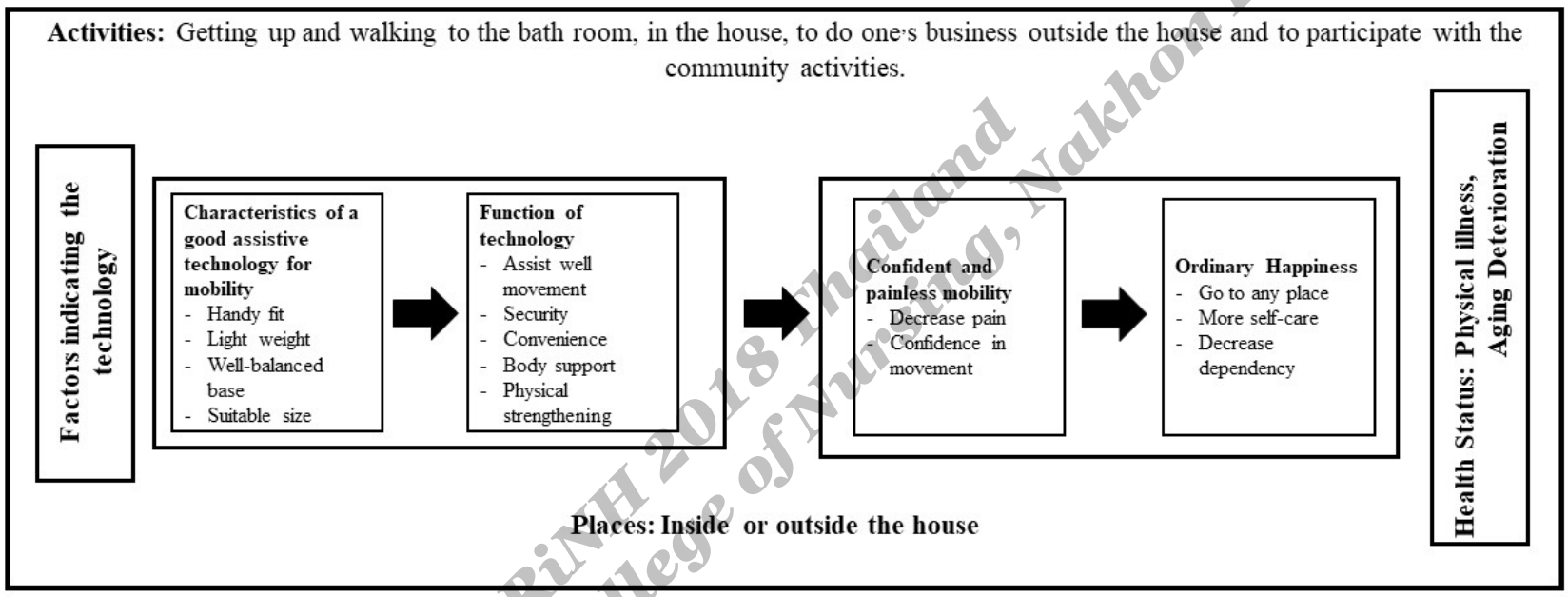
" My son and daughter do not to take care of me all the time,
they have to work at their shop, but they come back to have a meal every day"
Khomemee (70 years old)

"I can do many things by myself. In the past,
I need my nephew to support me in walking all the time."
NBoonsong (70 years old).

When older persons could move well and securely they could go to any places they want with the assistance of the device. The devices support and enhance the strengthening of the muscle to move. The more the older persons can move the more they gain their self-confidence. Furthermore, the movement could help relieve body pain. Good mobility, the older persons have a better quality of life, decrease the dependency, have more self-care, and have more happiness.

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang
ORSNH 2018 Thailand

Ordinary Happiness from Being Mobile



Happiness is a need of older persons who have mobility deficit. The older person would be happy when they could resume their normal life, they can go to any places, take care of themselves, and decrease dependency. Using assistive technology for mobility could help the older persons gain confidence, move confidently or decrease pain. The effect of the assistive technology is that the technology could function as an assist and the older persons' mobility with security, comfort, physical support, and physical strength enhancement. In addition, good technology depends on the devices' handy fit, light weight, well balance base, and suitable size. The last one is that the older persons would select the assistive technology for mobility based on the characteristics of the activities, places, and their physical health to suit their daily life.

QRiNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

CONCLUSION, DISCUSSION, AND RECOMMENDATION

Summary

Ordinary happiness of older persons happens when the older persons could move, they can go to any place, can take care of themselves, and decrease dependency by using assistive technology for mobility. This technology assists the older persons to move well, securely, comfortably, and enhances the older persons' physical strength. Good characteristics of the devices include handy fit, light weight, secure base, and suitable size. The older persons select the assistive technology based on the characteristics of the activities, places, and physical health that are suitable with their daily activities.

Discussion

From the study of the experiences of older persons who use assistive technology for mobility in Mueang District, Lampang Province, it was found that the older persons have ordinary happiness because they can go anywhere, take care of themselves, and decrease dependency. These lead to the increase of their value and their dignity which are compatible with the study of Happiness Indexes of Older Persons in Lampang Province conducted by Lorga and colleagues in 2008. The Happiness Indexes of Older Persons in Lampang Province included 9 indexes: good physical and mental health, could help indeed of their offspring, continuously offering (make merit), transferring the ancestor wisdom, volunteering for the community, interest in savings, offspring are ready to pay respect and take care of them, being in the contemporary technology era, and letting down with happiness. All happiness indexes showed that the needed factors for taking care of older persons are correlated such as economic, social, and health and are focused on the valuing of the older persons in the community and intergeneration of relationships. Findings could be discussed as follows.

1. Factors help determine the suitability

It was found that the key factors such as characteristics of activities, places, and physical health help the older persons to select suitable technology. Our study quite differed from Layton's in 2012 (Layton, 2012) which studied about the factors related to assistive technology for mobility and found that assessment of the devices was based on economic status, technology led to modifying the environment, using technology in public faced with the problem and convenience in using it in the community. Therefore, the people who intend to use the assistive technology need to modify their environment to suit with the selected technology. However, our study found that the older persons determined the places and environment before selecting the assistive technology to help their mobility.

2. Characteristics of a good assistive technology for mobility

It was found that good characteristics of assistive technology are: handy fit, light weight, well balance base and securely, and suitable size both in width and height.

3. Function of assistive technology

Good technology may function as respond to the needs of the older persons and appropriate with the individual and the environment, easy to use and safe. From this study it was found that functions of the assistive technology for mobility are as follows: could assist to walk well;

QRiNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

secured and comfortable; and physical support and strengthening. These functions are compatible with the study of Hedberg-Kristensson, Ivanoff, & Iwarsson (2007) which stated that Assistive Technology (AT) referred to the technology that utilized for producing the device that could help to add up the ability of older persons or disable persons who have a deficit to do any kind of activities in their daily life. And, those needed to depend on others' assistances as the least which covered providing care, application, and implementation to reduce the barriers of the activities.

4. Confident and painless mobility

Selecting assistive technology for mobility suitable with activities, places and physical health of the users could help the older persons gain self-confidence, and experience painless movement which is compatible with the previous study conducted by Lorga and others (2012) about experiences of older persons who fear fall, the study found that there were 2 aspects of fears:

1) Afraid of Repeated Fall which included fear to fall alone (no person to see the situation), fear to have more illness, fear to be other people's burden, and fear of death after fall.

2) Fear of Fall that affects the daily life which included the thought about their limitations, not daring in daily life, and adapting to their daily life by accepting the situation, using the religion as a refuge, self-help and family support.

RECOMMENDATION

Assistive technology for mobility is essential for older persons to live normally and happily. Providers may support older persons to use technology appropriately and confidently by assessing the knowledge, ability, and physical preparedness. At the same time, providers may set a criterion to determine and select proper technology for the older persons. The older persons' families may evaluate places and activities or may modify the places and environments in order to suit with the technology. The assistive technology for mobility may be diversely selected to be appropriate for the older persons' activities. Then, training, demonstration and return demonstration may benefit the older persons in maximizing the use of these technologies. Further studies about how the use of technology and devices can respond to the older persons are needed.

ACKNOWLEDGEMENT

Our appreciation goes to the older persons who participated in this study, Boromrajjonani College of Nursing, Nakhon Lampang and people who support for the study.

REFERENCES

Agthong, R. (2009). *Adjustment of the elderlies in Nakhon Pathom municipality, Nakhon Pathom*. (Masters' degree thesis, Silapakorn University).

Chittaphunkul, S., Suriyawongphaisan, P., Kunanusan, C., & Poolcharoen, W. (1999). *Health problems of Thai elderly 1*. Bangkok: Holistic Publishing.

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang
OKNII 2018 Thailand

Davenport, R. D., Mann, W., & Lutz, B. (2012). *How older adults make decisions regarding smart technology: An ethnographic approach.* Assist Technol, 24(3),168-81. doi:10.1080/10400435.2012.659792

Faculty of Medicine, Chiang Mai University. (2013). *Chapter 5 nervous system*. [Online]. Retrieved from http://www.med.cmu.ac.th/dept/vascular/human/lesson/lesson5.php

Faculty of Medicine, Chiang Mai University. (2013)Musculoskeletal system of the elderly. [Online]. Retrieved from http://www.trueplookpanya.com/new/cms_detail/knowledge/23886-035901/

Hedberg-Kristensson, E., Ivanoff, S. D., & Iwarsson, S. (2007). *Experiences among older persons using mobility devices*. Disabil Rehabil Assist Technol. 2(1), 15-22. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19263550

Jirapath, W. (1997). Research in the ethics of nursing researchers. Thai Journal of Nursing Research, 1(2), 292-296.

Lorga, T. (2008). Happiness Indexes of Older Persons in Lampang Province. (unpublished) Boromrajjonani Colledge og Nursing, Nakhon Lampang. Lampang Province.

Lorga, T. (2012). Fear of Fall in Older persons in Lampang Province. (unpublished) Boromrajjonani Colledge og Nursing, Nakhon Lampang. Lampang Province.

Layton, N. (2012). Barriers and facilitators to community mobility for assistive technology users. Rehabilitation research and practice. 2012(454195). https://doi.org/10.1155/2012/454195.

Loyfa, S. (2011). *Elderly and information technology*. [Online]. Retrieved from http://www.tci- thaijo.org/index.php/jiskku/article/view/6101

Pakanta, P. (2013). *Body movement and health*. [Online]. Retrieved from http://mcpswis.mcp.ac.th/.../main_php/print_informed.php

Phirsungsong, W. (2013). Preliminary movements. [Online] Retrieved from http://sportfreedomclup.blogspot.com/2013/02/blog-post.html

Poncumhak, P. (2013). *Assistive Walking Devices*. [Online]. Retrieved from http://www.smj.ejnal.com/e- journal/showdetail/

Thai Elderly Research and Development Institute Foundation, (2016). *Research and development of elderly health promotion*. [Online]. Retrieved from http://www.google.co.th/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s

Thanapoom, S. (1992). *Emotional and personality development*. Bangkok: Chuan-Pim.

QRiNH 2018 Thailand
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับนานาชาติ ๒๕๖๑

The 6th Asian Academic Society International Conference

เกณฑ์	รายละเอียด
๑. มีกองบรรณาธิการ หรือคณะกรรมการจัดประชุม ประกอบด้วย ศาสตราจารย์ หรือผู้ทรงคุณวุฒิระดับปริญญาเอก หรือผู้ทรงคุณวุฒิที่มีผลงานเป็นที่ยอมรับ จากนอกสถาบันเจ้าภาพอย่างน้อยร้อยละ ๒๕	**การประชุมวิชาการระดับนานาชาติ** International Conference on The 6th Asian Academic Society International Conference ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิระดับปริญญาเอก และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีผลงานเป็นที่ยอมรับจากนอกสถาบันเจ้าภาพ จำนวน ๑๒ แห่ง ๑๖ ท่าน คือ La-Trobe University / Australia, Stellenbosch University / South Africa, Osnabruck University of Applied Science / Germany, Mahasarakham University / Thailand, Khon Kaen University / Thailand, Mulawarman University / Indonesia, Mahidol University / Thailand, Chulalongkorn University / Thailand, University of Brunei Darussalam / Brunei Darussalam, University of Muhammadiyah Yogyakarta/ Indonesia, Thammasat University / Thailand, Syiah Kuala University / Indonesia จากคณะกรรมการทั้งหมด ๑๙ ท่าน คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๒๑
๒. มีผู้ประเมินบทความที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นด้วย และมีบทความที่มาจากหน่วยงานภายนอกสถาบันอย่างน้อย ๓ หน่วยงาน	**การประชุมวิชาการระดับนานาชาติ** International Conference on The ๖th Asian Academic Society International Conference มีผู้ประเมินบทความที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน ๑ คน จาก ๑๙ คน และมีบทความที่มาจากหน่วยงานภายนอกสถาบันจำนวน ๔๕ หน่วยงาน
๓. มีบทความที่มาจากหน่วยงานภายนอกรวมกันไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕	**การประชุมวิชาการระดับนานาชาติ** International Conference on The ๖th Asian Academic Society International Conference มีบทความที่มาจากหน่วยงานภายนอกสถาบันจำนวน ๑๐๑ เรื่องจาก ๑๑๖ เรื่อง คิดเป็น ร้อยละ ๘๗.๐๘

USE OF HERBS AMONG PEOPLE WITH TYPE II DIABETES: A STUDY OF MUEANG DISTRICT, LAMPANG PROVINCE, THAILAND

Piyatida, Junlapeeya[1], O-Pas, Pramoonsin[2], Chaunpis Intasong[3], Natticha Jaruenporn[3], Gewalin Jannuan[3]

[1]*Adult and Geriatric Health Nursing, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, Lampang, Thailand*

[2]*Community Health Nursing, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, Lampang, Thailand*

[3]*Student Nurses, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, Lampang, Thailand*

Corresponding author's email: pjunlapeeya@gmail.com

Corresponding author's email: pjunlapeeya@gmail.com

Presenter's email: yoyaoop1990@hotmail.com

ABSTRACT

Uncontrolled blood sugar level in people with Type II Diabetes Mellitus leads to serious complications. Controlling blood sugar level is still a big challenge which leads to the use of herbs. This survey study aimed to investigate the use of herbs among persons with type 2 diabetes residing in Mueang District, Lampang Province. Stratified random sampling technique was used to recruit 374 participants. Data were collected using the 22 closed-ended, self-reported herb use questionnaire. Content validation was done by five experts and yielded the index of congruence of 0.95. Data analysis was conducted using descriptive statistics.

Results showed that 300 participants (80.21%) did not take herbs because they were not confident about its efficacy (34%). Seventy-four participants (19.79 %) took herbs to lower blood sugar level and alleviate disease complications. Sixty-four participants (90.14%) took herbs with prescribed medications while 7 (9.86%) decreased the use of their prescribed medications. Thirty-eight types of herbs were reported and the top three were Yanang (Tiliacora triandra), Ma Toom - Bael (Aegle marmelos), and Siang Da (Gymnema inodorum). Twenty-three participants (31.08%) were recommended to use herbs by friends and 13 (17.57%) by healthcare personnel. Thirty-one participants (41.89%) never evaluated the effectiveness of herbs. Eight participants (10.81%) reported heart palpitation, fainting, and stomachache as side effects. Twenty-six participants (35.14%) were asked about the use of herbs by healthcare personnel. Fifty-three participants (71.62%) did not notify healthcare personnel about their use of herbs because they were never asked and afraid to be blamed. Sixty-two participants (88.78%) would like to receive more advice from healthcare personnel regarding their use of herbs.

Healthcare personnel should provide assurance and are obligated to assess and advice effective integration of herbs and prescribed medications.

Keywords: Type II Diabetes Mellitus, Herbs, Blood sugar level

1. INTRODUCTION

Type 2 diabetes is a progressive chronic disease caused by resistance to the normal effects of insulin in the body and/or gradually loses the capacity to produce enough insulin in the pancreas. According to the International Diabetes Federation (2015), there were 415 million people worldwide with diabetes in 2015 and expected to increase to 642 million people in 2040. For Thailand, the Bureau of Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health indicates the growing diabetes mortality rate per 100,000 population in 2013 to 2015 was from 14.93 to 17.53 and 17.83, respectively (Department of Non-Communicable Diseases 2017). In 2018, 2,744,050 people were diagnosed with diabetes in Thailand and 302,109 patients are in the northern region. Lampang is ranked third among northern provinces with 41,760 patients and at morbidity rate of 5,583.30 per 100,000 population.

Uncontrolled blood sugar level in people with Type2 diabetes leads to serious vascular complications including diabetic retinopathy, diabetic foot infection, diabetic nephropathy, and cardiovascular disease. With diabetes medications and lifestyle modification, controlling blood sugar level is still challenging for some people. Previous studies revealed that40.5 % to 96.5% of people with diabetes use herbs in combination with prescribed medications to lower their blood sugar level (Khema 2008; Utayanin 2011). Although the Ministry of Public Health recommends to integrate Thai traditional medicine with prescribed medications, guidelines are not available for healthcare personnel and specific information is limited to the public. Improper use of herbs can cause drug interactions with prescribed medications and harmful health effects such as hypoglycemia, increased blood pressure, kidney problems, and unconsciousness (Soontornyothin and Booranasapkajon 2012). The study of herb use among people with type 2 diabetes in Lampang province can provide essential information for healthcare personnel to increase understanding and deliver effective guidance to the guidance to the patients.

2. STUDY AIM

This study aimed to investigate the use of herbs among persons with type 2 diabetes residing in Mueang District, Lampang Province, Thailand. In this study herbs refer to fresh and processed plants that people with type 2 diabetes used to reduce blood sugar levels and treat diabetes-related symptoms. Use of herbs refers to purposes of using herbs, types of herbs, methods of herb use, sources of herbs, sources of information about herbs, reasons to use herbs, results of herb use, evaluation of side effects of herbs, notification about herb use to healthcare personnel, advice needed from healthcare personnel, and overall perception about herb use result.

3. METHODS

3.1 Research design, participants, and setting

A cross-sectional method was employed in this study. Population were 10,261 patients diagnosed with type 2 diabetes and registered to be treated at 27 primary care units located in Mueang district of Lampang province and aged 15 years and over. The Taro Yamane method with 5% error and 95% confidence coefficient was used for sample size calculation (Yamane, 1967) and reached 312 subjects. With 80% response rate, the number of subjects was increased to 374 (LameShow, Hosmer, Klar & Lwanga 1990). Stratified random sampling technique was used to recruit subjects. Primary care units were divided into 3 groups by their sizes, 5 big, 13 moderate and 9 small primary care units which derived the proportion of 1 big, 3 moderate, and 2 small primary care units. Primary care units were then randomly selected and the number of subjects from each unit were identified by the proportion of the patients in each unit. Random sampling was done to derive the subjects in each unit.

3.2 Ethical considerations

The researchers approached the subjects at the primary care units and explained the purpose and procedure of the study, confidentiality, privacy, and rights to each participant. Subjects who voluntarily agreed to participate in the study signed a written informed consent form. This research project was approved by Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang Ethics Committee.

3.3 Data collection

Data were collected using the self-reported 22 multiple responses closed ended Herb Use questionnaire which asked about purposes of using herbs, types of herbs, methods of herb use, sources of herbs, sources of information about herbs, reasons to use herbs, results of herb use, evaluation of side effects of herbs, notification about herb use to healthcare personnel, advice needed from healthcare personnel, and overall perception about herb use result. This questionnaire was modified from Herb Use in Diabetic Patients questionnaire (Khema 2008). Content validation was tested by five experts, two experts in herb, two experts in pharmacy, and one expert in diabetes. The index of congruence was 0.95. Data collection was conducted during January 10 to May 20, 2018.

3.4 Data analysis

Descriptive statistics were used to analyze demographic data and the use of herbs.

4. RESULTS

The demographic characteristics of the subjects are presented in Table 1. The majority of the subjects were female (68.18%). The mean age was 63.49 years (standard deviation = 9.60), and 70.05% were married. Most of the subjects had an educational level at primary school (72.73%), worked at home (40.91%), and had monthly income lower than 3,000 baht (51.87%).

Table 1: Subjects' characteristics (*n* = 374)

Characteristics	N	percent	mean	Standard deviation
Gender				
female	255	68.18		
male	119	31.81		
Age) years) (Min=27, Max=99 (			63.49	9.60
Weight) kilograms( )Min=33,			59.51	13.51
Max=150(			155.19	13.71
Height) centimeters( )Min=100,				
Max=180(	20	5.35		
Marital status	262	70.05		
Single	85	22.73		
Married	7	1.87		
Divorced/Widowed				
Separated	47	12.57		
Education level	272	72.73		
No formal education	46	12.30		
Primary school	6	1.60		
Secondary school	2	0.53		
Bachelors				
Higher than Bachelors	153	40.91		
Occupation	91	24.33		
Work at home	66	17.65		
Self-employed	39	10.43		
Sellers	20	5.35		
Farmers	3	0.80		
Retired				
Government officers	45	12.03		
Monthly income (baht)	194	51.87		
No income	74	19.78		
< 3,000	45	12.03		
3,001 – 5,000	15	4.01		
5,001 – 10,000				
> 10,000				

Health related data of the subjects are shown in Table 2. The majority of the subjects had comorbid disease(s) (83.95%). The mean duration of having diabetes was 10.92 years (standard deviation = 10.86). The majority of the subjects received oral medications (90.91%) and modified their life styles (95.99%). Most of them (61.99%) had normal fasting blood sugar level.

Table 2: Health related data (*n* = 374)

Health related data	N	Percent	Mean	Standard deviation
Comorbid diseases				
yes	314	83.95		
No	60	16.04		
Family history of diabetes				
No	189	50.53		
Father	37	9.89		
Mother	59	15.78		
Children	25	6.78		
Spouse	57	15.24		
Brothers or sisters	48	12.83		
Duration of having diabetes			10.92	10.86
)Min=1 month, Max=55 years(				
Treatment modality				
Oral medication	340	90.91		
Insulin Injection	34	9.09		
Oral medication and insulin injection	25	6.68		
Life style modification	359	95.99		
Fasting Blood Sugar Level)n= 321(			128.99	34.34
Normal 70-130 mg/dL	199	61.99		
Higher than normal) > 130 mg/dL)	120	37.38		
Lower than normal) < 70 mg/dL(	2	0.62		

Use of herbs revealed that 300 out of 374 subjects (80.21%) did not take herbs because they were unsure about its efficacy (34%) and were not recommended by healthcare personnel (16.67%). Seventy-four subjects (19.79 %) took herbs to lower blood sugar level and alleviate disease complications. Sixty-four subjects (90.14%) took herbs with prescribed medications while seven (9.86%) decreased the use of their prescribed medications. The mean duration of herb use was one year and five months. Most of the subjects used one kind of herb (67.86%) while 32.14% used two to more than three kinds of herbs. Thirty-eight types of herbs were reported and the top three were Yanang (Tiliacora triandra), Ma Toom - Bael (Aegle marmelos), and Siang Da (Gymnema inodorum). The majority of the subjects (66.22%) used fresh herbs, 14.86% used dried herb and the rest used the processed herbs such as tea, juice, capsules, tablets, powder, and fermented drink. Most of the subjects grown their own herbs (62.16%), followed by purchasing from venders (37.84%). Maximum monthly expense of herbs was 2,250 baht while 70.27% of the subjects did not pay for herbs. Twenty-three subjects (31.08%) were recommended to use herbs by friends and 13 (17.57%) by healthcare personnel. Thirty-one subjects (41.89%) never evaluated the effectiveness of herbs. Eight subjects (10.81%) reported heart palpitation, fainting, and stomachache as side effects. Seeing other diabetic patients effectively using herbs to lower their blood sugar level had an influence on 25 subjects (33.78%) and another 21 subjects (28.38%) used herbs because of their family members. Thirty-eight subjects (51.35%) indicated that herbs can decrease their blood sugar level, however, eight (10.81%) revealed the increase of blood sugar level, two (2.70%) reported no difference and 14 (18.92%) said they were not sure about the result. Twenty-six subjects (35.14%) were asked whether they use herbs by healthcare personnel. Fifty-three subjects (71.62%) did not notify healthcare personnel about their use of herbs because they were never asked and afraid to be blamed. Sixty-two subjects (88.78%) would like to receive more advice from healthcare personnel regarding their use of herbs.

5. DISCUSSION

The findings that about 20% of the subjects in this study used herbs are much lower than that revealed in previous studies which ranged from 40.5% to 96.5% (Khema 2008; Utayanin 2011). This may due to the fact that this study did not count having herbs in meals as use of herbs in people with type 2 diabetes. The top three kinds of herbs reported by the subjects were Yanang (Tiliacora triandra), Ma Toom - Bael (Aegle marmelos), and Siang Da (Gymnema inodorum). These three kinds of herb have medicinal properties similar to insulin in reducing blood sugar level. However, the information of their mechanism, dosage, and side effects are still limited. Due to their effect in lowering blood sugar level, using them in combination with diabetic medications may cause hypoglycemia. Some herbs reported in this study do not have or have little medicinal property relevant to diabetes but can cause health problems. For example, lemongrass, kaffir lime leaves, wild eggplant, cassia, and black mushroom can damage liver or cause calcium imbalance. The fact that some subjects decreased the use of their prescribed medications while using herbs can cause high blood sugar level. Although some reported herbs can lower blood sugar level, no explicit recommendation or guideline on their dosages are available. Discontinue or decrease the prescribed medication can lead to uncontrolled blood sugar level and produce serious complications.

The result indicated that the subjects did not inform healthcare personnel about their use of herbs because they were not asked and were afraid to be blamed. This raises the issue about good relationship and trust between patients and healthcare providers. Without adequate assessment quality care cannot be assured. This result is congruent with previous study that found most of the subjects did not ask or consult healthcare personnel about their use of herbs (Pimpa, Teerawiwat, Imami, and Tansakul 2014).

6. CONCLUSION AND RECOMMENDATION

The findings of the present study indicate that the use of herbs among people with type 2 diabetes is evident. Healthcare personnel are obligated to assess and advice effective integration of herbs and prescribed medications to their patients to assure quality care. The guidelines or training programs about herbs and diabetes medications integration should be made available to healthcare personnel. Health curriculums need to be revisited to address this necessity.

7. ACKNOWLEDGMENTS

This study was financially supported by Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang.

8. REFERENCES

Department of Non-Communicable Diseases. (2017). Diabetes Screening. Retrieved November 15, 2017, from www.thaincd.com/document/file/info (in Thai).

International Diabetes Federation. (2015). Key Messages. Retrieved November 15, 2017, from http://www.diabetesatlas.org/.

Khema, M. (2008). Medicinal Plants Usage of Diabetic patients in Pra-ajarn Subdistrict, Ongkharak District, Nakhon Nayok Province (Master's Independent Study). Chaing Mai University. (in Thai).

LameShow, S., Hosmer, D., Klar, J. and Lwanga, S. (1990). Adequacy of Sample Size in Health Studies, John Wiley & Sons, New York.

Pimpa, R., Teerawiwat, M., Imami, N., and Tansakul, S. (2014). "Herbal Using Behaviors among Diabetes, Kanchanaburi Province." Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, 30(3), 14-25. (in Thai).

Soontornyothin, S. and Booranasapkajon, P. (2012). Diabetes Mellitus, Chulalongkorn University, Bangkok. (in Thai).

Utayanin, W., Bumreutaj, S., and Nimsoontorn, K. (2011). "Herb Use to Reduce Blood Sugar Level in Diabetic Patients." Community Health Development Quarterly Khon Kaen University, 1(1), 11-24. (in Thai).

Yamane, Taro. (1967). Statistics: An Introductory Analysis, 2nd Ed, Harper and Row, New York.

MENTAL HEALTH LITERACY AMONG PEOPLE IN LAMPANG PROVINCE, THAILAND

Author 1 Sriprapai, Inchaithep[1], **Author 2,) presenting author (Maneerat, Punsawat[1],**
Author 3 Panadda, Nuntana[2]
[1]*Mental Health and Psychiatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, Lampang, Thailand*
[2]*Student Nurses, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, Lampang, Thailand*
Corresponding author's email :inchaithep@gmail.com

Abstract

Background: Mental health literacy)MHL (is associated with the likelihood of sustaining mental health illness, and an ability to prevent and reduce the severity of mental health problems . Promoting mental health literacy is therefore important in order to promote psychological wellbeing and prevent mental health problems.
Objective: To describe mental health literacy among people in Lampang province and to assess the factors associated with mental health literacy.
Methods :The sample consisted of 380 participants including people age 20 and above in Lampang province using multistage stage random sampling .The instrument was mental health literacy questionnaire consisting of three domains :knowledge of mental health, believe of mental health, and mental health efficacy. Descriptive statistics, Pearson product moment correlation and Chi-square, were used for data analysis.
Results: Mental health literacy among people in Lampang province was at a moderate level of knowledge and believe of mental health)□ =9.86, S.D = .2.12; □ =2.48, S.D = .0.26 (and high level of mental health efficacy)□ = 3.03, S.D = .0.28 .(Mental health literacy correlated positively to age, level of education and mental illness history of the family as showed statistically significant at .05 level.
Conclusion and Recommendations :The results of this study which revealed moderate level of knowledge and believe of mental health warrant educational interventions to promote mental health literacy among this population .

Keywords: Mental health literacy, Mental health efficacy, Lampang

Background:

Today, mental illness is a major problem for the world population. It is estimated that over 26 million people in the world suffer from mental illness (Health Promotion Foundations, 2012). In the year 2013 Thailand has 1,734,410 psychiatric patients (Department of Mental Health, 2013). Literature review found that the higher incidence of mental illness is associated with the World Health Organization's estimate that by 2020, the top 5 causes of mental illness are five deceases of psychiatric illnesses: Depression, Schizophrenia, Substance induced disorders, Bipolar disorders, and Anxiety disorders. Mental health is considered a critical aspect of having good health. WHO therefore issues the "No Health without Mental Health" directive which applies to everyone and every age group.

Mental Health Literacy (MHL) is associated with the likelihood of sustaining mental health illness, and an ability to prevent and reduce the severity of mental health problems. The term "mental health literacy" refers to "knowledge and beliefs about mental health disorders which aid their recognition, management and prevention" (Jorm et al., 2006). This definition has been expanded to include "knowledge and skills that enable people to access, understand and apply information for mental health" (Canadian alliance on mental illness and mental health, 2008). MHL is comprised of three domains: 1) knowledge about mental health and mental disorders, 2) beliefs of mental health and mental disorders, and 3) the ability to recognize, prevent and manage the problem (Jorm et al, 2006; Jorm et al, 2011; Wei et al, 2015). Mental health awareness is the knowledge and

belief of mental disorders that help to recognize the management or prevention of a person. Individual persons with knowledge of mental health are aware of the problems, and are capable of caring for themselves and the people around them, and are more likely to have a good attitude towards people with mental problems (Farrer et al., 2008, Langlands et al., 2008).

The mental health literacy study will lead to the planning of mental health promotion to reduce the incidence of mental illness and to reduce the severity of mental illness. So promoting mental health literacy is therefore important in order to promote psychological wellbeing and prevent mental health problems. This study sought to explore mental health literacy among people in Lampang Province, Thailand in order to provide basic information and relevant recommendations for further practices and policies.

Objective:

1. To describe mental health literacy among people in Lampang province.
2. To assess the factors associated with mental health literacy.

Research Scope

1. Population: The population consisted of adolescents aged 15-20, adult aged 20-59 and elderly aged 60 years and over. They are domiciled in Lampang province with 646, 258 persons. (Department of Administration, 2017(
2. Variable: This research focused on mental health literacy including:
    1. Knowledge of mental health and mental disorders.
    2. Beliefs about mental health and mental disorders.
    3. Efficacy: The ability that enable: to recognize of mental health problems, management of mental health problems and prevention of mental health problems.

Methodology

1. Sample

The sample consisted of 380 participants including people age 20 and above in Lampang province using multistage stage random sampling, as follows.

Step 1Cluster - randomized sampling was used according to the 13 districts.

Step 2 Purposive - sampling was used in 2 Sub - district Health Promoting Hospitals, where nursing students practice community mental health and psychiatric nursing, were Kluaypah and Srimoudklou Sub - district Health Promoting Hospital, Lampang Province.

2. Research instrument

The instruments included two sets of questionnaires collected data on:

Part 1: Demographic data (sex, age, level of education, mental illness history of the family, career, and income).

Part 2: A Mental Health Literacy questionnaire (MHL) consisted of three domains:

1) Knowledge about mental health and mental disorders assessed by a 15-item true/false test.

2) Beliefs about mental health and mental disorders assessed by 12 - item self-reported with 4-point Likert scale.

3) Abilities to recognize, prevention and management of mental health problems assessed by 21- item self-reported with 4-point Likert scale.

3. Quality of research instruments

1. Content Validity: The content validity was achieved through Index of Congruence method (IOCs = 0.8-1.0) by five experts.

2. Reliability: The researchers conducted a tryout of MHL Scale with 30 persons. Internal consistency was used. The KR-20 of mental health knowledge was 0.72. The Cronbach's alphas for mental health attitude and mental health efficacy were 0.81 and 0.88, respectively.

4. Data Collection

The researcher collected data at 2 district health promotion hospitals where nursing students practice, included of Kluaypah and Srimoudklou Sub - district Health Promoting Hospital. The questionnaire was provided by the self-administered questionnaire, but the researcher would read for them if the participants cannot read the questionnaire.

5. Protection of human subjects

This research project was approved by BCNLP Research Ethics Committee. The researcher prepared a statement of the benefits of research and ensure of no disclosure of individual samples. The samples were identified as anonymous. In addition, the participants were exposed of a withdrawal opportunity if they were not ready or unwilling to participate in the research.

6. Data Analysis

1. Demographic data of the sample and the level of mental health literacy were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean and standard deviation.

2. Assess the factors associated with mental health literacy were analyzed using Pearson product moment correlation and Chi-square.

Results

1. Sample characteristics

Ages of the subjects were between 15-72 years old, the average age of 42 years (S.D. = 17.24). About two-thirds (67.5%) of the samples were female. The study found that 32.2% of the subjects were self-employed. With regard to education, 38.8% of the subjects finished primary school. About 20.5% of the participants had a family member who had been diagnosed with a psychiatric disorders. Almost half (45.2%) of the subjects had monthly income between 5,001-10,000 baht.

2. Mental health literacy level

2.1 Mean score for mental health knowledge was 9.86 (S.D. = 2.12). 51.3% (N = 195) of the subjects had moderate knowledge of mental health (Table 1).

Table 1: Mental health knowledge

Level of Knowledge	Number	Percentage
Low) Score < 8(	123	32.4
Moderate (Score 8 to 11(	195	51.3
High (Score 12 to 15(	62	16.3
Mean = 9.86 and standard deviation = 2.12		

2.2 Mean score for beliefs of mental health was 2.48 (S.D. = 0.26). On individual items, subjects' perception of mental illnesses as shame and having supernatural causes was high (= 2.72, S.D. = .425, = 2.71, S.D. = .400); whereas belief about the chance of ones' getting mentally ill was low (= 2.12, S.D. = .313) (Table 2).

Table 2: Believe of mental health

List	**Mean**	**Standard deviation**
.1 Mental illness is caused by supernatural beings.	2.71	.400
.2 Mental illness is caused by bad fortune in the past.	2.43	.358
.3 Everyone has the chance to be mentally ill.	2.12	.313
.4 Mental illness is a shame.	2.72	.425
.5 Mental illness is a burden on family and society.	2.45	.311
.6 Mental illness can be cured.	2.51	.491
.7 Disclosing how do you feel, helps lead to proper management of your problems.	2.59	.381
8. When we are stressed, we can ask for help from others.	2.68	.415
9. Only patient with severe symptoms needs medication.	2.42	.311

10. People can have a normal life even mental illness.	2.52	.324
11. I am confident that I can solve a mental problem.	2.46	.380
12. I can get help if I have mental health problems.	2.14	.322
Total	**2.48**	**.280**

2.3 Mean score for mental health efficacy was 3.03 (S.D. = 0.28). The highest score was the ability to prevention of mental health problems (= 3.16, S.D. = 0.26), followed by the ability to management of mental health problems (= 3.06, SD = 0.22), and ability to recognize of mental health problems (= 2.87, S.D. = 0.32). These results are shown in Table 3.

Table 3: Mental health efficacy

Domain of efficacy	**Mean**	**Standard deviation**
Recognition	2.87	0.32
Prevention	3.16	0.26
Management	3.06	0.22
SUM	3.03	0.28

3. The factors associated with mental health literacy

Mental health literacy correlated positively to age, level of education and mental illness history of the family as showed statistically significant at .05 level. (Table 4-6).

Table 4: Correlated between mental health literacy and age (Pearson correlation)

Dimension	**Age**	
	R	p-value
Mental health knowledge	0.426	0.011 *
Believe of mental health	0.1-46	0.066
Mental health efficacy	0.338	0. 032*

*p<0.05

Table 5: The factors associated with mental health literacy (Chi-square)

Dimension	Education	History	Career	Income
Mental health knowledge	*12.22	18.56*	6.80	5.12
Beliefs of mental health	*16.04	82.5	5.07	7.38
Mental health efficacy	*12.51	12.80*	5.53	7.88

*p<0.05

Discussion

The majority or 51.3% among people in Lampang Province had moderate knowledge of mental health with an average score of 9.86. Beliefs of mental health had moderate level and mental health efficacy also appeared to be high level. This may be due to the fact that mental health literacy is quite embryonic in Thailand, and the lack of public education that relation to mental health literacy. Naturally, this means that people in Lampang are not well aware of this topic, but people have the ability to prevent and solve mental problems themselves because of the rural way to live together and use Buddhism as a way to live.

Mental health literacy consists of three components: knowledge about mental health and mental disorders, beliefs about mental health and mental disorders and ability to perceive problems, prevent and manage mental problems. In terms of knowledge about mental health and mental disorders, knowledge about mental health services in the community, the causes of mental illness and symptoms of people with mental disorders are low level. Health professionals should take these low-scoring issues to promote with health education program will reduce the incidence and severity of mental disorders. People who have mental health literacy as knowledge, beliefs about mental health and mental disorders and the ability to recognize mental health problems, management and

prevention of mental health problems will help reduce the problem of mental and physical health (Prince et al., 2007; Kutcher et al, 2015).

Mental health literacy is important for adults, adolescents, aging and health professionals to increase awareness of mental health and make careful decisions about the age, level of education and family history of mental illness to access help leading effective management of mental health problems.(Prince et al., 2007; Ganasen et al., 2008). Age, level of education and mental illness history of the family can explain mental health literacy in this study suggested that as the age increases, people are more likely to have knowledge and ability to manage mental health problems. Previous study reported that mental health literacy tends to increase with age (Farrer et al, 2008). In addition, the results showed that mental illness history of the family had higher levels of mental health knowledge and mental health efficacy than those without mental health care experience. This is consistent with previous research which suggested the association between mental health literacy and family background (Yu et al, 2015, Noh et al, 2015). Health professionals can develop by teaching health education to the public so that they will have good knowledge, attitude and prevention of mental health problems in mental health literacy (Mcluckie et al, 2014). Mental health education can help improve mental health literacy across all age groups (Jorm, 2011).

Recommendations

1. Mental health education should consider appropriate for individual age group, education and experience in living with psychiatric patients, so that they can support specific learning about mental health literacy and consistent with the needs of individual groups.

2. The results of this study which revealed moderate level of knowledge and believe of mental health warrant educational interventions to promote mental health literacy among this population by creating a program or innovation model to effectively promote knowledge.

Reference

Canadian alliance on mental illness and mental health. (2008). *Canadian Journal of community mental health*, 31 (1), 1-15

Department of Mental Health, Department of Mental Health. (2013). *Annual Report*. Bangkok: Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Annual Report.

Department of Administration. (2017). Population and housing statistics - Population aged. Retrieved from: *www.Stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age.php*

Farrer, L., Leach, L., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2008). Age differences in mental health literacy. *BMC Public Health*, *8*(1), 125.

Ganasen , K.A., Parker, S., Hugo C.J., Stein D.J., Emsley R.A., & Seedat, S. (2008). Mental health literacy: focus on developing countries. *African Journal of Psychiatry*. 11, 23 - 28.

Health Promotion Foundation. (2012). *Annual Report 2557*. Bangkok: Office of Health Promotion Fundation.

Jorm, A.F., Barney L.J., Christensen H., Highet N.J., Kelly C.M., & Kitchener B.A. (2006). Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(1), 3-5.

Jorm, A. F. (2011). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, *67*(3), 231.

Kutcher, S., Bagnell, A., & Wei, Y. (2015). Mental health literacy in secondary schools: a Canadian approach. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *61*(3), 154–158.

Langlands R.L., Jorm A.F., Kelly C.M., & Kitchener B.A. (2008). First aid for depression: a Delphi consensus study with consumers, carers and clinicians. *Journal of Affective Disorders*. 105(1-3), 157-65.

Mcluckie, A., Kutcher, S., Wei, Y., & Weaver, C. (2014). Sustained improvements in students' mental health literacy with use of a mental health curriculum in Canadian schools. *BMC psychiatry*, *14*(1), 1-6.

Noh, J. W., Kwon, Y. D., Yu, S., Park, H., & Woo, J. M. (2015). A study of mental health literacy among North Korean refugees in South Korea. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, *48*(1), 62-71.

Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M.R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, *370* (9590), 859-877.

Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC psychiatry*, *15*(1), 291.

Yu, Y., Liu, Z. W., Hu, M., Liu, X. G., Liu, H. M., Yang, J. P., & Xiao, S. Y. (2015). Assessment of mental health literacy using a multifaceted measure among a Chinese rural population. *BMJ open*, *5*(10), 1-9.

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน : ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสารกลุ่มที่	สาขา
1	วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์	0859-6808	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์	1	วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

Back to top

Copyright 2005, Thai-Journal Citation Index (TCI) Centre. All rights reserved.
Contact: tci.thai@gmail.com

การพัฒนาหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 2

Suction Models 2 for Suction Skill Practice

เยาวลักษณ์ คุมขวัญ (Yaowalak Kumkwan) [1]
พรรณี ไพศาลทักษิน (Pannee Paisantuksin) [2]
เครือวัลย์ สารเถื่อนแก้ว (Kruawan Santhuankaew) [3]
วัชรีพร ลำเจียกเทศ (Watchareeporn lamchiakthet) [4]
อนุรักษ์ แสงจันทร์ (Anurak SangJan) [5]
วิภา เอี่ยมสำอางค์ จารามิลโล (Wipa Iamsumang Jaramillo) [6]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ (version) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 2 คน อาจารย์พยาบาล 2 คน นายช่างเทคนิคหน่วยอุปกรณ์การแพทย์ 1 คน 2) กลุ่มทดลองใช้ ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล 18 คน และนักศึกษาพยาบาล 197 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามประสิทธิภาพหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ การพัฒนาหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 2) แบ่งเป็น 5 ขั้นตอนคือ 1) ศึกษาปัญหาและความต้องการ 2) พัฒนาหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 2 3) ทดลองใช้และให้ข้อเสนอแนะ 4) ปรับปรุงหุ่นจำลอง และ 5) ศึกษาประสิทธิภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า

1. หุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 2 มีกลไกการทำงานที่เพิ่มเติมจาก version 1 คือ 1) มีขั้วปอด 2 ข้าง 2) สามารถปรับความเข้มข้นของเสมหะและใส่เสมหะลงในหุ่นได้สะดวกขึ้น 3) ขนาดของลูกโป่งมีขนาดใกล้เคียงกับปอดจริง

2. ประสิทธิภาพหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 2 พบว่าอาจารย์พยาบาลเห็นว่าประสิทธิภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ =4.31, SD. =.60) นักศึกษาเห็นว่าประสิทธิภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี

1 พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลนครลำปาง อีเมล์: yaowalak_ann@hotmail.com
Rn., Professional level, Boromarajonani College of nursing, Nakorn Lampang E-mail: yaowalak_ann @hotmail.com
2 พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลนครลำปาง อีเมล์: ppaisarntuksin@gmail.com
Rn., Senior Professional level, Boromarajonani College of nursing, Nakorn Lampang E-mail: ppaisarntuksin@gmail.com
3 พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลนครลำปาง อีเมล์: wikojung@hotmail.com
Rn., Practritional level, Boromarajonani College of nursing, Nakorn Lampang E-mail: wikojung@hotmail.com
4 พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลนครลำปาง อีเมล์: lamchiakthet@yahoo.com
Rn., Professional level, Boromarajonani College of nursing, Nakorn Lampang E-mail: lamchiakthet@yahoo.com
5 พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลนครลำปาง อีเมล์: nu_rak13@hotmail.com
Rn., Practritional level, Boromarajonani College of nursing, Nakorn Lampang E-mail: nu_rak13@hotmail.com
6 พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลนครลำปาง อีเมล์: towipa@gmail.com
Rn., Professional level, Boromarajonani College of nursing, Nakorn Lampang E-mail: towipa@gmail.com

($\bar{X}$ =3.86, SD. =.56) จากผลการศึกษาสามารถนำหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 2 ไปใช้ในการฝึกสอนนักศึกษาในการดูดเสมหะได้

คำสำคัญ: หุ่นจำลองฝึกทักษะ, การดูดเสมหะ, การพัฒนานวัตกรรม

ABSTRACT

This study aimed to develop and determine an effectiveness of the suction model 2. There were two group of subjects: 1) 5 experts participated in this phase such as 2 professional nurses, 2 nursing instructors, and 1 technician who work in the Medical Device Unit and 2) 18 nursing instructors. Data were collected by using The effectiveness of suction model. The development of suction model had 5 steps: 1) studying problem and needs 2) a developing a suction model version 2 3) validating and testing 4) modification the model and 5) testing of an effectiveness . Data were analyzed by and using descriptive statistics

The results revealed that:

1. The suction model II had more feasibility than the suction model 1 such as 197 nursing students 1) there were 2 bronchi 2) adjusting the concentration of an artificial sputum, and convenience for infiltrate the sputum to the model 2 and 3) artificial lungs had the same sizes of normal lungs.

2. The effectiveness of the suction model II was found that nursing instructors had overall mean scores at a good level ($\bar{X}$ =4.31, SD. =.60). The nursing students obtained overall mean scores at a good level ($\bar{X}$ =3.86, SD. =.56). The result of the study suggest that the suction model 2 could promote nursing skills for nursing students.

Keywords: Suction model, Suction skilling, The development of innovation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่ควบคู่กันไปตลอดหลักสูตร โดยเฉพาะการสอนภาคทฤษฎีจะมีการสอนภาคทดลองด้วยการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับเพื่อให้ผู้เรียนมีความเข้าใจและเกิดทักษะในการฝึกปฏิบัติ ประกอบกับการจัดสถานการณ์ในแต่ละกิจกรรมเพื่อให้ผู้เรียนมีโอกาสฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดและไม่สมารถทำได้ทุกครั้ง ดังนั้นการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองในห้องปฏิบัติการจึงเป็นประสบการณ์ที่สำคัญเพื่อให้ผู้เรียนได้มีโอกาสฝึกทักษะ เพิ่มความรู้ความเข้าใจก่อนไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย (Susanha & Sopa,

2013) โดยนักศึกษาจะเริ่มฝึกทักษะการพยาบาลที่ไม่ซับซ้อนไปสู่ทักษะที่ซับซ้อนขึ้นเรื่อยๆ (Yaowalak & Preeyasalil, 2011)

หนึ่งในทักษะที่มีความยุ่งยากและซับซ้อนทักษะหนึ่งคือ การดูดเสมหะ เนื่องจากมีขั้นตอนที่ต้องระมัดระวังเป็นอย่างมาก ถ้ามีการปฏิบัติผิดพลาดหรือไม่ถูกต้องอาจทำให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เกิดการขาดออกซิเจน หรือเกิดความไม่สุขสบายขึ้น ประกอบกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ได้มีการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ที่จะปลูกฝังให้ผู้เรียนดูแลให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ดีที่สุดและมีความปลอดภัย เพื่อให้สามารถตอบโจทย์ในประเด็นดังกล่าว ทีมวิจัยจึงได้มีการพัฒนาหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 1 เพื่อป้องกันการปฏิบัติผิดพลาดและเสริมสร้างความมั่นใจให้แก่นักศึกษาก่อนที่จะปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง ทั้งนี้ได้มีการประดิษฐ์และทดลองใช้มาแล้วที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ส่งผลให้นักศึกษามีทักษะในดูดเสมหะดีขึ้น และผลการประสิทธิภาพอยู่ในระดับดีมีคุณลักษณะตรงกับความต้องการในการใช้เป็นสื่อการสอนในสถาบันการศึกษาโดย 1) เป็นการประหยัดค่าใช้จ่าย 2) มีความคุ้มค่าในการนำไปใช้ 3) มีความสะดวกในการททำความสะอาดและ การเก็บรักษา 4) มีความสะดวกในการใช้งาน (Preeyasalil & Yaowalak, 2017) แต่การพัฒนาหุ่นดังกล่าว ยังมีข้อที่ต้องปรับปรุงแก้ไขคือ ความใกล้เคียงกับความเป็นจริงในด้านรูปลักษณ์ ลักษณะและรายละเอียด (Yaowalak & Preeyasalil, 2014) โดยหุ่นดูดเสมหะนั้นได้มีการพัฒนาเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อการใช้งานในลักษณะต่างๆ เช่น มีการติดตั้งสัญญาณไฟกระพริบในตำแหน่งต่างๆ เป็นต้น (Rawipa, 2015) รวมถึงหุ่นดูดเสมหะที่เป็นของต่างประเทศที่ใช้ในห้องปฏิบัติการของวิทยาลัยในปัจจุบันพบว่า สามารถใส่น้ำได้แต่ไม่สามารถใส่เสมหะเทียมได้เนื่องจากปัญหาด้านการทำความสะอาด ประกอบกับมีข้อจำกัดในการใช้งบประมาณในการซื้อหุ่นจำลองจากต่างประเทศซึ่งมีราคาค่อนข้างแพง การบำรุงรักษาและซ่อมแซมค่อนข้างลำบาก เนื่องจากต้องอาศัยชิ้นส่วนที่สั่งมาจากต่างประเทศ ทำให้หุ่นที่ใช้ปัจจุบันมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้เรียน โดยหุ่นจำลอง 1 ตัว มีค่าใช้จ่ายไม่ต่ำกว่า 100,000 บาท (Yaowalak & Preeyasalil, 2014) ขณะที่หุ่นจำลองที่ประดิษฐ์ขึ้นมีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยตัวละไม่เกิน 1,000 บาท จุดเด่นของหุ่นที่ประดิษฐ์ขึ้นคือ ราคาถูกกว่าราคาหุ่นจริง น้ำหนักเบาสามารถเคลื่อนย้ายได้ง่าย และสามารถดูดเสมหะออกมาได้เสมือนกับผู้ป่วยจริง (Preeyasalil & Yaowalak, 2017)

หุ่นดูเสมหะ version 1 การใส่เสมหะเทียมทำได้ยากเนื่องจากต้องใส่เสมหะทางท่อ endotracheal tube ถ้าเสมหะมีลักษณะเข้มข้นมากจะไม่สามารถใส่ได้ ประกอบกับมีขั้วปอดข้างเดียวและลูกโป่งมีขนาดเล็ก จึงไม่เหมือนกับมนุษย์จริง ทีมผู้วิจัยจึงได้มีการพัฒนาต่อยอดหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 2 ขึ้นโดยมีการปรับกลไก รูปลักษณ์และลักษณะให้เสมือนจริงมากขึ้น เพื่อใช้เป็นทางเลือกหนึ่งที่จะทดแทนการนำเข้าของหุ่นจำลองจากต่างประเทศ ซึ่งช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย เป็นประโยชน์ต่อการจัดการศึกษาพยาบาล และช่วยให้การเรียนการสอนมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้เรียนเกิดความเข้าใจในเนื้อหาและมีทักษะการดูดเสมหะพร้อมที่จะไปปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจริงด้วยความมั่นใจ

อีกทั้งเพื่อให้สามารถเกิดการขยายการใช้หุ่นจำลองกับกลุ่มอื่นมากขึ้น เช่น ญาติผู้ป่วยเพื่อใช้ฝึกการดูดเสมหะให้กับผู้ป่วยก่อนการดูดเสมหะให้ผู้ป่วยจริง

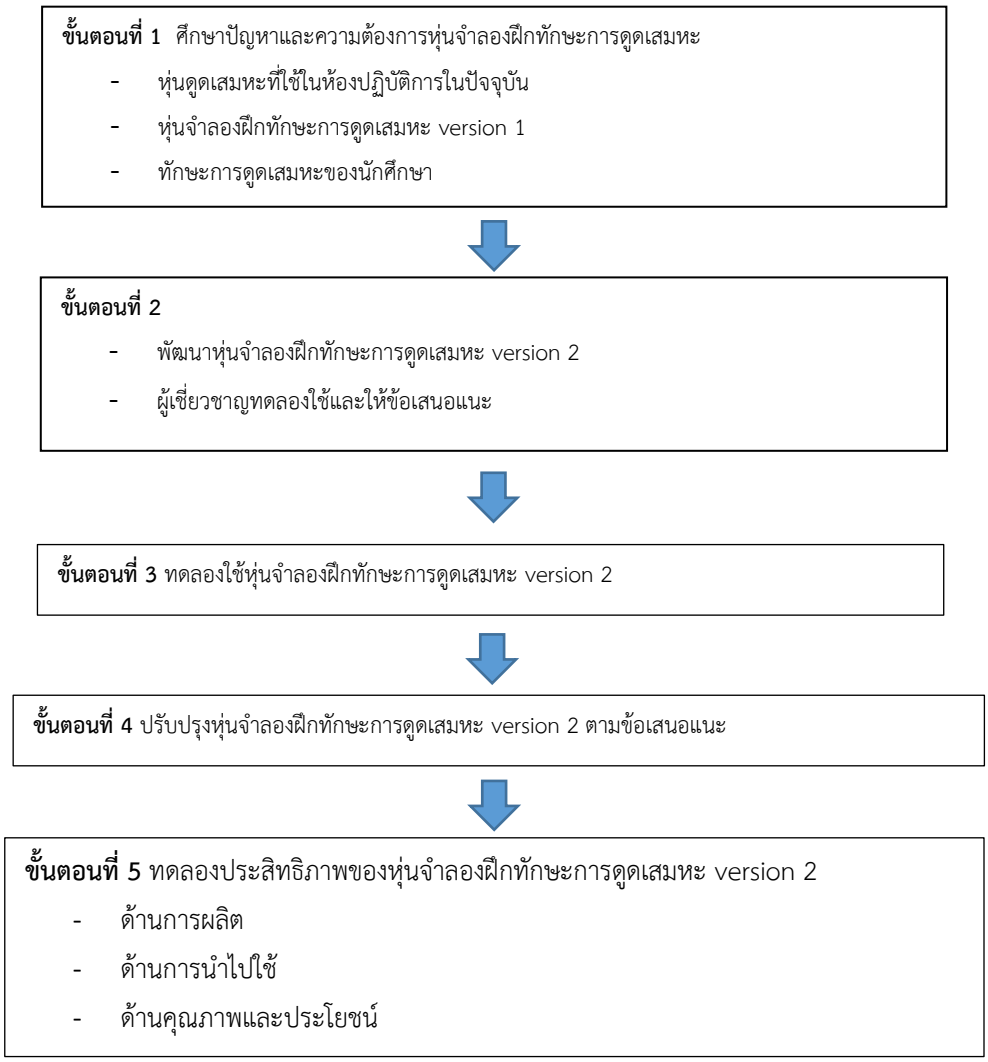
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 2
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 2

คำถามการวิจัย

1. หุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 2 มีกลไกการทำงานอย่างไรบ้าง
2. ประสิทธิภาพของหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 2 เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบการวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 2 โดยเก็บข้อมูลจากอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2561 ในช่วงเดือนสิงหาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มประชากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ มี 2 กลุ่มดังนี้

1. อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ที่สอนวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล ในภาคทดลอง จำนวน 18 คน

2. นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ที่เรียนวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล ในภาคทดลอง จำนวน 197 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี นครลำปาง ได้รับหมายเลขรับรอง E 2561/14 ลงวันที่ 30 กรกฎาคม 2561 สำหรับขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับคือจะช่วยเพิ่มความชำนาญในทักษะการดูดเสมหะ โดยเฉพาะการฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย แต่จะต้องใช้เวลาในการดูดเสมหะจากหุ่นทดลอง และตอบสอบถามไม่เกิน 20 นาที ผู้วิจัยอธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนการวิจัยและระยะเวลาการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนทราบทุกราย พร้อมทั้งชี้แจงว่าสามารถปฏิเสธและถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้ร่วมวิจัย และข้อมูลที่ได้รับจะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ หุ่นฝึกทักษะการดูดเสมหะ ขั้นตอนการสร้างหุ่นฝึกทักษะการดูดเสมหะ

1.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อเสนอแนะจากหุ่นเดิมและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

1.2 พัฒนาหุ่นฝึกทักษะ

1.3 ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ

1.4 ทดลองใช้

1.5 พัฒนาหุ่นฝึกทักษะการดูดเสมหะ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบสอบถาม 2 ชุด

2.1 แบบประเมินประสิทธิภาพหุ่นจำลองการดูดเสมหะเพื่อพัฒนา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีจำนวน 15 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับด้านการผลิต จำนวน 4 ข้อ ด้านการนำไปใช้ จำนวน 8 ข้อ และด้านคุณค่าและประโยชน์ จำนวน 3 ข้อ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา คือ .93 ลักษณะคำตอบของแบบสอบถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ซึ่งมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

5	หมายถึง	ดีมาก
4	หมายถึง	ดี
3	หมายถึง	ปานกลาง
2	หมายถึง	พอใช้
1	หมายถึง	ควรปรับปรุง

2.2 แบบประเมินประสิทธิภาพหุ่นจำลองการดูดเสมหะเพื่อฝึกทักษะการดูดเสมหะ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับ เพศ อายุ ตำแหน่ง และส่วนที่2 แบบประเมินประสิทธิภาพหุ่นจำลองการดูดเสมหะเพื่อฝึกทักษะการดูดเสมหะ จำนวน 8 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับด้านการผลิต จำนวน 4 ข้อ ด้านการนำไปใช้ จำนวน 3 ข้อ และด้านคุณค่าและประโยชน์ จำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบของแบบสอบถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ซึ่งมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

5	หมายถึง	ดีมาก
4	หมายถึง	ดี
3	หมายถึง	ปานกลาง
2	หมายถึง	พอใช้
1	หมายถึง	ควรปรับปรุง

การแปลผลคะแนนประสิทธิภาพของการใช้ของหุ่นจำลอง แบ่งเป็นระดับดังนี้

1.00-1.50 หมายถึง ประสิทธิภาพของหุ่นจำลองอยู่ในระดับควรปรับปรุง

1.51-2.50 หมายถึง ประสิทธิภาพของหุ่นจำลองอยู่ในระดับพอใช้

2.51-3.50 หมายถึง ประสิทธิภาพของหุ่นจำลองอยู่ในระดับปานกลาง

3.51-4.50 หมายถึง ประสิทธิภาพของหุ่นจำลองอยู่ในระดับดี

4.51-5.00 หมายถึง ประสิทธิภาพของหุ่นจำลองอยู่ในระดับดีมาก

<u>การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ</u>

คณะผู้วิจัยได้นำแบบประเมินประสิทธิภาพหุ่นจำลองการดูดเสมหะเพื่อฝึกทักษะการดูเสมหะ มาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา คือ .93 และนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง จำนวน 20 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Alpha Cronbach’s Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .72

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัญหาและความต้องการหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ โดยการสำรวจหุ่นดูดเสมหะที่ใช้ในห้องปฏิบัติการในปัจจุบัน ศึกษาและวิเคราะห์ข้อเสนอแนะหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 1 และประเด็นปัญหาเกี่ยวกับทักษะการดูดเสมหะของนักศึกษา ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหลังจากนั้น รวบรวมข้อมูล สรุปผล และเขียนกรอบแนวคิดการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 2 โดยทีมวิจัยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 2 ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) กำหนดรูปแบบ โครงสร้างของหุ่น บนพื้นฐานความเหมือนจริง ประหยัดทรัพยากร และสามารถใช้ได้จริง

2) ตรวจสอบลักษณะหุ่น โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิช่วยตรวจสอบลักษณะ และกลไกการทำงานของหุ่นจำลอง จำนวน 5 ท่านได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 2 คน อาจารย์พยาบาล 2 คน และนายช่างเทคนิค หน่วย อุปกรณ์การแพทย์ 1 คน โดยใช้แบบประเมินประสิทธิภาพของหุ่นทักษะการดูดเสมหะเพื่อพัฒนา ผลการประเมินประสิทธิภาพอยู่ในระดับดีมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.85 (SD =.18) จากนั้นคณะผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาพิจารณาปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ (ปรับปรุงหุ่น ครั้งที่ 1)

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้หุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 2 คณะผู้วิจัยนำหุ่นไปให้นักศึกษาชั้นปีที่ 4 ซึ่งมีประสบการณ์ผ่านการดูดเสมหะในผู้ป่วยจริงมาแล้ว ทดลองดูดเสมหะจากหุ่นจำลอง และให้นักศึกษาประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองการดูดเสมหะเพื่อฝึกทักษะการดูดเสมหะ และให้ข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 2 ตามข้อเสนอแนะคณะผู้วิจัยนำผลที่ได้และข้อเสนอแนะมาปรับปรุงหุ่น (ปรับปรุงหุ่นครั้งที่ 2)

ขั้นตอนที่ 5 ทดลองประสิทธิภาพของหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 2 โดยให้อาจารย์พยาบาล 18 คนและ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 197 คน ที่ต้องฝึกทักษะการดูดเสมหะทดลองใช้หุ่น หลังจากสิ้นสุดการทดลองใช้หุ่น กลุ่มตัวอย่างประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองการดูดเสมหะเพื่อฝึกทักษะการดูดเสมหะ และให้ข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลข้อมูล คะแนนแบบประเมินประสิทธิภาพหุ่นจำลองการดูดเสมหะเพื่อฝึกทักษะการดูดเสมหะ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 2

คณะผู้วิจัยได้พัฒนาหุ่นจำลองการดูดเสมหะเพื่อฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 2 โดยการต่อยอดและปรับปรุงมาจาก version 1 ซึ่งมีข้อแตกต่างจาก version เดิมคือ คือ สามารถ

ปรับความเข้มข้นของเสมหะได้และใส่เสมหะลงในหุ่นได้สะดวกขึ้น มีขั้วปอด 2 ข้างและขนาดของลูกโป่งมีขนาดใกล้เคียงกับปอดจริง หุ่น version 1 และ version 2 ที่พัฒนาเรียบร้อยแล้วดังภาพ



หุ่น version 1



หุ่น version 2

2. ประสิทธิภาพของหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 2

คณะผู้วิจัยได้ศึกษาปัญหาและความต้องการของหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ พบว่าในห้องปฏิบัติมีหุ่นฝึกทักษะน้อยซึ่งไม่เพียงพอกับจำนวนนักศึกษาและหุ่นจำลองไม่สามารถใส่เสมหะเทียมได้ใส่ได้เฉพาะน้ำเปล่าซึ่งไม่เหมือนเสมหะจริง เนื่องจากถ้าใส่เสมหะเทียมลงไปจะเกิดความยากลำบากในการทำความสะอาด จากนั้นทีมผู้วิจัยได้มีการต่อยอดและพัฒนาหุ่นจำลองการดูดเสมหะเพื่อฝึกทักษะการดูดเสมหะจาก version 1 เป็น version 2 และนำหุ่นไปให้นักศึกษาชั้นปีที่ 4 ทดลองฝึกดูดเสมหะและประเมินประสิทธิภาพของหุ่นโดยผลการประเมินประสิทธิภาพของหุ่นพบว่าอยู่ในระดับดีมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.76 (SD = .19) และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะคือ เชื่อมข้อต่อต่างๆให้สนิทเนื่องจากมีการรั่วของเสมหะเทียม หลังจากนั้นให้อาจารย์พยาบาล จำนวน 18 คน และนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตจำนวน 197 คน ได้ทดลองดูดเสมหะจากหุ่นจำลองและประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองดูดเสมหะ พบว่าอาจารย์และนักศึกษาพยาบาลประเมินประสิทธิภาพหุ่นจำลองการดูดเสมหะโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 4.12, SD. = 68 ; $\bar{x}$ =3.86, SD .56 ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า อาจารย์และนักศึกษาพยาบาลประเมินประสิทธิภาพหุ่นจำลองการดูดเสมหะด้านการผลิตอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 4.12 SD. = .68 ; $\bar{x}$= 4.13, SD .78 ตามลำดับ) ด้านการนำไปใช้อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 4.50 SD. = .59 ; $\bar{x}$= 3.75, SD .65 ตามลำดับ) และด้านคุณภาพและประโยชน์อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 4.50 SD. = .71 ; $\bar{x}$= 3.75, SD = .65 ตามลำดับ) ทั้งนี้รายการประเมินข้อย่อยทุก

รายการ อาจารย์และนักศึกษาพยาบาลประเมินประสิทธิภาพหุ่นจำลองการดูดเสมหะอยู่ระดับดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3.51 ขึ้นไป โดยข้อคำถามด้านคุณภาพและประโยชน์ เกี่ยวกับการที่ได้ฝึกดูดเสมหะกับหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะทำให้นักศึกษามีความมั่นใจที่จะไปปฏิบัติการดูดเสมหะจริง มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ 4.13 ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 แสดงผลการประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะของอาจารย์โดยรวมและรายด้าน (n = 18)

ข้อคำถาม	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. ด้านการผลิต			
1.1 วัสดุในการผลิตหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะเหมาะสม	4.00	.84	ดี
1.2 รูปร่างลักษณะหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะมีความใกล้เคียงกับของจริง	4.00	.87	ดี
1.3 หุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะมีส่วนประกอบต่างๆที่สมบูรณ์	4.06	.80	ดี
1.4. หุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ ถูกต้องตามหลักการทางวิทยาศาสตร์	4.39	.61	ดี
ผลการประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองดูดเสมหะด้านการผลิต	**4.13**	**.68**	**ดี**
2. ด้านการนำไปใช้			
2.1 หุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะสามารถใช้ได้เหมือนของจริง	4.28	.90	ดี
2.2 หุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะใช้ในการดูดเสมหะได้ง่ายสะดวกไม่ซับซ้อน	4.61	.50	ดีมาก
2.3 หุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้เพื่อฝึกหัดการดูดเสมหะ	4.61	.61	ดีมาก
ผลการประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองดูดเสมหะด้านการนำไปใช้	**4.50**	**.59**	**ดี**
3. ด้านคุณภาพและประโยชน์			
3.1. การที่ได้ฝึกดูดเสมหะกับหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะทำให้นักศึกษามีความมั่นใจที่จะไปปฏิบัติการดูดเสมหะจริง	4.50	.71	ดี
ผลการประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองดูดเสมหะด้านคุณภาพและประโยชน์	**4.50**	**.71**	**ดี**
ผลการประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองดูดเสมหะโดยรวม	**4.31**	**.60**	**ดี**

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะของนักศึกษาโดยรวมและรายด้าน (n =197)

ข้อคำถาม	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. ด้านการผลิต			
1.1 วัสดุในการผลิตหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะเหมาะสม	3.77	.84	ดี
1.2 รูปร่างลักษณะหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะมีความใกล้เคียงกับของจริง	3.67	.88	ดี
1.3 หุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะมีส่วนประกอบต่างๆที่สมบูรณ์	3.68	.82	ดี
1.4. หุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ ถูกต้องตามหลักการทางวิทยาศาสตร์	3.87	.73	ดี
ผลการประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองดูดเสมหะด้านการผลิต	**4.13**	**.78**	**ดี**
2. ด้านการนำไปใช้			
2.1 หุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะสามารถใช้ได้เหมือนของจริง	3.68	.78	ดี
2.2 หุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะใช้ในการดูดเสมหะได้ง่ายสะดวกไม่ซับซ้อน	4.11	.69	ดี
2.3 หุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้เพื่อฝึกหัดการดูดเสมหะ	3.95	.75	ดี
ผลการประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองดูดเสมหะด้านการนำไปใช้	**3.75**	**.65**	**ดี**
3. ด้านคุณภาพและประโยชน์			
3.1. การที่ได้ฝึกดูดเสมหะกับหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะทำให้นักศึกษามีความมั่นใจที่จะไปปฏิบัติการดูดเสมหะจริง	4.13	.78	ดี
ผลการประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองดูดเสมหะด้านคุณภาพและประโยชน์	**3.91**	**.60**	**ดี**
ผลการประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองดูดเสมหะโดยรวม	**3.86**	**.56**	**ดี**

การอภิปรายผล

1. การพัฒนาหุ่นจำลองการดูดเสมหะเพื่อฝึกทักษะการดูดเสมหะ version มีการพัฒนาและต่อยอดโดยการให้มีแขนงปอด 2 ข้างเพื่อความเสมือนจริง เปลี่ยนช่องใส่เสมหะเทียมจากใส่ทาง endotracheal tube เป็นเจาะรูเพื่อใส่เสมหะทางแขนงปอดและใช้syringe เป็นตัวดันเสมหะใส่ในหุ่นซึ่งทำให้สามารถใส่เสมหะเทียมที่มีความเข้มข้นได้ และเปลี่ยนขนาดลูกโป่งเพื่อให้มีลักษณะใกล้เคียงกับปอดซึ่ง version เดิมจะมีแขนงปอดเพียงข้างเดียว และใส่เสมหะเทียมทาง endotracheal tube ถ้าเสมหะเทียมมีความเข้มข้นมากจะใส่ลงในหุ่นได้ลำบาก และลูกโป่งแต่เดิมมีขนาดเล็กซึ่งไม่เหมือนกับปอดผู้ใหญ่จริง ลักษณะช่องเพื่อพัฒนาให้เป็นนวัตกรรมกรรมที่ใช้ได้จริง มีคุณค่าสร้างประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม และสามรถตอบโจทย์ของผู้ใช้ ซึ่งในปัจจุบันจำเป็นอย่างยิ่งที่การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล ที่จำเป็นต้องการถ่ายทอดทักษะสู่การปฏิบัติทางคลินิก โดยการใช้หลักฐานการศึกษาจากการใช้สถานการณ์จำลอง (Ross, 2015)

2. ประสิทธิภาพการใช้หุ่นจำลองการดูดเสมหะเพื่อฝึกทักษะการดูดเสมหะ

ผลการประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะของอาจารย์ทั้งโดยรวมและทุกด้านอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะข้อที่เกี่ยวกับหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะใช้ในการดูดเสมหะได้ง่าย สะดวกไม่ซับซ้อน และหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้เพื่อฝึกหัดการดูดเสมหะอยู่ในระดับดีมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.61 (SD =50) และ 4.61 (SD =61) ตามลำดับ และผลการประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะของนักศึกษาทั้งโดยรวมและทุกด้านอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกันโดยเฉพาะข้อที่เกี่ยวกับหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะใช้ในการดูดเสมหะได้ง่าย โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.11 (SD =.75)

ผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าหุ่นจำลองที่เลียนแบบเสมือนจริง เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นเพื่อใช้ในกระบวนการเรียนรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลบางอย่าง เช่นการวัดสัญญาณชีพ นักศึกษาสามารถฝึกปฏิบัติได้โดยอาศัยเพื่อนผู้เรียน แต่กิจกรรมบางอย่างเป็นอันตรายหรือทำให้เกิดความเจ็บปวด เช่น การฉีดยาหรือการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ กิจกรรมเหล่านี้ไม่เหมาะสมที่จะฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง ดังนั้นหุ่นจำลองจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ควรจัดหาให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการ (Susanha, 2015) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูดเสมหะเป็นทักษะที่ค่อนข้างยาก ที่จะต้องมีการฝึกในห้องปฏิบัติการก่อนจะไปฝึกกับผู้ป่วยจริง

นอกจากนี้ยังพบว่าผลการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่า “การที่ได้ฝึกทักษะการดูดเสมหะทำให้สามารถเข้าใจในเทคนิคการดูดเสมหะมากขึ้นและถ้าได้ฝึกดูดเสมหะหลายๆครั้งทำให้เกิดความมั่นใจในมากขึ้น” การที่ผู้เรียนได้ทดลองฝึกปฏิบัติซ้ำ ๆ กันหลายครั้ง ทำให้เกิดทักษะปฏิบัติในห้องปฏิบัติการ จะสามารถช่วยลดปัญหาการปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงได้ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแผลหนองเทียมเพื่อส่งเสริมการฝึกทักษะการเก็บสิ่งคัดหลั่งจากแผลเพาะเชื้อในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 พบว่าความมั่นใจต่อการฝึกทักษะการเก็บสิ่งคัดหลั่งจากแผลเพาะเชื้อของนักศึกษาภายหลังการฝึกทักษะโดยใช้แผลหนองเทียม พบว่า นักศึกษาให้คะแนนความมั่นใจ

ต่อการฝึกทักษะเฉลี่ยเท่ากับ 3.78 (SD = .41) อยู่ในระดับพอใจมากที่สุด (Natthacha & Jinda, 2016) ทั้งนี้กลุ่มผู้ทดลองใช้ทั้งอาจารย์และนักศึกษาได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงหุ่นคือ ควรจะมีการเพิ่มน้ำหนักของหุ่นเนื่องจากขณะบีบ self-inflating bag หุ่นมีการขยับไปมาและอยากให้พัฒนาลูกโป่งให้มีความจุเท่ากับปอดจริง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาครั้งต่อไป โดยจะปรับปรุงรูปร่างโครงสร้างของหุ่นเสมหะเพื่อเป็นการเพิ่มคุณค่าและสามารถใช้ประโยชน์ได้ดีขึ้น

1.1 จัดทำโครงสร้างหุ่นจำลองดูดเสมหะโดยการหล่อเป็นเรซิ่นหรือใช้ผลิตภัณฑ์ยางพาราเพื่อให้มีความแข็งแรง ไม่ขยับไปมา

1.2 พัฒนาลูกโป่งที่ทำหน้าที่เสมือนปอดทั้งสองข้างขณะที่บีบลมเข้าไปให้เสมือนจริง โดยที่จะสามารถวัดปริมาตรของอากาศที่ใส่เข้าไปได้

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สถาบันการศึกษาพยาบาล สามารถใช้หุ่นจำลองดูดเสมหะเพื่อเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลก่อนขึ้นฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยต่อผู้ป่วย

References

Natthacha, C. & Jinda, N. (2016). Development of an artificial pus wound model to improve second-year nursing students' skill in performing wound swab culture. *Thai Journal of Nursing Council, 31(1)*, 32-43. (in Thai).

Preeyasalil, C. & Yaowalak, K. (2017). Suction models for suction skill practice: innovation in nursing instructional medias. *Nursing journal of the ministry of public health*, *27(2)*, 48-59. (in Thai).

Rawipa, B. (2015). RTAFNC suction model. *Journal of the police nurse, 7*(1), 44 - 52. (in Thai).

Ross, J. G. (2015). The effect of simulation training on baccalaureate nursing students' competency in performing intramuscular injection. *Nursing Education Perspectives*, *36(1)*, 48-59.

Susanha, Y. (2015). Developing simulation model for training clinical skill of health science students, *Nursing Journal, 43(*2),142-151. (in Thai).

Susanha, Y. & Sopa, K. (2013). Developing a FON CMU breast model as a teaching aid for breastfeeding. *Nursing Journal*, *40(4),* 58-68. (in Thai).

Yaowalak, K & Preeyasalil, C. (2014). The development of endotracheal tube and tracheostomy tube suction models for suction skill practice. *Journal of Phrapokklao Nursing College, 25* (2), 52-64.

Yaowalak, K, Preeyasalil, C. (2011). *The relationship between anxiety and readiness in practice of the second year nursing students in Chakrirak nursing college*. Rajcahburi: Chakrirak nursing college.

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน : ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสารกลุ่มที่	สาขา
1	วารสารบัณฑิตวิจัย	2229-2756	บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่	2	มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

Back to top

Copyright 2005, Thai-Journal Citation Index (TCI) Centre. All rights reserved.
Contact tci.thai@gmail.com

การพัฒนาสื่อการเรียนรู้แบบนำตนเองในการส่งเสริมทักษะปฏิเสธในเด็กวัยเรียน

DEVELOPMENT OF SELF-DIRECTED LEARNING MEDIA TO PROMOTE REFUSAL SKILLS IN SCHOOL AGE CHILDREN

วีระชัย เชื่อนแก้ว[1], ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ[2*], ชมพูนุท แสงวิจิตร[3] และ จิตอารี ชาติมนตรี[4]

Weerachai Kuankaew[1], Sriprapai Inchaithep[2*], Chompunut Sangwichitr[3] and Jitaree Chatmontree[4]

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง 268 ถ.ป่าขาม ต.หัวเวียง อ.เมือง จ.ลำปาง 52000[1, 2, 3, 4]

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, 268 Pakham Road, Huawieng Sub-district, Muang Distric, Lampang Province, 52000[1, 2, 3, 4]

[*]Corresponding author E-mail: inchaithep@gmail.com

(Received: Jun 22, 2018; Revised: Sep 8, 2018; Accepted: Sep 13, 2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาสื่อการเรียนรู้แบบนำตนเองในการส่งเสริมทักษะปฏิเสธในเด็กวัยเรียน และ 2) เพื่อประเมินประสิทธิผลของสื่อการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างได้แก่นักเรียนชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ของโรงเรียนใน อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 89 คน ได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่วิจัยประกอบด้วย 1) สื่อการเรียนรู้แบบนำตนเองเรื่อง “ปฏิเสธอย่างไรให้ห่างไกลยาเสพติด” สำหรับเด็กวัยเรียน และ 2) แบบประเมินทักษะปฏิเสธ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญและตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.72 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ ที (Paired t-test) และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า

1. สื่อการเรียนรู้แบบนำตนเองในการส่งเสริมทักษะปฏิเสธในเด็กวัยเรียน เป็นหนังสือการ์ตูนป๊อบอัพ แสดงเรื่องราวของวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด ประกอบด้วยเนื้อหา

---

[1] อาจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

[2] อาจารย์ ดร. ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

[3,4] อาจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เสพยาเสพติด พิษภัยของยาเสพติด เส้นทางการติดยา ทักษะการปฏิเสธ สายด่วนและสถานที่บำบัดยาเสพติด และแบบประเมินทักษะปฏิเสธด้วยตนเองในสถานการณ์ที่หลากหลาย สื่อการเรียนรู้นี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่าด้านการใช้ประโยชน์และด้านความเหมาะสมเชิงจริยธรรม มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านความเป็นไปได้และด้านความถูกต้องของเนื้อหามีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทักษะปฏิเสธระหว่างก่อนและหลังการใช้สื่อการเรียนรู้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการใช้สื่อการเรียนรู้สูงกว่าก่อนใช้สื่อการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: สื่อการเรียนรู้แบบนำตนเอง, ทักษะปฏิเสธ, เด็กวัยเรียน

ABSTRACT

This research and development aimed to develop the self–directed learning media for school age children to promote their refusal skills and to evaluate the effectiveness of the learning media. The sample group consisted of 89 primary and secondary school students in Muang District, Lampang Province, derived by using the multistage stage random sampling method. The research instruments include 2 the self–directed learning media on “How to keep away from drugs?” and a refusal skill assessment form. The instruments were tested for their content validity and reliability, the Cronbach alpha coefficient was 0.72. The data were analyzed by using the descriptive statistics for mean, standard deviation, paired t–test and content analysis.

The result of this research were as follows:

1. The self–directed learning media for school children is a popup comic book about teenagers who are at risk of drug abuse. The content consists of factors related to drug use, drug harm, drug addiction, refusal skills, hotlines and drug treatment facilities, and refusal skill assessment form for various situations. The quality of the learning media found that the utility and propriety were appropriate at the highest level. The feasibility and accuracy were appropriate at a high level.

2. The comparison of the mean scores before and after implementing the learning media shows that the mean scores on refusal skill after implementing the learning media were significantly higher than those before using the learning media at .05 level.

KEYWORDS: Self–Learning Media, Refusal Skills, School Age Child

บทนำ

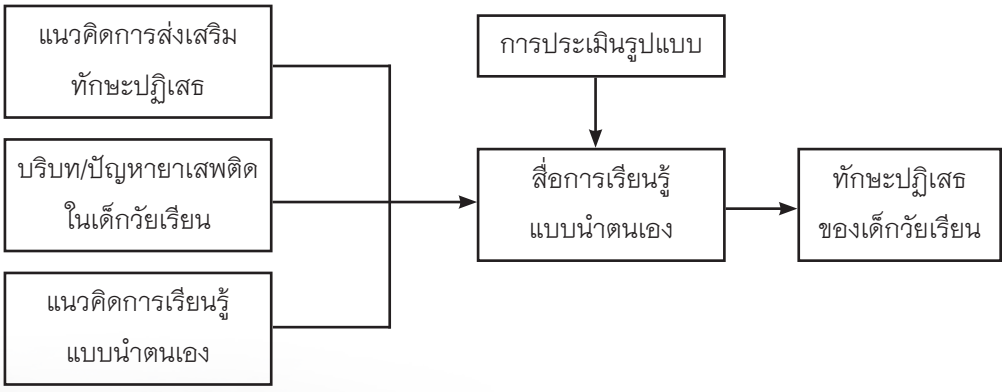
ปัจจุบันสังคมไทยกำลังประสบปัญหาวิกฤต จากสถานการณ์ปัญหายาเสพติดที่ได้แพร่ระบาดและกำลังทวีความรุนแรงมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ประชาชนเสพยาเสพติดเพิ่มมากขึ้น ผลกระทบที่เกิดจากการเสพและติดยาเสพไม่เพียงต่อจะเกิดต่อผู้เสพเท่านั้น ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติในที่สุด จากข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ปี พ.ศ. 2560 พบว่าประชากรที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ทั้งในมิติของการเสพและกระทำความผิดที่มีอายุไม่เกิน 24 ปี มีสัดส่วนสูง โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 40 ยังอยู่ในกลุ่มอายุ 15–19 ปี และมีแนวโน้มการเสพยาเสพติดในกลุ่มที่มีอายุน้อยเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะเด็กวัยเรียน (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามปัญหายาเสพติด, 2560) ปัญหานี้ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศเนื่องจากเยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า 25 ปี เป็นกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 32.44 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2557 นอกจากนี้การแพร่ระบาดของยาเสพติดเป็นปัญหาที่สร้างความเดือดร้อน และส่งผลกระทบต่อสังคมชุมชนอย่างมาก จำเป็นที่จะต้องแก้ไขโดยเร่งด่วน และยังมีตัวยาเสพติดใหม่ ๆ ที่กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดได้นำมาเผยแพร่ให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยง (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ, 2560)

เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นเป็นวัยที่ดำเนินชีวิตในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อ มีความอยากรู้อยากเห็น อยากลองสิ่งใหม่ ๆ มองหาแบบอย่างในการดำเนินชีวิต และต้องการได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน อีกทั้งเป็นช่วงวัยที่มีความอ่อนไหวเพราะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ถ้าหากวัยรุ่นขาดความเข้มแข็ง ไม่มีทักษะในการดำเนินชีวิตที่เพียงพอ ก็จะถูกชักจูงไปใช้ยาเสพติดได้โดยง่ายจึงถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเนื่องจากมีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดสูง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การป้องกันตนเองในระดับบุคคลจากยาเสพติดเป็นหัวใจสำคัญของการแก้ไขปัญหายาเสพติด เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจที่จะเลือกใช้หรือไม่ใช้ยาเสพติด การสร้างความตระหนักถึงพิษภัยยาเสพติด รวมถึงการส่งเสริมให้มีการพัฒนาทักษะชีวิตที่ดี โดยเฉพาะทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกเพื่อนชักชวนให้เสพสิ่งเสพติด ผลการวิจัยยังพบว่าปัจจัยด้านการควบคุมตนเองสามารถทำนายความสำเร็จในการปฏิเสธยาเสพติดได้ร้อยละ 11.6 (ณัฐธิดา เดชมิตร, 2559) ดังนั้น การเสริมสร้างให้บุคคลมีทักษะในการปฏิเสธยาเสพติดโดยสามารถที่จะคิดไตร่ตรองถึงผลดีผลเสียของยาเสพติด มีความอดทน อดกลั้นต่อคำชักชวนให้ทดลองจะทำให้บุคคลมีภูมิคุ้มกันที่ดีในเรื่องยาเสพติด (วรางคณา จันทร์คง และปาจรีย์ ผลประเสริฐ, 2561)

ทักษะปฏิเสธจึงเป็นทักษะสำคัญที่ใช้ในการป้องกันการใช้ยาเสพติด โดยหลักการปฏิเสธที่ดีคือ 1) ปฏิเสธอย่างจริงจังทั้งท่าทาง คำพูด น้ำเสียง เพื่อแสดงความตั้งใจอย่างชัดเจนของการปฏิเสธ 2) ใช้ความรู้สึกประกอบเหตุผล

เพราะการใช้เหตุผลอย่างเดียวมักถูกโต้แย้งด้วยเหตุผลอื่น 3) การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีและแสดงการขอบคุณเพื่อรักษาน้ำใจของผู้ชักชวน และ 4) เมื่อถูกเซ้าซี้ต่อหรือสบประมาทต้องไม่หวั่นไหวไปกับคำพูดเหล่านั้น จะต้องปฏิเสธซ้ำพร้อมบอกลา เพื่อหาทางเลี่ยงออกจากสถานการณ์ (ณัฐธิดา เดชมิตร, 2559) การนำหลักการของทักษะปฏิเสธไปใช้เพื่อส่งเสริมให้เด็กและวัยรุ่นมีทักษะปฏิเสธได้อย่างมีถูกต้อง ควรถ่ายทอดผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบนำตัวเอง (Self-directed Learning) ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากแรงจูงใจของบุคคล ที่จะนำไปสู่ความต้องการหรือความสนใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ทำให้เกิดความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะทำเรื่องใดเรื่องใดให้สำเร็จ กระบวนการเรียนรู้แบบนำตนเองประกอบด้วย 1) การบริหารจัดการตนเอง ในการกำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ด้วยตนเองที่สามารถนำไปปฏิบัติจริงและสามารถประเมินตนเอง 2) การตัดสินใจได้ด้วยตนเองว่าจะเรียนรู้ในประเด็นใดและ 3) การควบคุมตนเองในการเรียนรู้โดยสามารถศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองซ้ำ ๆ จนบรรลุเป้าหมายที่กำหนด (Knowles, 1975) ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจในการพัฒนาสื่อการเรียนรู้แบบนำตนเองเกี่ยวกับการปฏิเสธยาเสพติดในกลุ่มเด็กวัยเรียน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการป้องกันปัญหาและผลกระทบจากการเสพสารเสพติดที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาสื่อการเรียนรู้แบบนำตนเองในการส่งเสริมทักษะปฏิเสธในเด็กวัยเรียน

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของสื่อการเรียนรู้แบบนำตนเองในการส่งเสริมทักษะปฏิเสธในเด็กวัยเรียน

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีอายุ 10–12 ปี ในโรงเรียนในเขต อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 4,170 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 89 คน ประกอบด้วย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพสื่อการเรียนรู้และแบบประเมิน จำนวน 35 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองใช้สื่อการเรียนรู้ฯ จำนวน 54 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) ดังนี้

2.1 ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) จากโรงเรียนในเขต อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ได้โรงเรียน 3 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนบ้านปงสนุก โรงเรียนเทศบาล 7 และโรงเรียนพิชัยวิทยา

2.2 ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) จากห้องเรียนในชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในแต่ละโรงเรียน

2.3 ใช้วิธีการสุ่มนักเรียนจากแต่ละห้องด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากกลุ่มตัวอย่างจากห้องเรียนที่สุ่มได้ในข้อ 2.2 ได้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึง 6 ชั้นละ 10 คน และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 3 ชั้นละ 8 คน รวมเป็น 24 คน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้สื่อการเรียนรู้แบบนำตนเองเรื่อง “ปฏิเสธอย่างไรให้ห่างไกลยาเสพติด” สำหรับเด็กวัยเรียน

โรงเรียน	ระดับชั้น	จำนวน
ร.ร. บ้านปงสนุก	ป.4 – ป.5	20 คน
ร.ร. เทศบาล 7	ป.6	10 คน
ร.ร. พิชัยวิทยา	ม.1 – ม.3	24 คน
รวม		**54 คน**

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

1. สื่อการเรียนรู้แบบนำตนเอง เรื่อง “ปฏิเสธอย่างไรให้ห่างไกลยาเสพติด” สำหรับเด็กวัยเรียน เป็นหนังสือการ์ตูนป๊อบอัพ ประกอบ ด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เสพยาเสพติด พิษภัยของยาเสพติด เส้นทางการติดยา ทักษะการปฏิเสธ สายด่วนและสถานที่บำบัดยาเสพติด และแบบประเมินทักษะปฏิเสธด้วยตนเองในสถานการณ์ที่หลากหลาย

2. แบบประเมินทักษะปฏิเสธยาเสพติด เป็นแบบประเมินโดยการวิเคราะห์สถานการณ์ จำนวน 5 สถานการณ์ กำหนดคะแนนสถานการณ์ละ 0 ถึง 5 คะแนน รวม 15 คะแนน

3. แบบประเมินคุณภาพสื่อการเรียนรู้ฯ เป็นแบบประเมินมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยความเหมาะสมของสื่อในด้านการใช้ประโยชน์ ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ความเหมาะสมเชิงจริยธรรม และความถูกต้องของเนื้อหา จำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะปฏิเสธยาเสพติด การเรียนรู้แบบนำตนเอง และ มาตรฐานนี้การประเมินรูปแบบ (The Joint Committee on Standards for Education,1994) เพื่อสร้างสื่อการเรียนรู้ฯ แบบประเมินทักษะปฏิเสธ และแบบประเมินคุณภาพสื่อการเรียนรู้ฯ

2. สัมภาษณ์เด็กวัยเรียนในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4–6 จำนวน 5 คน เพื่อกำหนดรูปแบบและขอบเขตเนื้อหาของสื่อการเรียนรู้

3. นำเครื่องมือทั้ง 3 ชุด ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต 3 คน ด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 คน และด้านการศึกษา 1 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยการวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Item Objective Congruence Index : IOC) พบว่าเครื่องมือทุกชุดมีค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.8 ถึง 1.0 และผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

4. แบบประเมินทักษะปฏิเสธผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้ในนักเรียนชั้นประถมศึกษา จำนวน 15 คน และมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 10 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทดลองใช้และปรับปรุงสื่อการเรียนรู้ฯ ดังนี้

1. ทดสอบภาคสนามเบื้องต้น โดยนำสื่อการเรียนรู้ฯ ไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 5 คน และนักเรียนชั้นประถมมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 2

2. ทดสอบภาคสนามหลัก โดยนำสื่อการเรียนรู้ฯ ไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4–6 จำนวน 15 คน และมัธยมศึกษาปีที่ 1–3 จำนวน 10 คน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม

ของสื่อการเรียนรู้ฯ และแบบประเมินทักษะปฏิเสธและปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 3

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินประสิทธิผลของสื่อการเรียนรู้ฯ ใช้รูปแบบการทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (One-group Pretest-posttest Design) ดังขั้นตอนต่อไปนี้

1. ให้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 54 คน ทำแบบประเมินทักษะปฏิเสธก่อนใช้สื่อการเรียนรู้ฯ

2. ให้กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบคะแนนประเมินตนเองกับระดับทักษะปฏิเสธ เพื่อวิเคราะห์การเรียนรู้ตามเนื้อหาที่คะแนนแต่ละระดับกำหนด

3. กลุ่มตัวอย่างศึกษาสื่อการเรียนรู้แบบนำตนเองเรื่อง "ปฏิเสธอย่างไรให้ห่างไกลยาเสพติด" โดยศึกษาในช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก หลังการศึกษาสามารถประเมินตนเองเป็นระยะ ๆ และสามารถศึกษาซ้ำจนมีคะแนนทักษะปฏิเสธอยู่ในระดับที่พึงพอใจ

4. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินทักษะปฏิเสธหลังใช้สื่อการเรียนรู้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบประเมินใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะปฏิเสธระหว่างก่อนและหลังการใช้สื่อด้วยสถิติทดสอบที (Paired t-test) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

วิธีพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการวิจัยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และให้ผู้ปกครอง/ครู ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยข้อมูลในการวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องระบุชื่อหรือสัญลักษณ์ใด ๆ ที่จะแสดงตัวตน และสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดช่วงเวลาของการวิจัย

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการพัฒนาสื่อการเรียนรู้แบบนำตนเองในการส่งเสริมทักษะปฏิเสธในเด็กวัยเรียน

1. สื่อการเรียนรู้แบบนำตนเองเรื่อง "ปฏิเสธอย่างไรให้ห่างไกลยาเสพติด" สำหรับเด็กวัยเรียน เป็นหนังสือการ์ตูนป๊อบอัพ ที่บอกเล่าเรื่องราวของวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด ประกอบ ด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เสพยาเสพติด พิษภัยของยาเสพติด เส้นทางการติดยา ทักษะการปฏิเสธ สายด่วนและสถานที่บำบัดยาเสพติด และแบบประเมินทักษะปฏิเสธด้วยตนเองในสถานการณ์ที่หลากหลาย

2. ผลการตรวจสอบคุณภาพของสื่อการเรียนรู้ฯ พบว่าโดยรวมมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$=4.53, S.D.=0.18) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านการใช้ประโยชน์และด้านความเหมาะสมเชิงจริยธรรมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$=4.70, S.D.=0.12, $\overline{X}$=4.55, S.D.=0.25 ตามลำดับ) ส่วนด้านความเป็นไปได้ และด้านความถูกต้องของเนื้อหามีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=4.45, S.D.=0.30, $\overline{X}$=4.40, S.D.=0.23 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับความความเหมาะสมของสื่อการเรียนรู้

ด้าน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความเหมาะสม
1. ด้านการใช้ประโยชน์	4.70	0.12	มากที่สุด
2. ด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	4.45	0.30	มาก
3. ด้านความเหมาะสมเชิงจริยธรรม	4.55	0.25	มากที่สุด
4. ด้านความถูกต้องของเนื้อหา	4.40	0.23	มาก
รวม	**4.53**	**0.18**	**มากที่สุด**

ตอนที่ 2 ผลการประเมินประสิทธิผลของสื่อการเรียนรู้แบบนำตนเองเรื่อง “ปฏิเสธอย่างไรให้ห่างไกลยาเสพติด”

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิเสธระหว่างก่อนและหลังการใช้สื่อการเรียนรู้ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยหลังการใช้สื่อการเรียนรู้มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.80 ซึ่งสูงกว่าก่อนการใช้สื่อการเรียนรู้ที่พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.54 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ทักษะปฏิเสธระหว่างก่อนและหลังการใช้สื่อการเรียนรู้ (n=54)

คะแนนเฉลี่ย	$\bar{X}$	S.D.	T	p-value
ก่อนใช้สื่อการเรียนรู้	9.19	1.54	7.878*	0.001
หลังใช้สื่อการเรียนรู้	11.24	1.80		

*$p<.05$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้มีประเด็นอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. สื่อการเรียนรู้แบบนำตนเองเรื่อง “ปฏิเสธอย่างไรให้ห่างไกลยาเสพติด” ได้รับการตรวจสอบคุณภาพพบว่ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดทุกด้าน แสดงให้เห็นว่าสื่อที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้มีความเหมาะสมในเชิงทฤษฎีที่จะนำไปใช้พัฒนาทักษะปฏิเสธยาเสพติดในเด็กวัยเรียน เนื่องจากถูกพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบนำตัวเอง (Self-directed Learning) ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากแรงจูงใจของบุคคลตามความต้องการหรือความสนใจของแต่ละบุคคล ทำให้เกิดความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะเรียนรู้ให้สำเร็จ (ปิยะ ศักดิ์เจริญ, 2558) รูปแบบและเนื้อหาของสื่อการเรียนรู้เป็นไปตามข้อมูลที่ได้จากสัมภาษณ์ความต้องการของเด็กวัยเรียน ซึ่งนำเสนอใน

รูปแบบการ์ตูนป๊อบอัพ ที่บอกเล่าเรื่องราวของวัยรุ่นที่ใช้สีสันและรูปแบบที่น่าสนใจ สามารถดึงดูดให้เด็กวัยเรียนอยากเปิดอ่าน เนื้อหาที่นำเสนอสอดคล้องกับสถานการณ์จริงที่เด็กและวัยรุ่นพบเจอในสภาพสังคมไทย และเสนอแนะคำพูดปฏิเสธที่เป็นรูปธรรมในสถานการณ์ที่หลากหลาย ผู้เรียนสามารถเปิดอ่านเนื้อหาที่สนใจได้และสามารถอ่านได้ซ้ำ ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น กระบวนการเหล่านี้สามารถตอบสนองต่อการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองได้ เนื่องจากผู้เรียนมีอิสระในการเรียนรู้ สามารถเรียนรู้ได้ในเวลาที่สะดวกและสามารถเข้าถึงข้อมูลหรือบทเรียนได้ตามความต้องการ (อนิรุทธ์ สติมั่น, 2550)

แบบประเมินทักษะปฏิเสธด้วยตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสื่อการเรียนรู้ ที่ได้รับการออกแบบให้เป็นการตรวจสอบแผนภูมิความคิดและสรุปคะแนนเป็นระดับความสามารถในการปฏิเสธ ซึ่งรูปแบบของการประเมินนี้สามารถดึงดูดความสนใจผู้เรียนมากกว่าการประเมินด้วยแบบประเมินที่ใช้ทั่ว ๆ ไป ผลการประเมินแต่ละระดับยังเสนอแนะให้ผู้เรียนไปศึกษาเนื้อหาสาระเพิ่มเติมตามจุดอ่อนที่ประเมินได้ ซึ่งกระบวนการนี้สอดคล้องกับกระบวนการเรียนรู้แบบนำตนเองที่สามารถนำผลการประเมินไปกำหนดการกำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ด้วยตนเอง สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองว่าจะเรียนรู้ในประเด็นใด และสามารถควบคุมตนเองในการเรียนรู้โดยสามารถศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองซ้ำจนบรรลุเป้าหมายที่กำหนด (Knowles, 1975; วิภาวรรณ สุขสถิต, 2550)

2. สื่อการเรียนรู้แบบนำตนเองเรื่อง “ปฏิเสธอย่างไรให้ห่างไกลยาเสพติด” ได้รับการประเมินประสิทธิผลจากการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กและวัยรุ่น พบว่าหลังการใช้สื่อการเรียนรู้ผู้เรียนมีคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิเสธสูงกว่าก่อนการใช้สื่อการเรียนรู้ แสดงให้เห็นว่าสื่อที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้มีความเหมาะสมในทางปฏิบัติ เนื่องจากประกอบด้วยเนื้อหาสาระที่ครอบคลุมความต้องการของผู้เรียนและแบบประเมินทักษะปฏิเสธที่ประกอบด้วยสถานการณ์ที่หลากหลายที่ผู้เรียนสามารถประเมินตนเองได้ และสามารถค้นหาวิธีการปฏิเสธที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่ตนเองประสบได้ นำไปสู่การควบคุมตนเองไม่ให้ข้องเกี่ยวกับยาเสพติด โดยใช้หลักการของทักษะปฏิเสธ ซึ่งถือว่าการป้องกันตนเองในระดับบุคคลจากยาเสพติดเป็นหัวใจสำคัญของการแก้ไขปัญหายาเสพติด เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจที่จะเลือกใช้หรือไม่ใช้ยาเสพติด การมีทักษะในการควบคุมตนเองเมื่อถูกเพื่อนชักชวนให้เสพสิ่งเสพติด กระบวนการเหล่านี้อธิบายได้ด้วยทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self–control Theory) ที่ระบุว่าคุณสมบัติส่วนบุคคลที่จะระงับหรือควบคุมตนเองไม่ให้ปฏิบัติพฤติกรรมที่นำไปสู่อาชญากรรมหรือพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ (Gottfredson and Travis, 1990) เมื่อผู้เรียนตัดสินใจที่จะควบคุมตัวเองไม่ให้ใช้สารเสพติดก็จะหาแนวทางในการปฏิเสธหรือหลีกหนีจากสถานการณ์เสี่ยงได้ทั้งปัจจุบันและในอนาคตเมื่อก้าวเข้าสู่วัยรุ่น

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมนมาลย์ ชวลิตนิธิ (2550) และกฤตยา แสวงเจริญ และปุญทรี พ่วงสวุรรณ (2551) หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม นักเรียนมีทักษะชีวิตเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วมกิจกรรม *(p<.05)* และทักษะชีวิตด้านการตระหนักในตนเองและการรับผิดชอบในตนเอง ส่งผลให้เยาวชนกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงตนเองในทางที่ดีขึ้น ดังนั้นสื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะปฏิเสธที่ผู้ใช้สามารถประเมินตนเองและทราบผลได้ทันที สามารถศึกษาด้วยตนเองด้วยสื่อที่สอดคล้องกับบริบทของผู้เรียน และสอดคล้องกับผลการประเมินตนเองในแต่ละระดับ จะนำไปสู่การพัฒนาทักษะปฏิเสธที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรด้านการศึกษาควรนำสื่อการเรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ร่วมกับการเรียนการสอนและกิจกรรมเสริมหลักสูตร ทั้งระดับชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีทักษะปฏิเสธการใช้สารเสพติด โดยนำไปให้นักเรียนประเมินตนเอง ศึกษาวิธีการและฝึกทักษะปฏิเสธในรายวิชาสุขศึกษาในหัวข้อการป้องกันการใช้ยาเสพติด รวมถึงการมอบหมายให้นักเรียนศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองในชั่วโมงกิจกรรมเสริมหลักสูตร

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่หน่วยงานด้านสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชน ควรนำสื่อการเรียนรู้ไปใช้โดยการจัดนิทรรศการหรือนำไปใช้เป็นสื่อการเรียนรู้ในกิจกรรมการเข้าค่ายป้องกันการใช้ยาเสพติดเพื่อเป็นการเสริมสร้างภูมิต้านทานยาเสพติดแก่เด็กและเยาวชนครอบคลุมแต่ละพื้นที่

3. ผู้ปกครอง เด็ก และวัยรุ่น สามารถนำสื่อการเรียนรู้ไปใช้ในการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยเน้นการประเมินทักษะปฏิเสธและเลือกศึกษาเนื้อหาที่เป็นจุดอ่อนตามผลการประเมินอภิปรายและสะท้อนตนเองเป็นระยะ ๆ เพื่อให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความสามารถในการใช้ทักษะปฏิเสธในสถานการณ์จริงและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในเด็กและวัยรุ่นที่ผ่านการใช้สื่อการเรียนรู้แบบนำตนเอง

2. ควรมีการพัฒนาสื่อการเรียนรู้แบบนำตนเองโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศหรือจัดทำเป็นแอพพลิเคชั่นและตรวจสอบประสิทธิผลในด้านความสามารถในการใช้ทักษะปฏิเสธ

เอกสารอ้างอิง

กฤตยา แสวงเจริญ และปุณฑรี พ่วงสุวรรณ. (2551). *การอบรมเลี้ยงดูแลการพัฒนาทักษะชีวิตเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นตามวิถีชีวิตไทยภาคกลางที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศและสารเสพติด.* ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ณัฐธิดา เดชมิตร. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการปฏิเสธยาเสพติดของนักเรียนอาชีวศึกษาภาครัฐในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารกระบวนการยุติธรรม, 9*(2), 99–112.

ปิยะ ศักดิ์เจริญ. (2558). ทฤษฎีการเรียนรู้ผู้ใหญ่และแนวคิดการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเอง: กระบวนการเรียนรู้เพื่อการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต. *วารสารพยาบาลทหารบก, 16*(1), 8–13.

วิภาวรรณ สุขสถิตย์. (2550). *การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง สำหรับนักศึกษาผู้ใหญ่โดยการเรียนการสอนผ่านเว็บ.* (ปริญญานิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาการศึกษาผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ).

วรางคณา จันทร์คง และปาจรีย์ ผลประเสริฐ. (2561). แนวทางการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษา ในจังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 4*(1), 65–74.

ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ. (2560). *แผนป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเร่งด่วน ปี 2561 (มีนาคม – กันยายน 2561).* สืบค้นจาก http://www.ppb.moi.go.th/midev03 /upload/ppb2561.pdf

สุมนมาลย์ ชวลิตนิธิ. (2550). *การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้าง ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันพฤติกรรมการเสพสารเสพติดใน นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด.* (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม).

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามปัญหายาเสพติด. (2560). *แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2558 – 2562.* สืบค้นจาก https://www.opdc.go.th/uploads/files/2558/att1203.2_ v19_58_1.pdf

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *ประชากรจากการทะเบียน จำแนกตามเพศ ภาค และจังหวัด พ.ศ. 2560.* สืบค้นจาก http://www.nso.go.th/sites/2014

อนิรุทธ์ สติมั่น. (2550). *ผลการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมการเรียนรู้แบบโครงงานบนเครือข่ายอินเตอร์เน็ตที่มีต่อการเรียนรู้แบบนำตนเองและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา.* (ปริญญานิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาเทคโนโลยีการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ).

Gottfredson, M. R., and Travis, H. (1990). *A general theory of crime*. Beverly Hills, CA: Sage.

Knowles, M. S. (1975). *Self – directed Learning. A guide for learners and teachers*. New York: Association Press.

The Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (Ed.). (1994). *The program evaluation standards*. (2nd ed). Newbury Park: Sage.

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน : ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสารกลุ่มที่	สาขา
1	วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข	0857-3743	สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข	1	วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

Back to top

Copyright 2005, Thai-Journal Citation Index (TCI) Centre. All rights reserved.
Contact. tci.thai@gmail.com

แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่บ้านในผู้สูงอายุ: บริบทของประเทศไทย

Home-based Fall Prevention Guideline in Thai Contexts for Elderly People

เยาวลักษณ์ คุมขวัญ[1] อภิรดี คำเงิน[1] อุษณีย์ วรรณลัย[1] นิพร ขัดตา[1]

Yaowalak Kumkwan[1] Apiradee Khumngeon[1] Usanee Wannalai[1] Niporn Khatta[1]

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

Boromarajonani College of Nursing, Nakorn Lampang

Corresponding author, E-mail: yaowalak_ann@hotmail.com

Received: 10 July 2018 **Revised:** 20 November 2018 **Accep**ted: 29 November 2018

บทคัดย่อ

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุนำมาซึ่งความสูญเสียคุณภาพชีวิตเนื่องจากการสูญเสียความสามารถด้านการทำหน้าที่ร่างกาย การบาดเจ็บที่รุนแรง จนกระทั่งการเสียชีวิต บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่บ้านในผู้สูงอายุ โดยการศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายใน และปัจจัยเสริม จากนั้นได้มีการศึกษา ทบทวนงานวิจัย ตำรา บทความต่างๆ พบว่ามีหลักการที่จะสามารถป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้ ประกอบด้วย หลักการ 12 ป. ดังนี้ ป 1. ประเมินการทรงตัว ประเมินการมองเห็น ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม ป 2. เปลี่ยน ป 3. ปรับ ป 4. ปลด ป 5. ปล่อยวาง ป 6. ปกป้อง ป 7. ป้องกัน ป 8. ประวัติ ป 9. ปรึกษา ป 10. ปรับทัศนคติ ป 11. ปัจจัย และป 12. ปลุก ซึ่งหลักการดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทั้งตัวของผู้สูงอายุเอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ บุคลากรสุขภาพ รวมถึงองค์กรต่างๆในชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดการ

คำสำคัญ: แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่บ้าน; ผู้สูงอายุ; หลักการ 12 P.

Home-based Fall Prevention Guideline in Thai Contexts for Elderly People

Yaowalak Kumkwan[1] Apiradee Khumngeon[1] Usanee Wannalai[1] Niporn Khatta[1]

Boromarajonani College of Nursing, Nakorn Lampang

Corresponding author, E-mail: yaowalak_ann@hotmail.com

Received: 10 July 2018 **Revised:** 20 November 2018 **Accepted:** 29 November 2018

Abstract

often result in reduced quality of life due to losses of functional ability, severe injuries or even death in older persons. This article presents home-based fall prevention guidelines for older people in Thai contexts. We examined factors related to falls in older persons including external, internal and precipitating factors and conducted a literature review related to fall prevention interventions. Twelve principles identified for effective fall prevention. These principles are represented as a series of 12 P's in accordance with the meanings ascribed in Thai language. These include: P1: Assessment (including gait and balance, vision, activity of daily living, and fall risk), P2: Change, P3: Modifications, P4: Realization, P5: Attitudinal adjustment, P6: Protection, P7: Prevention, P8: History of fall, P9: Medical consultation, P10: Psychological adjustment, P11: Motivation, and P12: P physical activity. Health professionals, caregivers and older persons can apply these principles to guide the design of fall prevention activities for older people living at home.

Keywords: fall prevention; older people; 2 P's

ความเป็นมาและความสำคัญ

สถานการณ์จำนวนของผู้สูงอายุทั่วโลกในปัจจุบันมีการคาดการณ์จากองค์การสหประชาชาติว่าปี พ.ศ. 2554-2643 (ค.ศ.2001-2100) จะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก[1] ในส่วนของประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aging Society) เช่นกัน สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว คือในช่วงเวลา 30 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.9 ในปี พ.ศ.2553 เป็นร้อยละ 25 ในปี พ.ศ.2573 เพิ่มเป็น 2 เท่าตัว[2] ทั้งนี้ส่งผลกระทบให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะโรคเรื้อรังมากขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน เป็นต้น ทำให้ต้องมีการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน ผู้สูงอายุต้องการการพึ่งพามากขึ้น ครอบครัวต้องดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งบางครอบครัวอาจไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อาจนำไปสู่การทอดทิ้ง ประกอบกับร่างกายที่เสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นซึ่งจะมีการผิดรูปของข้อต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดข้อเสื่อม ทำให้มีการทรงตัวและการเคลื่อนไหวผิดปกติ ผลที่ตามมาคือ ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้ม[3-4]

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มีหลายสาเหตุหรือปัจจัยด้วยกัน สาเหตุภายนอกได้แก่ แสงสว่างที่ไม่เพียงพอหรือจ้าเกิดไป ขั้นบันไดมีลวดลาย พื้นไม่เรียบ ขรุขระหรือลื่น ที่จับยึดไม่เหมาะสม มีสิ่งกีดขวางการเคลื่อนไหว เป็นต้น สาเหตุภายใน คือ กระบวนการชรา ได้แก่ การทรงตัวและกำลังกล้ามเนื้อลดลง ความผิดปกติของความดันโลหิต หัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท การใช้ยา การเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ทำให้การทรงตัวหรือการเปลี่ยนท่าผิดปกติไปจากเดิม[5] รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ เช่น เครื่องแต่งกายและเครื่องช่วยในการเคลื่อนไหวไม่เหมาะสม รองเท้าไม่พอดี แว่นตาไม่เหมาะสม เป็นต้น[6]

ผลกระทบของการพลัดตกหกล้มส่งผลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทางด้านร่างกายทำให้เกิดการบาดเจ็บของอวัยวะ ตั้งแต่ไม่มีการบาดเจ็บ บาดเจ็บเล็กน้อย บาดเจ็บปานกลางจนกระทั่งบาดเจ็บมากจนถึงเสียชีวิต จากรายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พ.ศ.2560-2564 ของสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มในผู้สูงอายุสูงกว่าทุกกลุ่มอายุถึง 3 เท่า ผู้สูงอายุเพศชายเสียชีวิตจากการหกล้มมากกว่าเพศหญิง 3 เท่าและคาดการณ์ว่าในระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564 มีผู้สูงอายุหกล้มปีละ 3,030,900-5,506,000 คน ซึ่งในจำนวนนี้จะมีผู้เสียชีวิตจำนวน 5,700-10,400 คน[7] ผลกระทบต่อจิตใจทำให้เกิดการกลัวต่อการหกล้ม สูญเสียความมั่นใจในการทำกิจกรรม ผลกระทบด้านเศรษฐกิจต้องเสียค่ารักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพเป็นเวลานาน และการดูแลที่ต่อเนื่อง ตลอดจนส่งผลต่อการขาดรายได้ของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องมาดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม[8]

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษา ปัจจัยที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และนำเสนอรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เหมาะสมกับบริบทหรือสภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย สามารถตอบโจทย์การสร้างเป็นเครื่องมือในการป้องกันการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่บ้าน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ปกติสุขตามอัตภาพ สามารถช่วยเหลือตนเองได้และเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

จากการศึกษาข้อมูล ตำรา และรายงานการวิจัยต่าง ๆ พบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่บ้านสามารถแบ่งได้เป็น 3 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยภายนอก (external factors)

ปัจจัยเกี่ยวข้องกับแวดล้อมต่าง ๆที่อยู่รอบ ๆ ตัวของผู้สูงอายุ ที่เป็นสาเหตุหรือส่งเสริมให้เกิดการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พบดังนี้

1.1 พื้นลื่น/พื้นต่างระดับ/พื้นขรุขระ ทั้งนี้เนื่องจากการทรงตัวและการมองเห็นของผู้สูงอายุจะลดลงตามอายุ ดังนั้นเป็นไปได้ยากที่ผู้สูงอายุจะมองเห็นได้ชัดเจนว่าพื้นบริเวณนั้นลื่นหรือมีความต่างระดับ เมื่อผู้สูงอายุเดินไปในพื้นที่ลื่นหรือต่างระดับย่อมทำให้เกิดการหกล้มได้ง่าย การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุลื่นหรือล้ม พบเช่นเดียวกันว่า ภายในตัวบ้านที่มีขอบของธรณีประตู มีทางเดินต่างระดับ พื้นบ้านปูด้วยกระเบื้องเซรามิกซ์ ใช้เศษผ้าหรือเสื้อผ้าเก่าเป็นที่เช็ดเท้าทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้น[9] และการก้าวขึ้นในพื้นที่ต่างระดับยังส่งผลให้ล้มได้ง่ายเช่นกัน[10] สถานที่ที่ทำให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ง่ายอีกสถานที่หนึ่งคือ ห้องน้ำ เนื่องจากในห้องน้ำจะมีความชื้นสูงกว่าบริเวณอื่นของบ้านประกอบกับการใช้น้ำที่ทำให้พื้นของห้องน้ำมีความลื่นและยังเป็นสถานที่ที่ผู้สูงอายุใช้ค่อนข้างบ่อย เพราะในวัยผู้สูงอายุจะมีขนาดกระเพาะปัสสาวะและความจุลดลง จึงต้องใช้ห้องน้ำบ่อยขึ้น ย่อมเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มได้ง่ายเช่นเดียวกัน ข้อมูลของสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ[11] พบเช่นเดียวกันว่าห้องน้ำเป็นส่วนที่ผู้สูงอายุหกล้มบ่อยที่สุด นอกจากนี้สภาพแวดล้อมภายนอกตัวบ้านก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุลื่นหรือล้ม เพราะส่วนใหญ่พื้นผิวดินภายนอกบ้านจะขรุขระ ผิวไม่เรียบ เป็นต้นเหตุส่งเสริมทำให้เกิดการหกล้มได้ง่าย[12] นอกจากนี้ในส่วนของผู้สูงอายุที่ยังใช้จักรยานหรือจักรยานยนต์ในการสัญจร พบเช่นเดียวกันว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพื้นถนนที่ขรุขระ[9]

1.2 มีสิ่งกีดขวางทางเดิน การที่มีสิ่งกีดขวางทางเดินจะทำให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวได้ลำบากขึ้น ต้องใช้การทรงตัวมากขึ้นกว่าเดิม สอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยหลาย ๆ งานพบว่า ภายในบ้านที่มีผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มมักจะมีการวางสิ่งของไว้ตามขั้นบันได[12] มีการวางสายโทรศัพท์ตามพื้นทำให้ผู้สูงอายุสะดุดสายโทรศัพท์ มีการปูเสื่อหรือพรมทำให้ผู้สูงอายุสะดุดขอบของเสื่อหรือขอบพรมได้ง่าย[5,13] และในส่วนภายนอกบ้านมักจะมีการวางสิ่งของเกะกะกีดขวางทางเดิน โดยเฉพาะในชุมชนชนบทพบว่า สิ่งที่กีดขวางทางเดินส่วนใหญ่เป็นตาข่ายขึงกั้นสัตว์ไม่ให้เข้ามาภายในตัวบ้าน[12] ทั้งนี้เนื่องจากตาข่ายมักจะมีลักษณะใส มองเห็นได้ยาก มีความลื่นและพันข้อเท้าได้ง่ายจึงทำให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ง่ายยิ่งขึ้น

1.3 การแต่งกายไม่เหมาะสม การสวมใส่เสื้อผ้าในผู้สูงอายุมักจะพบว่า มีการสวมใส่เสื้อผ้าที่มีขนาดหลวม โคร่ง ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีความไวต่อความร้อนได้มากกว่าบุคคลวัยทั่วไปจึงมีการสวมใส่เสื้อผ้าที่มีความโล่งและโปร่งสบาย หรือมักจะสวมใส่เสื้อผ้าที่ยาวเพื่อป้องกันการเปิดเผย จึงส่งผลให้เกิดการสะดุด เกี่ยวดึง ทำให้เสียหลักหกล้มได้ง่าย รวมถึงการใส่เสื้อผ้าที่รุ่มร่าม ไม่กระชับพอดีตัวทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มได้ง่ายขึ้นเช่นกัน[3,14]

1.4 รองเท้าไม่เหมาะสม การที่ผู้สูงอายุสวมใส่รองเท้ามีขนาดไม่เหมาะสมจะทำให้ผู้สูงอายุเดินได้ลำบาก มีผลต่อการทรงตัว ประกอบกับถ้าพื้นรองเท้าไม่มีดอกยางกันลื่น หรือแม้กระทั่งรองเท้าที่ผ่านการใช้งานมานานจนพื้นสึก รวมถึงการใช้รองเท้าเก่าที่หูรองเท้าขาดแล้วเอามาซ่อมใส่ใหม่ยิ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุหกล้มเพิ่มขึ้น[12] ดังนั้นการใช้รองเท้าให้เหมาะสมจึงเป็นสิ่งหนึ่งที่จะช่วยป้องกันการหกล้มได้

1.5 การทำภาระหน้าที่ประจำวัน การที่ผู้สูงอายุ ยังมีกิจกรรมหรือภาระหน้าที่ที่ต้องทำประจำวัน ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องใช้ร่างกายและพลังงานเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ร่างกายเกิดความอ่อนล้าได้ง่าย และทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มตามมา การศึกษาของธนวรรษณ์และกาญจนา[14] พบเช่นเดียวกันว่า กิจวัตรประจำวันที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มคือ การก่อไฟ นึ่งข้าวหรือหุงข้าว การทำความสะอาดบ้าน เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวต้องอาศัยการ

ทรงตัวและเคลื่อนไหวตลอดเวลา มีการลุกสลับกับนั่ง จึงเป็นไปได้ว่า การปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเวียนศีรษะทำให้เกิดอาการหน้ามืด จึงทำให้หกล้มได้ง่ายขึ้น

1.6 บ้าน 2 ชั้น การที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในบ้าน 2 ชั้น ไม่ได้เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้ม เพราะผู้สูงอายุบางคนพักอาศัยอยู่ชั้นล่างอยู่แล้ว แต่ประเด็นที่ทำให้ผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มอยู่ที่ผู้สูงอายุในบางพื้นที่มีความเชื่อว่าการที่ตนเองอยู่ชั้นล่างและมีลูกหลานซึ่งมีอายุน้อยกว่าอาศัยอยู่ชั้นบนเป็นการไม่ให้เกียรติหรือไม่เหมาะสมเพราะผู้สูงอายุถือว่าเป็นเสาหลักของบ้าน ซึ่งถือว่าควรจะอยู่เหนือกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องใช้บันไดเพื่อขึ้นลงชั้น 2 ของบ้านซึ่งจะทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย การศึกษาของธนวรรษณ์และกาญจนา[14] และกนกอร[15] พบเช่นเดียวกันว่า ผู้สูงอายุที่เกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่มีที่อยู่อาศัยเป็นบ้าน 2 ชั้น

1.7 ช่วงเวลาที่ทำกิจกรรม ทั้งนี้เนื่องจากธรรมชาติของผู้สูงอายุจะมีช่วงเวลาในการนอนที่ค่อนข้างสั้น จึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการตื่นนอนที่ค่อนข้างเร็ว โดยเฉพาะช่วงเช้ามืดที่ผู้สูงอายุมักตื่นขึ้นมาเพื่อทำกิจวัตรประจำวัน ประกอบกับการนอนในแต่ละคืนจะผู้สูงอายุมักจะมีช่วงเวลาการนอนที่สั้น หลับ ๆ ตื่น ๆ บ่อย จึงอาจส่งผลให้ร่างกายของผู้สูงอายุตื่นตัวไม่เต็มที่จึงส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย การศึกษาอุบัติการณ์ของการหกล้มและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม ในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบเช่นเดียวกันว่า ช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุหกล้มส่วนใหญ่เกิดขึ้นในตอนเช้า[12]

1.8 แสงสว่างและสีที่ไม่เหมาะสม สถานที่ภายในบ้านที่พบว่า แสงสว่างน้อยหรือไม่เพียงพอ คือ บันได ทางเดินภายในบ้าน ส่วนภายนอกบ้านจะพบว่า ทางเข้าบ้านและรอบ ๆ บริเวณบ้านจะมีแสงสว่างจะค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะในช่วงเวลากลางคืน และในส่วนบริเวณที่มีแสงสว่างจ้ามากเกินไป เช่น บริเวณที่มีกระจก พื้นที่ขัดมันเป็นเงาสะท้อน หรือบริเวณที่แสงอาทิตย์ส่องโดยตรง ทั้งนี้เนื่องจากการที่มีแสงสว่างน้อยหรือมากเกินไปจะส่งผลต่อการมองเห็นของผู้สูงอายุ ทำให้ความชัดของภาพกับระยะมองเห็นคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้ ซึ่งจะส่งผลทำให้พลัดตกหกล้มได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดขอนแก่น พบว่า การที่แสงสว่างมากหรือน้อยเกินไปทำให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ง่าย[7] ในส่วนของสีที่ไม่เหมาะสม พบว่า สีที่มีความกลมกลืน สีที่ประกอบกันเป็นลวดลาย เช่น สีของพรม กระเบื้องปูพื้น หรือสีของผนังตกแต่งเป็นต้น[6] จะทำให้ผู้สูงอายุแยกความแตกต่างของสีได้ยากขึ้น ดังนั้นเมื่อมีพื้นต่างระดับที่มีสีกลมกลืนกันย่อมทำให้ผู้สูงอายุก้าวพลาด และหกล้มได้ง่าย หรือผนังบ้านที่มีสีกลมกลืนกันจะทำให้ผู้สูงอายุแยกได้ยากว่าตรงไหนเป็นมุมเสา หรือพื้นผนัง เมื่อจะใช้ผนังบ้านในการทรงตัวหรือพยุงตัวจึงทำให้เกิดความพลาดในการกะระยะทำให้สูญเสียการทรงตัวจึงเกิดการหกล้มตามมา

1.9 ไม่มีผู้ช่วยเหลือ บ้านที่มีผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดจะช่วยให้เกิดความระมัดระวังในการป้องกันการหกล้มและผู้ดูแลยังมีบทบาทในการช่วยเหลือการเคลื่อนไหว เป็นตาที่ 2 ของผู้สูงอายุที่ช่วยให้เคลื่อนไหวได้สะดวกและมีความมั่นใจมากยิ่งขึ้น ในขณะเดียวกันบ้านที่ไม่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้สูงอายุดูแลกันเอง ย่อมเพิ่มความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษาของดาราวรรณ และคณะ[12] พบเช่นเดียวกันว่า ผู้สูงอายุที่เกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 ไม่มีผู้ดูแล

1.10 อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว เครื่องเรือนหรือสิ่งก่อสร้างไม่เหมาะสม อุปกรณ์ที่ผู้สูงอายุมักจะมีติดตัว เช่น ไม้เท้า เครื่องพยุงเดิน ล้อเข็น หากอุปกรณ์เหล่านี้มีขนาดที่ไม่เหมาะสม จะมีส่วนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ง่าย ในส่วนของเครื่องเรือนหรือสิ่งก่อสร้าง เช่น ในห้องน้ำ หรือบันไดที่ไม่มีราวจับยึด จะส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดสิ่งยึดเกาะทำให้พลัดตกหกล้มได้ง่าย[16] รวมถึงบันไดที่มีความสูงไม่เหมาะสม ขั้นบันไดแคบ ไม่มีเครื่องหมายแสดงขอบเขต ระดับความสูงต่ำของเครื่องเรือนไม่เหมาะสมและความไม่มั่นคงของเครื่องเรือนขณะใช้งาน ก็เป็น

สาเหตุทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายเช่นเดียวกัน[6] การศึกษาของอนงค์, นรีมาลย์และ พัชระ[17] พบเช่นเดียวกันว่าบ้านของผู้สูงอายุที่ไม่มีราวบันไดเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเป็น 4.3 เท่าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านที่มีราวบันได

2. ปัจจัยภายใน (internal facters)

ปัจจุบันนี้เกี่ยวกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ความเสื่อมของร่างกายย่อมที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของสูงอายุ โดยระบบของร่างกายที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้ม มีดังนี้

2.1 ระบบกระดูก เนื่องจากคนที่มีอายุมากขึ้นไปตั้งแต่ 40 ปี จะพบว่า อัตราเสื่อมของกระดูกจะมีมากกว่าอัตราการสร้าง ทั้งในเพศชายและเพศหญิง จากเซลล์กระดูกลดลง แคลเซียมสลายออกจากกระดูกเพิ่มขึ้น[4] และในช่วงอายุหลัง 65 ปี การสร้างวิตามินดีจะลดลง ซึ่งทำให้การดูดกลับแคลเซียมจากในลำไส้และท่อไตเข้าสู่กระแสเลือดและเก็บสะสมในเนื้อกระดูกลดลง จึงส่งผลให้กระดูกของผู้สูงอายุเปราะและหักง่าย รวมถึงทำให้ความยาวของกระดูกลดลง ทำให้เกิดหลังค่อม หลังเอียง รูปร่างไม่สมส่วน กระดูกอ่อนข้อต่าง ๆ บางลง น้ำไขข้อลดลง ทำให้มีการเสื่อมของข้อ ข้อติดแข็ง เคลื่อนไหวไม่สะดวก[18] ซึ่งประเด็นที่กล่าวมาทั้งหมดจะส่งผลต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุทั้งสิ้น การศึกษาของดาราวรรณ และคณะ[12] พบเช่นเดียวกันว่า ยิ่งสูงอายุจะมีความเสื่อมของกระดูกเพิ่มขึ้นไปตามอายุซึ่งจะทำให้การทรงตัวและการเคลื่อนไหวลดลงทำให้เกิดโอกาสในการหกล้มเพิ่มขึ้น ในขณะผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่าการเสื่อมของกระดูกจะน้อยกว่าจึงทำให้การทรงตัวดีซึ่งในการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของกระดูกน้อยกว่าจะมีความสามารถในการทรงตัวดีกว่าสูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีความเสื่อมของกระดูกถึง 5.76 เท่า

2.2 ระบบกล้ามเนื้อ การศึกษาพบว่าความแรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อจะเริ่มลงที่อายุ 45 ปี และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจะลดลงในช่วงอายุ 30-70 ปี[18] ซึ่งจะส่งผลให้การเคลื่อนไหวช้าลง เกิดการสั่นของกล้ามเนื้อ ที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุเสียสมดุลในการเคลื่อนไหวจึงทำให้พลัดตกหกล้มได้ง่าย

2.3 ระบบประสาทและประสาทสัมผัส ร่างกายของมนุษย์เซลล์สมองและเซลล์ประสาทจะมีจำนวนลดลงเรื่อย ๆ หลังจากอายุ 25-75 ปี ทำให้ประสิทธิภาพของสมองและประสาทลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณลดลง ซึ่งจะทำให้การเคลื่อนไหวช้าลง จนบางครั้งทำให้อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวอาจทำงานไม่สัมพันธ์กัน โดยเฉพาะการทำงานของขาทั้งสองข้างถ้าทำงานไม่สัมพันธ์กันย่อมจะทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียการทรวงตัวและการเคลื่อนไหวทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย[4]

2.4 ระบบการมองเห็น ในผู้สูงอายุการมองเห็นจะเสื่อมลง ทั้งนี้เนื่องจากลูกตาจะมีขนาดเล็กลงและลึก ความยืดหยุ่นของหนังตาลดลง หนังตาตก รูม่านตาขนาดเล็กลง ปฏิกิริยาของม่านตาต่อแสงลดลง ทำให้การปรับตัวต่อการมองเห็นลดลง โดยเฉพาะในสถานที่ที่มืด หรือในเวลากลางคืน การแยกสีทำได้ยากขึ้น รวมถึงการหักเหของแสงผิดปกติทำให้มองเห็นภาพใกล้ไม่ชัด ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของละออม, จริยวัตรและ กนกพร[9] ที่พบว่าผู้สูงอายุเกือบร้อยละ 50 ที่เกิดอุบัติเหตุมีความบกพร่องทางสายตา

2.5 ระบบการได้ยิน ในผู้สูงอายุพบว่าอาการหูตึงพบได้ถึง 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ อยู่ในช่วง 65-74 ปี[19] ทั้งนี้เนื่องจากมีการเสื่อมของหูชั้นในร่วมกับเส้นประสาทคู่ที่ 8 (auditory nerve) ประกอบกับระบบเวสตริบูลา (vestribular) ลดลงทำให้มีการฝ่อลีบของ cochlea ผู้สูงอายุจึงมักมีอาการเวียนศีรษะ (vertigo) ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย

2.6 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ในผู้สูงอายุจะพบว่า กล้ามเนื้อหัวใจจะฝ่อลีบ เกิดพังผืด ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ประกอบกับแคลเซียมจะเกาะมากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง ปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง รวมถึงความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดหัวใจลดลง[9] จึงส่งผล

ให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง โดยเฉพาะสมอง จึงทำให้ผู้สูงอายุเวียนศีรษะได้ง่ายซึ่งจะทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่ายเช่นกัน รวมถึงอาการเวียนศีรษะก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ง่ายเช่นเดียวกัน[18]

2.7 ระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้สูงอายุกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะจะอ่อนกำลังลงกำลังในการหดตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลง ร่วมกับตัวรับการกระตุ้น (stretch receptor) ในกระเพาะปัสสาวะทำงานลดลง ประกอบกับขนาดของกระเพาะปัสสาวะมีขนาดเล็กลง ดังนั้นจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุปัสสาวะบ่อยขึ้น ทำให้เกิดความรีบเร่งเพื่อไม่ให้ปัสสาวะราดและต้องเข้าห้องน้ำบ่อยขึ้นเพราะกระเพาะปัสสาวะเต็มเร็ว จึงทำให้เกิดผู้สูงอายุอุบัติเหตุได้ง่าย[4]

3 ปัจจัยส่งเสริม

3.1 อายุ เมื่ออายุมากขึ้น จะทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะทุกส่วนในร่างกาย โดยเฉพาะอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัวและการเคลื่อนไหว การศึกษาของ Ottenbacher, ostir, peek, Goodwin & markides[20] พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปจะมีความเสี่ยงต่อการหกล้มและเกิดข้อสะโพกหักสูง การศึกษาของดาราวรรณและคณะ[12] และละออม, จริยวัตรและ กนกพร[15] พบเช่นเดียวกันว่า ผู้สูงอายุที่เกิดการหกล้มจะมีอายุอยู่ในช่วง 70–79 ปี

3.2 มีประวัติการหกล้ม/การกลัวการหกล้ม ในผู้สูงอายุที่มีการหกล้มมาก่อนมักจะกลัวและมีความกังวลในการเคลื่อนไหว ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้าที่จะเดินหรือเคลื่อนไหวจึงส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย การศึกษาวิจัยพบเช่นเดียวกันว่า ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การหกล้มมีความสัมพันธ์กับการหกล้มซ้ำและผู้สูงอายุที่มีประวัติการหกล้มจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหกล้มเป็น 6.4 เท่าของผู้สงอายุที่ไม่มีประวัติการเกิดอุบัติเหตุหกล้ม[12] นอกจากนี้ยังพบว่าความคลาดเคลื่อนในการสื่อสารยังเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุกลัวการหกล้มเนื่องจากการสื่อสารบางประโยคทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการเคลื่อนไหวจะทำให้เกิดการหกล้ม ดังนั้นจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุยิ่งกลัวการเคลื่อนไหวจนอาจส่งผลให้เกิดการหกล้มขึ้นได้

3.3 เพศ สรีระของเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกัน โดยเพศหญิงจะมีความพรุนของกระดูกมากกว่าเพศชาย เนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงทำให้เกิดกระดูกพรุน ซึ่งจะส่งผลต่อการเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนแปลงการเคลื่อนไหวของสะโพกในการรับน้ำหนักของขา ประกอบกับในการเดินของเพศหญิงและเพศชายก็มีความแตกต่างกัน เพราะผู้หญิงจะมีลักษณะเดินคล้ายเป็ด ฐานเดินแคบ และระยะก้าวสั้น ส่วนผู้ชายจะมีฐานเดินกว้างกว่า ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการหกล้มได้มากกว่าเพศชาย[21]

3.4 ปัจจัยทางอายุรกรรมและศัลยกรรม ปัจจัยด้านอายุรกรรมพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตต่ำ จะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ส่งผลให้เวียนศีรษะหรือหน้ามืดได้ หรือผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อน้ำตาลในเลือดต่ำ รวมถึงเลือดออกจากหัวใจลดลง รวมถึงโรคทางระบบประสาท เช่น พาร์กินสัน ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหวได้ง่าย รวมถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันจะทำให้หกล้มได้ง่ายเช่นเดียวกัน[6] และปัจจัยด้านศัลยกรรมในผู้สูงอายุที่เคยได้รับการผ่าตัด เช่น เปลี่ยนข้อสะโพก ข้อเข่า หรือดามกระดูกจะทำให้การเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุไม่เหมือนเดิม ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายขึ้น

3.5 การใช้ยาที่มีผลต่อการทรงตัว การศึกษาพบว่า ยาที่มีผลต่อระบบประสาท เช่น ยานอนหลับ หรือยาระงับประสาทจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม รวมถึงยาในกลุ่มขยายหลอดเลือด ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ ซึ่งจะมีผลข้างเคียงให้ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า เกิดอาการสับสน สอดคล้องกับการศึกษาการศึกษาแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุชุมชนมิตรภาพพัฒนาที่พบว่าผู้สูงอายุที่หกล้มมากกว่าร้อยละ 50[9] รับประทานยาลดความดันโลหิต นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่รับประทานยาด้านจิตประสาทมากกว่า 1 ชนิด ยิ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้น[6]

รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของประเทศไทย

จากการศึกษาสาเหตุ ปัจจัย รวมถึงแนวทางในการป้องกันการหกล้ม สามารถสรุปเป็นแนวทางในการป้องกันการพลัดตกหกล้มได้หลัก 12 ป. โดยรายละเอียดในการใช้มีรายละเอียด ดังนี้

ป 1. ประเมิน ประกอบด้วยการประเมินดังนี้

ป 1.1 ประเมินการทรงตัว ในผู้สูงอายุจะพบว่า ทั้งกล้ามเนื้อและกระดูกจะมีความเสื่อม ซึ่งระบบนี้จะเป็นส่วนสำคัญในการทรงตัวและการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ แบบประเมินที่มีการใช้บ่อย เช่น แบบประเมิน berg balance scale เป็นแบบประเมินการทรงตัวโดยการทำกิจกรรม 14 กิจกรรม ขณะนั่งและยืนได้แก่ 1. ลุกขึ้นยืน 2. ยืน 2 นาทีโดยไม่ยึดเกาะ 3. การนั่งเก้าอี้โดยไม่พิงพนัก 4. นั่งลง 5. การเคลื่อนย้าย 6. การยืนนิ่งหลับตา 7. ยืนตัวตรงเท้าชิด 8. การยกแขนขนานพื้นแล้วเอนตัวไปข้างหน้า 9. ก้มเก็บของจากพื้นขณะยืนอยู่ 10. หันไปมองข้างหลัง 11. การหมุนตัว 360 องศา 12. ก้าวเท้าแตะบนม้านั่งเตี้ยสลับกัน 13. ยืนต่อเท้า 14. ยืนแบบขาข้างเดียว และให้คะแนนแต่ละกิจกรรม 0-4 คะแนน รวม 56 คะแนน ถ้าได้คะแนนน้อยกว่า 45 คะแนนแสดงถึงความผิดปกติในการทรงตัวและมีความเสี่ยงสูงในการล้ม

ป 1.2 ประเมินการมองเห็นผู้สูงอายุจะมีรูม่านตาขนาดเล็กลงปฏิกิริยาต่อแสงลดลง แยกสีได้ยากขึ้น มองเห็นภาพระยะใกล้ไม่ชัด ดังนั้นจะต้องมีการประเมินการมองเห็นของผู้สูงอายุโดยการประเมินการมองเห็นสามารถใช้เครื่องมือในการประเมินทั่วไปคือ snellen chart/E-chart

ป 1.3 การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุพบว่าถ้าผู้สูงอายุ ยังมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติอยู่ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้มสูง ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินเพื่อเป็นข้อบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองต่อไป หรือต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งสามารถใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้ 1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า 2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา 3. การลุกจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ 4. การใช้ห้องน้ำ 5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6. การสวมใส่เสื้อผ้า 7. การลงบันได 1 ขั้น 8. การอาบน้ำ 9. การกลั้นอุจจาระใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 10. การกลั้นปัสสาวะใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และให้คะแนนแต่ละกิจกรรม 0-2 คะแนน รวม 20 คะแนน ถ้าคะแนน 0-4 คะแนนมีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ 5-8 คะแนนมีภาวะพึ่งพารุนแรง 9-11 คะแนนมีภาวะพึ่งพาปานกลาง และ 12-20 คะแนนไม่เป็นการพึ่งพา

ป 1.4 ประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม ซึ่งเป็นการประเมินที่สำคัญเพื่อที่จะใช้เป็นตัวคัดกรองว่าผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มหรือไม่ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยง เช่น เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุไทยในชุมชน (Thai-FRAT) ประกอบด้วย 6 ปัจจัยได้แก่ ประวัติการหกล้ม การทรงตัวบกพร่อง เพศหญิง การใช้ยาบางประเภท การมองเห็นบกพร่องและการอาศัยอยู่ในบ้านทรงไทย มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-11 คะแนน ถ้ามีคะแนนอยู่ในช่วง 4-11 คะแนน แสดงว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยในการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือจะพบว่าเครื่องมือนี้สามารถทำนายการหกล้มที่เกิดขึ้นภายใน 6 เดือน หลังจากติดตามกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะเวลา 2 ปี[22]

ป 2. เปลี่ยน ปัจจัยด้านเครื่องแต่งกายที่ทำให้ผู้สูงอายุสะดุดล้มได้ง่ายคือ การใส่เสื้อผ้าที่มีขนาดหลวมที่ทำให้มีการสะดุดหรือเกี่ยวดึงได้ ดังนี้ ในผู้สูงอายุที่ใส่ผ้าถุงหรือกางเกงยาวเกินไปควรปรับระดับของชายผ้าถุงหรือกางเกงให้สั้นลงและควรให้เลยพ้นข้อเท้าขึ้นไป ในส่วนของรองเท้าควรเปลี่ยนใหม่รวมถึงเมื่อรองเท้าชำรุดแล้ว โดยเฉพาะรองเท้าหูคีบไม่ควรนำมาซ่อมใหม่ จึงจะสามารถป้องกันการหกล้มได้ รองเท้าควรมีดอกยางและพื้นรองเท้า

ควรมีความหนาไม่น้อยกว่า 0.75 ซม. เนื่องจากจะทำให้พื้นรองเท้าเกาะติดพื้นได้ดี ซึ่งถ้าพื้นรองเท้าหนาน้อยกว่า 0.75 ซม. จะมีโอกาสหกล้มเป็น 1.79 ของรองเท้าที่มีความหนาของรองเท้ามากกว่า[16]

ป 3. ปรับ การปรับในที่นี้หมายถึง การปรับสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านและภายในตัวบ้าน คือ 1. รอบๆ บริเวณบ้านจะต้องให้มีสิ่งกีดขวางทางเดินน้อยที่สุด โดยเฉพาะในชนบทจะพบว่ามีการทำเครื่องป้องกันต่างๆ ไม่ให้สัตว์เข้ามาภายในบ้าน จึงทำให้เป็นอุปสรรคกีดขวางทางเดินของผู้สูงอายุ ทำให้หกล้มได้ง่าย ในกรณีที่จำเป็นต้องมีเครื่องป้องกันสัตว์ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงการเดินไปในบริเวณนั้นหรือทำเครื่องหมายบริเวณที่มีเครื่องป้องกันสัตว์ให้ผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจนเพื่อเพิ่มความระมัดระวังในการเดิน ในกรณีที่ผู้สูงอายุต้องใช้จักรยานหรือจักรยานยนต์ในการสัญจรควรจะหลีกเลี่ยงเส้นทางที่มีความขรุขระหรือให้ผู้ดูแลไปส่ง 2. ภายในบ้านจะต้องปรับการจัดวางอุปกรณ์ต่างๆ ให้กีดขวางทางเดินของผู้สูงอายุให้น้อยที่สุด ไม่วางของบริเวณบันได และบันไดควรจะปรับให้มีราวจับยึดที่มั่นคง ในส่วนของพื้นที่ลื่นถ้าเป็นไปได้จะต้องปรับพื้นผิวของพื้นให้มีความหยาบและมีลวดลายน้อยที่สุด รวมถึงสีของพรมหรือผนังบ้านควรมีสีที่ชัดเจนและแยกจากสีของพื้นบ้าน ในส่วนของพื้นที่มีความต่างระดับควรทำเครื่องหมายให้สังเกตได้ชัดเจน สีแดง เขียว และเหลืองจะเป็นสีที่ผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจน และหลีกเลี่ยงไม่ใช้เสื้อผ้าเก่ามาเป็นผ้าเช็ดเท้าเนื่องจากจะมีความลื่น จึงทำให้ผู้สูงอายุสะดุดได้ง่าย ระมัดระวังสายชาร์ตโทรศัพท์หรือพรม (กรณีที่ต้องมี) ระวังไม่ให้ขวางทางเดิน ขอบพรมควรใช้เทปกาวติดยึดกับพื้นเพื่อป้องกันผู้สูงอายุสะดุดของพรม ในส่วนของห้องน้ำหากมีความเป็นไปได้ควรปรับให้มีการแยกส่วนของพื้นที่แห้งที่ประกอบด้วย อ่างล้างมือ โถส้วม ส่วนที่เป็นพื้นเปียกประกอบด้วยเก้าอี้นั่งอาบน้ำและราวจับ พื้นที่ห้องน้ำที่เหมาะสมคือ กว้าง 2.4 เมตร ยาว 2.4 เมตร สูง 2.3 เมตร ในกรณีผู้สูงอายุเป็นผู้ชายควรเพิ่มโถปัสสาวะของผู้ชายเข้าไปด้วย แสงสว่างในห้องน้ำควรมีการติดตั้งหลอดไฟให้มีแสงสว่างอาจเป็นราวจับหรือในส่วนเคาร์เตอร์ อ่างล้างหน้า ตามพื้น เพื่อบอกระยะการเดินที่ปลอดภัย[23] ในกรณีที่ไม่สามารถทำได้และต้องใช้โถส้วมแบบนั่งยอง ๆควรจะมีการติดตั้งราวจับเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุพยุงตัวได้ดีขึ้น ในเรื่องของแสงสว่างควรมีหลอดไฟให้เพียงพอโดยเฉพาะบริเวณทางเข้าบ้าน บันได มุมต่าง ๆ เนื่องจากผู้สูงอายุมักจะตื่นเช้า ดังนั้นแสงสว่างจะต้องเพียงพอในบริเวณต่าง ๆเพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นได้อย่างชัดเจนซึ่งจะช่วยป้องกันการหกล้มได้

ป 4. ปลด ในที่นี้หมายถึงการปลดภารกิจที่จะต้องทำลง หรือกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมากและให้ผู้ช่วยเหลือทำแทน

ป 5. ปล่อยวาง ในกรณีที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในบ้าน 2 ชั้น ซึ่งบางพื้นที่จะถือธรรมเนียมว่าลูกหลานจะอาศัยอยู่สูงกว่าไม่ได้ ผู้สูงอายุอาจจะต้องปล่อยวาง ที่จะหลีกเลี่ยงการยึดถือข้อปฏิบัตินี้ หรือควรจัดโซนที่นอนของผู้สูงอายุชั้นล่างของตัวบ้านไม่ให้ตรงกับชั้น 2 ที่ลูกหลานนอนอยู่ และทิศทางของปลายที่นอนต้องไม่หันมาในทิศทางเดียวกับศีรษะของผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีความสบายใจว่าไม่ได้เป็นการฝืนธรรมเนียมแต่อย่างใด

ป 6. ปกป้อง ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแลจะต้องให้ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้สูงอายุทำไม่ได้หรือทำได้แต่ไม่ถนัด ในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่บ้านคนเดียวหรือมีเฉพาะผู้สูงอายุอยู่ในบ้าน จะต้องใช้พลังของชุมชน เช่น อสม. อผส. ในการช่วยเหลือ เยี่ยมบ้านและตรวจดูความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุเป็นประจำและสม่ำเสมอ

ป 7. ป้องกัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหวควรมีอุปกรณ์ช่วยในการป้องกันการหกล้ม เช่น walker ไม้เท้า ในกรณีที่ไม่สามารถจัดหาได้หรือกำลังซื้อน้อยสามารถประยุกต์ได้จากวัสดุที่มีในท้องถิ่นที่สามารถนำมาใช้ทำและมีงานวิจัยรองรับ เช่น ไม้หวาย ไม้ไทร ไม้ไมยราบ ซึ่งสามารถปรับความสูงให้เหมาะสมกับรูปร่างและสัดส่วนของผู้สูงอายุได้เอง[24]

ป 8. ประวัติ ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีประวัติและความผิดปกติของแต่ละอวัยวะที่เกี่ยวข้องในการเคลื่อนไหวจะต้องเพิ่มความระมัดระวังในการป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มให้มากกว่าผู้สูงอายุโดยทั่วไป โดยให้ข้อมูลกับผู้ดูแล รวมถึงคนในชุมชนที่มีส่วนในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติพลัดตกหกล้มมาก่อน จะต้องเพิ่มความเข้มงวดในการดูแลเป็นพิเศษ รวมถึงประวัติทางอายุรกรรม เช่น โรคต่าง ๆ และประวัติทางศัลยกรรม เช่น การผ่าตัดกล้ามเนื้อและกระดูกที่ใช้ในการเคลื่อนไหว

ป 9. ปรึกษา ในผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาที่ส่งผลทำให้การทรงตัวผิดปกติ เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ ควรจะขอคำปรึกษาจากแพทย์ผู้รักษาหรือบุคลากรทางสุขภาพเพื่อขอคำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะใช้ยาที่มีผลต่อการทรงตัว[4]

ป 10. ปรับทัศนคติ ในผู้สูงอายุที่มีประวัติการหกล้มจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความกังวลจนไม่กล้าเคลื่อนไหว ซึ่งจะยิ่งทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้มมากยิ่งขึ้น ดังนั้นอาจจะต้องปรับทัศนคติของผู้สูงอายุเพื่อลดความกลัวและเพิ่มความมั่นใจในการเคลื่อนไหวอีกครั้งรวมถึงการสื่อสารในทางบวกที่เป็นการสื่อให้ผู้สูงอายุระมัดระวังการเคลื่อนไหวมากกว่าการกลัวการเคลื่อนไหวซึ่งจะช่วยป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุกลายเป็นผู้สูงอายุติดเตียงในอนาคตได้อีกด้วย

ป 11. ปัจจัย ในที่นี้หมายถึงเงินรางวัลเพื่อสร้างขวัญกำลังใจ ในชุมชนอาจจัดให้มีการประกวด “ผู้สูงอายุสุขภาพดี ไม่มีพลัดตกหกล้ม” เพื่อสร้างความตระหนักให้ผู้สูงอายุระมัดระวังและป้องกันการพลัดตกหกล้มมากยิ่งขึ้น

ป 12. ปลุก ในที่นี้คือปลุกให้ร่างกายของผู้สูอายุได้มีความกระฉับกระเฉง/แข็งแรงขึ้นอีกครั้งได้แก่ การออกกำลังกาย โดยงานวิจัยหลาย ๆ งานพบว่า การออกกำลังกายโดยการฝึกร่วมกับจังหวะดนตรี จะทำให้ผู้สูงอายุมีกล้ามเนื้อและกระดูกที่แข็งแรงจะส่งผลให้การทรงตัวดีขึ้น เช่น การออกกำลังกายแบบไทชี่ ครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ พบว่าจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มลดลง14การออกกำลังกายด้วยลีลาศ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชม. ในจังหวะบิกิน ชาชาช่า และวอลซ์ พบว่าผู้สูงอายุมีการทรงตัวดีขึ้น[25]

การประยุกต์ใช้แนวทาง 12 ป. ไปใช้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

การป้องกันการหลัดตกหกล้มจากปัจจัยภายนอกใช้แนวทาง 3 ป. ได้แก่

ป 1. ประเมิน ประกอบด้วย ประเมินการทรงตัว ประเมินการมองเห็น การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ และประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม ในส่วนของผู้ดูแลควรจะเป็นการประเมินโดยการสังเกตและการสอบถามจากผู้สูงอายุ เนื่องจากถ้าประเมินโดยใช้แบบประเมินจะเกิดภาระและความยุ่งยากผู้ดูแล ในกลุ่มของบุคลากรสุขภาพเช่น พยาบาล อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถใช้แบบประเมินเช่น การทรงตัวใช้แบบประเมิน berg balance scale การมองเห็นใช้แบบประเมิน snellen chart/E-chart ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ความเสี่ยงต่อการหกล้ม ใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุไทยในชุมชน (Thai-FRAT) ทั้งนี้ควรมีการสอนการใช้แบบประเมินต่าง ๆ ตามที่กล่าวมาแก่อสม.ก่อนนำไปใช้กับผู้สูงอายุ

ป 12. ปลุก เป็นการสร้างความแข็งแรงแก่ร่างกายผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกาย โดยการจัดรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมแก่สภาพและความต้องการของผู้สูงอายุเป็นรายกรณีไป

ป 11. ปัจจัย เป็นการให้รางวัลเพื่อสร้างขวัญกำลังใจ ในส่วนชุมชนสามารถออกแบบกิจกรรมหรือโครงการเพื่อให้รางวัลแก่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและไม่หกล้ม อาจเป็นในรูปของการประกวด เป็นต้น

การป้องกันการประเมินหลัดตกหกล้มจากปัจจัยภายในใช้แนวทาง 7 ป. ได้แก่

ป 1. การประเมิน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในการประเมินโดยผู้ดูแลจะเป็นการประเมินภาระหน้าที่ที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนกรณีที่ผู้สูงอายุมีภาระหน้าที่มากเกินจำเป็น

ป 2. เปลี่ยน เครื่องแต่งกายและรองเท้าโดยผู้สูงอายุเองและผู้ดูแลที่จะต้องประเมินและสังเกตเสื้อผ้าที่ผู้สูงอายุสวมใส่ซึ่งจะต้องไม่ยาว หรือรุ่มร่าม มีความกระชับ รองเท้าที่มีความสูงที่เหมาะสมและมีดอกยาง

ป 3. ปรับ โดยเริ่มจากพื้นบ้านที่จะต้องปรับพื้นลื่นให้มีความหยาบเพื่อป้องกันการลื่นล้ม และมีสัญลักษณ์แสดงพื้นต่างระดับโดยสีของสัญลักษณ์จะต้องเป็นสีที่ผู้สูงอายุมองเห็นชัดเจนคือ สีแดง เขียว เหลือง จัดบ้านและอุปกรณ์ต่าง ๆภายในบ้านให้เป็นระเบียบไม่กีดขวางทางเดินโดยเฉพาะบันได มีแสงสว่างเพียงพอโดยเฉพาะบริเวณที่ผู้สูงอายุต้องใช้และอาจปรับเปลี่ยนช่วงเวลาการทำกิจกรรมให้ช้าลง หรือถ้าไม่ได้อาจจะต้องจัดให้มีแสงสว่างบริเวณที่ผู้สูงอายุทำกิจกรรม

ป 4. ปลด ผู้ดูแลจะต้องประเมินภาระหน้าที่ประจำวันของผู้สูงอายุถ้ามากเกินไปหรือเกินกำลังจะต้องปรับลด

ป 5. ปล่อยวาง ใช้ในกรณีที่ผู้สูงอายุยึดถือประเพณีโบราณที่จะต้องนอนสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อย และสามารถหลีกเลี่ยงโดยการจัดที่นอนไม่ให้ตรงกับจุดที่ผู้มีอายุน้อยกว่าอยู่อาศัยถ้าผู้สูงอายุไม่ได้ยึดถือเรื่องนี้สามารถข้าม ป 5. ได้

ป 6. ปกป้อง ใช้ในกรณีที่แบ่งเบาภาระต่าง ๆของผู้สูงอายุโดยทำหน้าที่แทนในกรณีที่ผู้สูงอายุทำไม่ได้หรือเกินกว่ากำลัง และในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวจะต้องอาศัยความร่วมมือของคนในชุมชนหรือเพื่อนบ้านในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ

ป 7. ป้องกัน ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหวควรจะมีอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า เครื่องช่วยพยุงต่าง ๆ และมีการตรวจสอบอุปกรณ์อยู่เสมอเพื่อป้องกันอุปกรณ์ชำรุดที่อาจทำให้ผู้สูงอายุหกล้มได้

การป้องกันการหลัดตกหกล้มจากปัจจัยเสริมใช้แนวทาง 5 ป. ได้แก่

ป 1. ประเมิน ประกอบด้วย ประเมินการทรงตัว ประเมินการมองเห็น การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ และประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นและเพศหญิงจะส่งผลให้การทรงตัว การมองเห็น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ลดลงและเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มซึ่งผู้ประเมินจะเป็นผู้ดูแล หรือบุคลากรสุขภาพตามที่กล่าวมาแล้วในการป้องกันการพลัดตกหกล้มจากปัจจัยภายนอก

ป 8. ประวัติ จะต้องมีการตรวจสอบหรือซักประวัติ ถ้าพบว่ามีประวัติการหกล้มหรือมีการบาดเจ็บ ความผิดปกติของร่างกายทั้งทางอายุรกรรมและศัลยกรรม ซึ่งจะต้องเพิ่มความเข้มข้นในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นพิเศษ

ป 9. ปรึกษา ใช้ในกรณีที่ผู้สูงอายุได้รับยาที่มีผลต่อการทรงตัวหรือการเคลื่อนไหวโดยจะต้องให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาและอาการที่เกิดขึ้นหลังรับประทานยาอย่างชัดเจน

ป 10. ปรับทัศนคติ ในผู้สูงอายุที่มีประวัติการหกล้มหรือกลัวการหกล้มจะต้องทำความเข้าใจแก่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุให้เห็นถึงข้อดีของการเคลื่อนไหวมากกว่าจำกัดการเคลื่อนไหวเพราะธรรมชาติของสูงอายุมักจะกลัวเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และไม่อยากให้เกิดขึ้นซ้ำจนทำให้จำกัดการเคลื่อนไหวของตนเองโดยอัตโนมัติซึ่งจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการหลัดตกหกล้มมากขึ้น

ป 12. ปลุก ใช้เช่นเดียวกับปลุกในการป้องกันการหลัดตกหกล้มจากปัจจัยภายนอก

สรุป

การป้องกันการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญ ทั้งในส่วนของครอบครัว ชุมชน ตลอดจนบุคลากรทางด้านสุขภาพ ที่จะร่วมมือกันในการป้องกันการเกิดการพลัดตกหกล้ม โดยจะต้องมีความเข้าใจในสาเหตุ/ปัจจัยทั้งภายใน ภายนอกและปัจจัยส่งเสริม เช่น ลักษณะของพื้น รองเท้า สิ่งกีดขวางทางเดิน แสงสว่าง การแต่งกาย เป็นต้น และภายใน เช่น เพศ อายุ โรค การเจ็บป่วย การใช้ยา และการกลัวการหกล้ม เป็นต้น ที่จะทำให้เกิดการพลัดตกหกล้ม และเลือกใช้รูปแบบหรือแนวทางการป้องกันที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละรายและเหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุปราศจากการพลัดตกหกล้ม ไม่เกิดการบาดเจ็บ/เสียชีวิตในเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ และเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพสามารถอยู่ในสังคมของผู้สูงอายุได้อย่างปกติสุข

References

1. United Nations.world Population Ageing. [Internet]. 2018. [cited 2018 Sep 20]. Available from:http://www.un.org/ esa/ population /publications/ WPA2009 /WPA2009_Working Paper.pdf.
2. Choonharat S. Thai Elderly Situation Report 2010. [Internet]. 2010 .[cited 2018 Sep 20]. Available from:http://www.thaitgri.org/ images/document/... / situationofthailandelderThai 2553.pdf.
3. Opasanan P. Nursing care for the elderly in the 21st century. Downua Chiangrai;2014.
4. Thongcharoen W. Nursing Science and Arts. Bangkok: NP. Place; 2015.
5. Nasuphawat. Elderly Nursing: Challenges for the Elderly Population. 2nd ed. KhonKaen:printing KhonKaen ; 2009.
6. Panjathai S. Nursing Care for the Elderly. Chiangmai: Smart Coating & Service; 2017.
7. Srichan, Kamwee L.The report of fall prevalence of elderly (60 years and over)in Thailand, 2017 - 2021. Bureau of non-communication disease, Deprtment of disease control,ministry of public health Bangkok; 2017.
8. Jitmontree N. Fall in Older Persons in Thongcharoen W(Ed.). Nursing Science and Arts. 2nd ed. Bangkok: NP. PlaceCo.,Ltd; 2015.
9. Sorysang L, Khompraya J, Natetanasombut K. A Study of fall prevention guideline in older adult living in mitraphappatana community. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2016;15(1): 122-9. (in Thai).
10. Pongpaew S. Predictive factors of fall prevention behaviors among older adult, Nontaburi province [Master thesis].Bangkok: Mahidol University;2014. (in Thai)
11. Bureau of Empowerment for Older Persons. Not to leave the society on the path to create a friendly environment for the elderly.Bureau of Empowerment for Older Persons.Bangkok; 2009.
12. Rongmuang D, Nakchattri C,Tongdee J, Sombutboon J. Incidence and factors associated with fall among the community-dwelling elderly, suratthani. Journal of Phrapokklao Nursing College 2016;27 (suppl.1):123-8.(in Thai).

13. Ekapakorn V. Health Examination by the 5th Physical Examination,4thed, 2008-2009. Thai Health Survey Office, Health Systems Research InstituteNonthaburi; 2010.
14. Samgampang T, Nathapindhu G. Factors Related to the Accidental Incidence of Elderlyin Kham Pom Sub-district, Prayuen District, KhonKaen. The Office of Disease Prevention and Control 6 KhonKaen 2011;18(1):61-9. (in Thai).
15. Thongklung K. A study of physical factors in residential to reduce risk of fallingdown in older residents : case study of HuaTakhe community [Master thesis].Bangkok: Bangkok University;2017. (in Thai).
16. Limsuksan P. Factors to predict falls in older adults.[Master thesis].Bangkok: Thamasat University ; 2008. (in Thai).
17. Ditsung A, Neelapaijit N, Sriprasan P. Incedence and factors related to falls among patientafter hospital diacharge.Journal of public healthnursing 2015;29(3):78-89. (in Thai).
18. Asanaschai P. Health problems common in the elderly and prevention.Bangkok: United Creation; 2009.
19. Touhy TA, Jett KF. Ebersole and Hess Geriatric nursing and health aging, 3rd ed. St.Louis: Mosby; 2010.
20. Ottenbacher K , Ostir G, Peek M, Goodwin J, Markides K. Diabetes mellitus as a risk factors for hip fracture in Mexican American older adults. Journal of Gerontology 2012;57A (10) : 648-53.
21. Thiamwong L, Suwanno J. Risk factors related To balance impairment among rural community-dwelling older adults. Journal of the police nurse 2015; 6(2):56-68. (in Thai).
22. Thiamwong L, Thamarpirat J, Maneesriwongul W , Jitapunkul S. Thai Falls Risk Assessment test (Thai-FRAT) developed for community-dwelling thai elderly. Journal Medical Associate Thai 2008;91(12):1823-32. (in Thai).
23. Pacharee P. The prefabrication bathroom design for slip and fall accident prevention in Thai elderly [Master thesis].Nakornprathom: Silpakorn University; 2015. (in Thai).
24. Somsopon V. Elderly Care Guide:Adjust your home comfortably. Open World Publishing House; Institute of Health Systems Research; 2016.
25. Wimolphan P, Pitchalard K. Effect of a fall prevention program on falls among elderly people. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2014;23(3):98-109. (in Thai).

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน : ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสารกลุ่มที่	สาขา
1	วารสาร มฉก.วิชาการ	0859-9343	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ	1	วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

Back to top

Copyright 2005, Thai-Journal Citation Index (TCI) Centre. All rights reserved.
Contact. tci.thai@gmail.com

Asian Journal for Public Opinion Research - ISSN 2288-6168 (Online)
Vol. 5 No.3 May 2018:-228-249
http://dx.doi.org/10.15206/ajpor.2018.5.3.228

Health Status of Dependent Older People and Pattern of Care among Caregivers: A Case Study of Hong Ha Health Promoting Hospital, Lampang, Thailand

Sumitra Wicha[1]
Benjaporn Saovapha
Sirirat Sripattarangkul

Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, Lampang

Natchapan Manop
Nam Cho Sub-district Municipality, Lampang

Thanakrit Muankonkaew
Nation University, Lampang

Supha Srirungrueang
Hong Ha Health Promoting Hospital, Lampang

Abstract

In 2015, the population of elderly people in Thailand was 16% of the total population and is predicted to be over 20% by 2021 and nearly 28% by 2031. The increase of the elderly population in Thailand has also increased the proportion of dependent elderly people, and caring for them poses many challenges for both families and the government. This descriptive method research aimed to survey the health status of dependent older people in the rural community of Lampang province in northern Thailand. The participants consisted of 62 older people and 62 primary family caregivers from Hong Ha Health Promoting Hospital, Lampang, Thailand (totaling 124 people). The researchers assessed the health status of older people and their activities of daily living (ADL). In addition, researchers assessed the health status and stress of caregivers. All the participants were interviewed about their experiences with caregiving. The results showed that most of the older respondents were

[1] All correspondence concerning this article should be addressed to Sumitra Wicha at Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, 268 Pa-kam Rd., Hua-Wiang, Lampang 52000, Thailandor by e-mail at sumitra18@hotmail.com.

female with an average age of 78.15 years. Based on the ADL assessment, 50 of the 62 older persons were homebound while the rest were bedridden. The majority of older people had chronic or long-term conditions that required hospitalization from time to time. Their frequent health problems included oral disorders such as tooth decay or caries/gum disease/no teeth, reduced sight, psychological disorders, knee pain and risk of falling, low BMI, risk of malnutrition, and urinary leakage and incontinence (58.06%, 66.13%, 62.90%, 70.97%, 38.71%, 66.13%, and 37.10%, respectively). Usual care provided by the family members included personal hygiene care, food preparation and feeding, medication management, housekeeping and organizing necessary equipment, supply of needed equipment, prevention of falls, helping with travel for medical checkups and treatment, and providing companionship. Families experienced shortages of medical supplies, daily use equipment, lack of employment, inadequate income, and difficulty accessing health care services due to lack of transportation. Some caregivers experienced caregiving stress related to a lack of social interactions as well as routine caregiving activities. Families need different types of support in order to promote the well-being of older people and caregivers. This highlights the need for a community participation model for the care of older people in order to reflect sustainable long-term outcomes.

***Keywords*:** dependent older people, health status, pattern of care, Lampang, Thailand

Background and Significance

According the Thai Elderly report published in 2015, Thailand has a population of 10.3 million people aged 60 and older, accounting for 16% of the total population. It is the second highest percentage of elderly people in ASEAN countries. According to the United Nations' definition, a country that has a population of people over 60 years old accounting for more than 10% of its total population is officially becoming an aging society; and it would completely become an aged society when this proportion has increased to 20% of the total population. Thailand is likely to become the highest aging society in 10 years. The Office of National Economic and Social Development Board has estimated that the population of Thais aged 60 and older will be over 20% by 2021 and will be the age group with the largest percentage of the population (28%) in 2031 (Prasartkul, 2016).

According to the population survey of the 2016 fiscal year by the Lampang Provincial Health Office, Lampang has a total population of 573,247. The number of the people aged 60 and older is 142,932 (24.93% of the total population). Lampang has a high

percentage of the population aged 60 and over, which is higher than the overall percentage of the country. The five districts with the highest percentage of the population aged 60 and older are (1) Mae Phrik, 33%, (2) Sop Prap, 30.40%, (3) Thoen, 28.02%, (4) Mae Tha, 27.72%, and (5) Kho Kha, 27.06%.

In Mae Tha, there are 10 sub-districts with a total population of 48,786. Among them, there are 13,487 people or 27.72% of the total population aged 60 and older. After asking about Activities of Daily Living (ADL), the results showed that 95.20% of the elderly were in a group of social-bound (ADL scores ≥ 12), 4.20% were in homebound (ADL scores = 5-11), and 0.60% was bedridden (ADL scores = 0-4). The health report of the elderly found several diseases, which included osteoarthritis (22.45%), oral disorders (14.73%), cataracts (8.73%), dementia (4.28%), and depression (1.46%) (Mae Tha Hospital, 2016).

The Nam Cho Sub-district in Mae Tha, Lampang, was selected as a provincial prototype for long-term care of the elderly people. There are 2 health promotion hospitals in Nam Cho Sub-district, namely Hong Ha and Ban Nong. With the population of 3,182 people in Hong Ha community 27% aged 60 and over; and with the population of 4,870 people in Ban Nong community, 24.64% aged 60 and over. Both hospitals, Hong Ha Health Promoting Hospital and Ban Nong Health Promoting Hospital, are health-promotion institutions with a complete care for "The Elderly Society" (more than 20% of the total population over 60 years old). The researcher has selected the study area of Hong Ha Health Promoting Hospital due to the high percentage of the population aged 60 and older cared for there. The community is likely to become a "Super Aged Society" (more than 28% of the total population over 60 years old) (Lampang Provincial Health Office, 2016).

Hong Ha Health Promoting Hospital (Hong Ha HPH) is responsible for 3,182 people from Villages 1, 6, 7 and 8 of Nam Cho District, including 859 people age 60 and older. After classification by the Barthel Index of ADL, the results showed that 797 were social-bound (79.78%), 50 were homebound (5.82%), and 12 were bedridden (1.40%). Over time, some of the social-bound elderly have become dependent. From the preliminary survey, it has been found that some dependent elderly people do not have family caregivers to care for them. In this case, a volunteer takes over. The results also revealed that elderly people are at a high risk of developing complications like ankylosis, pneumonia, bedsores, urinary tract infections, falls, and mental health problems such as feelings of worthlessness, depression, and aggressiveness. It was reported that caregivers who take care of dependent elderly people feel stressed by long-term care and there are chances of family economic problems.

Based on the information and conditions of the problems, the researcher was interested in studying the health status of dependent elderly people and characteristics of caregivers in order to obtain information for appropriate health care services according to the Chronic Care Model, which consists of six components: self-management support, delivery system design, decision support, clinical information system, health systems organization, and community resource linkages. These key components would enable elderly people and caregivers to have a good quality of life and live in the community with dignity.

Objectives

1. To study the health status of dependent elderly people.

2. To study the behaviors of caregivers.

3. To describe the caring components for dependent elderly people.

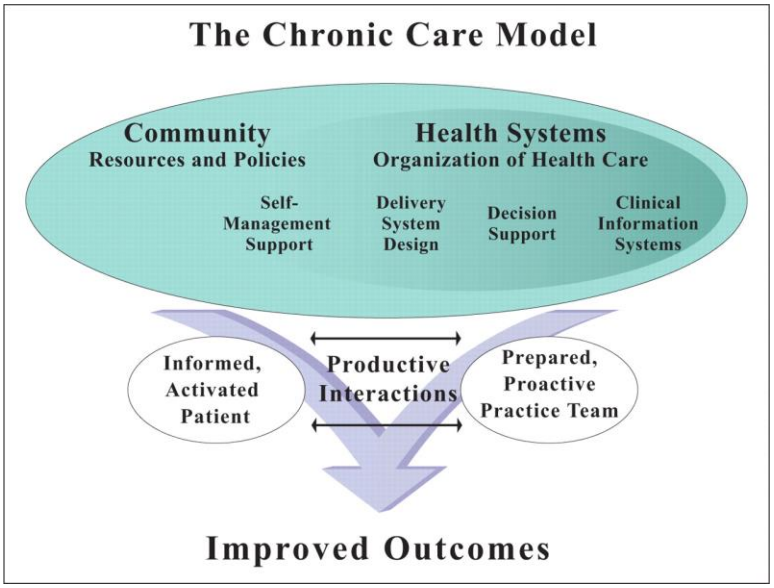
Conceptual Frameworks and Literature Review

Health Status of Dependent Older People
- Oral health - Eye sight condition - Brain test (cognitive function) - Depression with 2 questions (2Q) - Osteoarthritis - Fall - Urinary incontinence - Malnutrition - Sleep problems - Daily activity assessment (ADL)

Pattern of Care among Caregivers
- Caring Characteristics of Dependent Elderly People - Need for help and support in caring for dependent elderly people

The researcher applied the Chronic Care Model to describe the caring system for dependent elderly people in the community. It consists of 6 connected elements as shown in Figure 1.

Figure 1 *Chronic Care Model by MacColl Institute.*



Source: Gomutbutra, & Thongbunjob. (2008)

The six components of the Chronic Care Model are as follows:

1. Self-management support is to create recognition of self-reliance in health care among the elderly people and caregivers.

2. Delivery system design is the design of the service system from three main community partners involving three principles, which are a team-based approach, planned care visits, and case management.

3. Decision support is the way to support three main partners in the community to apply useful and up-to-date knowledge in operating help systems to make further decisions in health care service (e.g., expert advice and transfer system).

4. Clinical information system is the knowledge system related to useful elderly health care information for focusing on further improvement.

5. Health systems organization is aimed to promote leadership, vision, and mission or project planning regarding the elderly health care services of the three main partners.

6. Community resource linkages are the sharing of resources between the three main community partners to achieve effective long-term care.

Dependent elderly people experience health problems caused by age-related deterioration or complications from previous illnesses or current illness, and for this reason, they need health care from families, communities, and government sectors or private organizations. The assessment of physical, mental, and social health of the elderly people in Phetchabun Municipality found that some elderly people were grouped either homebound or bedridden (Ngoichansri & Kongtaln, 2012). Both groups experienced certain health problems such as: (1) Physical health problems: excessive body mass index, diseases (high blood pressure, diabetes, high blood lipids), tooth decay or caries/gum disease/no teeth, which later cause trouble in chewing food, deafness or reduced hearing, bone and muscle pain (lumbar pain, back pain, joint pain), defecation problems (constipation) and urinary excretion problems (urinary incontinence and leakage); (2) Mental health problems: depression, lack of self-reliance, family problems and concerns, and (3) Social health problems: inability to participate in social activities.

Wirojratana, Amnatsatsue, Sasat, Malathum, and Narongsak (2014) developed a model of health care service for dependent elderly people by engaging family, community, and government organizations through participatory action research. The research has concluded that caregiving for dependent elderly people should include three main components: caregiver and family, community network, and health care service center. Each component is supported and coordinated in the care of elderly by integrating health and social services. The experiment was conducted in three communities and the result showed an increasing number of elderly who accessed services, along with higher service satisfaction.

The use of a participatory model in conducting research has led to a better understanding of social integration of all components in having mutual learning and caring. It empowers older people and their families to be connected with the community, and this leads to the formation of a horizontal relationship. In addition, there is qualitative research that discusses community networks involving care for dependent elderly people in the northeast of Thailand (Sawatphol, Pengpinit, Senanikorn, & Srisuraphol, 2017).

The purpose of this research was to study an appropriate way to care for elderly people in the northeastern region of Thailand. The results of this research concluded that there are two systems in the health care of dependent elderly people. The first one is “home care” where the dependent elderly people receive health care from family members who take care of their health, provide economic support, and take care of their daily living needs. The second one is “community care” where dependent elderly people receive health care from relatives, neighbors, village leaders or directors, organized volunteers, or groups

in local communities (e.g. Village Health Volunteers, Social Development and Human Security Volunteers, community caregivers, monks, and members of Community Elderly Club, local government staff and government officers).

Research Methodology

This research used a descriptive method to conduct a survey and structured interviews on the health status of dependent elderly people and characteristics of caregivers to obtain information on the provision of health service provided to elderly people.

Sample Population

The sample used in this study were dependent elderly people and primary caregivers, known as family members or relatives of the dependent elderly people, from four villages within the responsibility of Hong Ha Health Promoting Hospital in Nam Cho Sub-district (Village 1, Village 6, Village 7, and Village 8). The researcher selected the sample by purposeful sampling.

The first group consisted of 62 dependent elderly people from Village 1, Village 6, Village 7, and Village 8 who received an assessment on their ability to perform activities of daily living using the Barthel Index of ADL, in which the scores ranged from 0-11/20. The second group consisted of the 62 primary caregivers of these elderly people.

The group of 62 dependent elderly people consisted of 50 home care elderly people (ADL scores = 5-11) and 12 bedridden elderly people (ADL scores = 0-4).

Table 1 *Numbers and Percentage of Total Population and the sample by Area (Village)*

Village	Total population	Number of Elderly (aged 60 and over)	Number of social-bound (ADL ≥ 12)	Number of home care (ADL = 5-11)	Number of bedridden (ADL = 0-4)
1	1,120	288	269	16	3
6	670	182	174	4	4
7	996	294	269	21	4
8	395	95	85	9	1
Total	**3,181**	**859**	**797 (92.78 %)**	**50 (5.82 %)**	**12 (1.40 %)**

Source: Hong Ha Health Promoting Hospital (2017)

Research Tools

Research tools consisted of:

1. Elderly Health Status Screening and Assessment (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2015) associated with oral health, eyesight condition, brain test (cognitive function), depression assessed with 2 questions (2Q), osteoarthritis, falls, urinary incontinence, malnutrition, sleep problems, and daily activity assessment (ADL).

2. Structured interviews consisted of open-ended questions on dependent elderly care and the need for support in caring.

Data Collection Period

The researcher collected the quantitative and qualitative data collection from February to July 2017.

Data Analysis

1. General information, screening data, and health status assessment were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation.

2. From the interview data of dependent elderly and caregivers, the researcher examined the validity of the data, organized data and keywords summarized in two topics, "Caring Characteristics of Dependent Elderly People" and "Need for help and support in caring for dependent elderly people."

Results

The data analysis has been divided into three parts as follows: 1) General data and data from screening and assessment of dependent elderly health status, 2) General information and data on health care for dependent elderly (home care and bedridden) from caregivers, and 3) Interview information from caregivers in health care (home care and bedridden) and the need for supportive care.

Part 1: General Information and Data from Screening and Assessment of Dependent Elderly Health Status

Table 2: *General Information of Home care and Bedridden Dependent Elderly*

Data	Home care (n = 50)		Bedridden (n = 12)		Total (n = 62)	
	number of people	%	number of people	%	number of people	%
1. Sex						
- Male	18	36.00	1	8.33	19	30.60
- Female	32	64.00	11	91.67	43	69.40
2. Age						
- 60 – 69	13	26.00	2	16.67	15	24.20
- 70 – 79	12	24.00	2	16.67	14	22.60
- 80 and over	25	50.00	8	66.67	33	53.20
Average age	**77.54 (S.D. = .84)**		**80.67 (S.D. = .63)**		**78.15 (S.D. = .77)**	
3. Marital status						
- Single	3	6.00	-	-	3	4.84
- Married	18	36.00	5	41.67	23	37.10
- Widowed	29	58.00	7	58.33	36	58.06
4. Monthly family income (in baht)						
- 0 – 5,000	38	76.00	8	66.67	46	74.19
- 5,001 – 10,000	6	12.00	2	16.67	8	12.90
- 10,001 – 15,000	1	2.00	1	8.33	2	3.23
- more than 15,000	5	10.00	1	8.33	6	9.68
5. Source(s) of income						
- Spouse	2	4.00	-	-	2	3.23
- Descendant	25	50.00	9	75.00	34	54.83
- Elderly/disability Pension	50	100.00	12	100.00	62	100.00
6. Number of family members up to present (including elderly)						
- 2	20	40.00	2	16.67	22	35.48
- 3 - 4	16	32.00	7	58.33	23	37.10
- 5 and more	14	28.00	3	25.00	17	27.42
7. Chronic illness(es)						
- None	8	16.00	1	8.33	9	14.52
- With chronic illness	42	84.00	11	91.67	53	85.48
- Diabetes	11	22.00	1	8.33	12	19.35
- High blood pressure	29	58.00	6	50.00	35	56.45

Data	Home care (n = 50)		Bedridden (n = 12)		Total (n = 62)	
	number of people	%	number of people	%	number of people	%
- Hyperlipidemia	2	4.00	3	25.00	5	8.10
- others	27	54.00	8	66.67	35	56.45
8. Hospitalized admission						
- Never	12	24.00	1	8.33	13	20.97
- Yes	38	76.00	11	91.67	49	79.03

As shown in Table 2, the majority of dependent elderly were female (69.40%) with an average age of 78.15 years. The age of the bedridden elderly group was significantly higher than home care (80.67 and 77.54 respectively). Most were widowed (58.06%) and the average family monthly income was less than 5,000 baht (approximately $155 US; 74.19%) from elderly/disability pension. Of the 62 elderly people, 85.48% of them had diseases such as diabetes, high blood pressure, hyperlipidemia or high blood lipid levels, and 79.03% of them had been admitted to the hospital in the past 5 years.

Table 3: *Screening and Assessment Status of Home Care and Bedridden Elderly with Dependent Behaviors*

Health Assessment and Screening List	Home care (n = 50)		Bedridden (n = 12)		Total (n = 62)	
	Number of people	%	Number of people	%	Number of people	%
1. Score of Activities of Daily Living (ADL)						
- **5 – 11 (Home care)**	**50**	**100.00**	**-**	**-**	-	-
- 7	1	2.00	-	-	-	-
- 8	-	-	-	-	-	-
- 9	2	4.00	-	-	-	-
- 10	8	16.00	-	-	-	-
- 11	39	78.00	-	-	-	-
- **≤ 4 (Bedridden)**	-	-	**12**	**100.00**	-	-
- 0	-	-	1	8.33	-	-
- 1	-	-	-		-	-
- 2	-	-	-		-	-
- 3	-	-	7	58.34	-	-
- 4	-	-	4	33.33	-	-
2. Oral Health Conditions						
2.1 Oral health assessment						
A. Brushing teeth						
- No brushing/toothbrush	9	18.00	5	41.67	14	22.58
- 1 per day (evening)	6	12.00	3	25.00	9	14.51

Health Assessment and Screening List	Home care (n = 50)		Bedridden (n = 12)		Total (n = 62)	
	Number of people	%	Number of people	%	Number of people	%
- 2 per day (morning and evening)	35	64.00	4	33.33	39	62.91
B. Daily use of fluoride toothpaste						
- No	13	26.00	5	41.67	18	29.03
- Yes	37	74.00	7	58.33	44	70.97
2.2 Overall oral health assessment						
A. Healthy	22	44.00	4	33.33	26	41.94
B. Unhealthy (More than one answer is possible.)	28	56.00	8	66.67	36	58.06
- Oral Mucosa infection	1	2.00	-	-	1	1.61
- Periodontal disease	4	8.00	2	16.67	6	9.68
- Dental caries	10	20.00	4	33.33	14	22.58
- Chewing/swallowing problems	8	16.00	8	66.67	16	25.81
- Artificial teeth	13	26.00	2	16.67	15	24.19
C. Dentist visit/checkup						
- Never	31	52.00	12	100.00	43	69.35
- Yes	19	38.00	-	-	19	30.65
3. Eye sight condition						
- Normal eye sight condition	15	30.00	-	-	15	24.19
- short and long sighted, blurred vision, conjunctivitis, and cataracts	34	68.00	7	58.33	41	66.13
- Not being evaluated	1	2.00	5	41.67	6	9.68
4. Cognitive function						
- Normal	20	40.00	3	25.00	23	37.10
- Not normal	30	60.00	9	75.00	39	62.90
5. Depression screening with 2 questions (2Q)						
- No sign	31	62.00	9	75.00	40	64.52
- **Show sign with 9Q score**	19	38.00	3	25.00	22	35.48
< 7 (very low level)	15	30.00	3	25.00	18	29.03
7-12 (low level)	4	8.00	-	-	4	6.45
13-18 (moderate level)	-	-	-	-	-	-
≥ 19 (high level)	-	-	-	-	-	-
6. Osteoarthritis						
- No	23	46.00	4	33.33	27	43.55
- Yes	27	54.00	8	66.67	35	56.45

Health Assessment and Screening List	Home care (n = 50)		Bedridden (n = 12)		Total (n = 62)	
	Number of people	%	Number of people	%	Number of people	%
7. Fall Conditions						
- Unable to walk	3	6.00	12	100.00	15	24.19
- Show risk of fall	44	88.00	-	-	44	70.97
- No risk of fall	3	6.00	-	-	3	4.84
8. Urinary Incontinence Screening						
- No	39	78.00	-	-	39	69.10
- Yes	11	22.00	12	100.00	23	37.10
9. Malnutrition Screening score)						
- 12 – 14 (Good nutrition)	7	14.00	-	-	7	11.29
- 8 – 11 (Risk of malnutrition)	35	70.00	6	50.00	41	66.13
- 0 – 7 (Malnutrition)	8	16.00	6	50.00	14	22.58
10. BMI Index (on ASEAN standard)						
- < 18.5 (slim)	19	38.00	5	41.67	24	38.71
- 18.5 – 22.9 (normal)	22	44.00	1	8.33	23	37.09
- 23.0 – 24.9 (portly)	1	2.00	-	-	1	1.61
- 25.0 – 29.9 (fat)	2	4.00	1	8.33	3	4.84
- ≥ 30 (overweight)	1	2.00	-	-	1	1.61
- Not being evaluated	5	10.00	5	41.67	10	16.14
11. Sleeping Behavior						
- No problem	26	52.00	9	75.00	35	56.45
- **Sleep problems**	24	48.00	3	25.00	27	43.55
- Insomnia	15	30.00	2	16.67	17	27.42
- Excessive sleepiness	6	12.00	1	8.33	7	11.29
- Sleep apnea	1	2.00	-	-	1	1.61
- Sleepwalking	2	4.00	-	-	2	3.23

Table 3 shows that the majority of dependent elderly people in the home care group had an ADL score of 11 (78%), and the majority in the bedridden elderly group had an ADL score of 3 (58.34%). According to an oral health assessment, although the majority of dependent elderly patients brushed their teeth twice a day, 58.06%, had oral health disorders such as oral mucosa infection, periodontal disease, dental caries, chewing and food swallowing problems, and/or the use of artificial teeth. Of the 62 elderly people, 66.13% had eye problems, such as being near- or far-sighted, and/or having blurred vision, conjunctivitis, and/or cataracts. Most of them had knee pain and were at risk for falling (70.97%) and risk of malnutrition (66.13%). Some elderly people had BMI below the standard of ASEAN (38.71%). Some had urinary problem or incontinence (30.65%). There

were 35.48% who suffered from depression based on a 2-question scale, and 43.55% had trouble sleeping, such as, insomnia, excessive sleepiness, sleep apnea, and sleepwalking.

Part 2: *General Information and Data on Health Care for Dependent Elderly (Home Care and Bedridden) of Caregivers*

According to Table 4, most of caregivers were female (66.13%) with an average age of 57.32 and married (80.65%). The percentage of those sharing a house with dependent elderly was 77.42%. As for their educational background, the majority of caregivers had a primary school education (74.19%). Most of them were farmers (33.86%) with an average monthly income of less than 5,000 baht (45.16%). It was commonly found that the elderly person was the parent of the caregiver. The most common length of care giving was 1-3 years (41.94%), and most of them had no professional experience in elderly caregiving (69.35%). Some caregivers were assisted by others in caring for the dependent elderly (45.16%), and most of them had not received any knowledge regarding caring for the elderly, the injured or chronic conditions (59.68%).

Table 4: *General Information and Data on Health Care for Dependent Elderly (Home Care and Bedridden) of Caregivers*

Data	Home Care (n = 50)		Bedridden (n = 12)		Total (n = 62)	
	Number of people	%	Number of people	%	Number of people	%
1. Sex						
- Male	16	32.00	5	41.67	21	33.87
- Female	34	68.00	7	58.33	41	66.13
2. Age						
- 20 – 29	1	2.00	-	-	1	1.61
- 30 – 39	2	4.00	1	8.33	3	4.84
- 40 – 49	16	32.00	4	33.33	20	32.26
- 50 – 59	11	22.00	1	8.33	12	19.35
- 60 and over	20	40.00	6	50.00	26	41.97
Average age	**57.44 (S.D. = .71)**		**56.83 (S.D. = .58)**		**57.32 (S.D. = .88)**	
3. Marital status						
- Single	4	8.00	-	-	4	6.45
- Married	39	78.00	11	91.67	50	80.65
- Widowed	2	4.00	1	8.33	3	4.84
- Separated	2	4.00	-	-	2	3.23
- Unidentified	3	6.00	-	-	3	4.84

Data	Home Care (n = 50)		Bedridden (n = 12)		Total (n = 62)	
	Number of people	%	Number of people	%	Number of people	%
4. Living condition						
- Sharing with elderly	38	76.00	10	83.33	48	77.42
- Not sharing with elderly	12	24.00	2	16.67	14	22.58
5. Education background						
- No education	2	4.00	-	-	2	3.23
- Primary	35	70.00	11	83.33	46	74.19
- High school/ vocational certificate	8	16.00	1	8.33	9	14.52
- Diploma/high vocational certificate	1	2.00	-	-	1	1.61
- Bachelor degree	4	8.00	-	-	4	6.45
6. Present occupation						
- No career	14	28.00	3	25.00	17	27.42
- Agriculturist	17	34.00	4	33.33	21	33.86
- Shop owner	8	16.00	1	8.33	9	14.52
- General self-employed	11	22.00	4	33.33	15	24.20
7. Monthly family income (in baht)						
- 0 – 5,000	24	48.00	4	33.33	28	45.16
- 5,001 – 10,000	9	18.00	4	33.33	13	20.97
- 10,001 – 15,000	2	4.00	-	-	2	3.23
- more than 15,000	8	16.00	-	-	8	12.90
- Unidentified	7	14.00	4	33.33	11	17.74
8. Family relation with the elderly						
- Parent	24	48.00	7	58.33	31	50.00
- Spouse	18	36.00	4	25.00	22	35.49
- Sibling	1	2.00	-	-	1	1.61
- Relative	7	14.00	1	8.33	8	12.90
9. Length of health care service (year)						
- Less than 1	3	6.00	2	16.67	5	8.06
- 1 - 3	18	36.00	8	66.66	26	41.94
- 4 - 6	10	20.00	2	16.67	12	19.35
- 7 - 10	13	26.00	-	-	13	20.97
- more than 10	6	12.00	-	-	6	9.68

Data	Home Care (n = 50)		Bedridden (n = 12)		Total (n = 62)	
	Number of people	%	Number of people	%	Number of people	%
10. Elderly caring experience with bedridden or chronic illness						
- No	35	70.00	8	58.33	43	69.35
- Yes	15	30.00	4	33.33	19	31.65
11. Others assistants in bedridden elderly caring						
- None	29	58.00	5	41.67	34	54.84
- **Yes**	21	42.00	7	58.33	28	45.16
- 1 person	13	26.00	5	41.67	18	29.03
- 2 persons	8	16.00	2	16.67	10	16.13
12. Other supportive elderly caregiving knowledge on bedridden or those with chronic illness						
- No	29	58.00	8	66.67	37	59.68
- Yes	21	42.00	4	33.33	25	40.32

Table 5: *Illness Information, Caring Break, Stress Evaluation, Depression, and Overall Caring Satisfaction of Caregivers as in Home care and Bedridden Categories*

Data	Home care (n = 50)		Bedridden (n = 12)		Total (n = 62)	
	Number of people	%	Number of people	%	Number of people	%
1. Illness(es) occurred during care period for elderly						
- No	36	72.00	7	58.33	43	69.35
- **Yes**	14	2800	5	41.67	19	31.65
- High blood pressure	3	6.00	1	8.33	3	4.84
- Diabetes	3	6.00	1	8.33	3	4.84
- Hyperlipidemia	1	2.00	-	-	1	1.61
- Others	11	22.00	3	25.00	14	22.60
2. Caring break within a day						
- None	-	-	-	-	-	-
- **Yes, with break pattern of:**	50	100.00	12	100.00	62	100.00
2.1) 1-6 hours without any substitution	33	66.00	5	41.66	38	61.30
2.2) All day break without substitution and elderly being left	8	16.00	-	-	8	12.90

Data	Home care (n = 50)		Bedridden (n = 12)		Total (n = 62)	
	Number of people	%	Number of people	%	Number of people	%
alone with the return of care in the evening						
2.3) 1-6 hours with substitution	4	8.00	4	33.33	8	12.90
2.4) All day break with others for substitution	5	10.00	3	25.00	8	12.90
3. Stress Evaluation						
- 0 – 4 (low level)	42	84.00	8	66.67	50	80.65
- 5 – 7 (medium level)	7	14.00	4	33.33	11	17.74
- 8 – 9 (high level)	1	2.00	-	-	1	1.61
- 10–15 (very high level)	-	-	-	-	-	-
4. Depression screening with 2 questions (2Q)						
- No sign	38	66.00	10	83.33	48	77.42
- **Show sign with 9Q score**	12	24.00	2	16.67	14	22.58
< 7 (very low level)	12	24.00	1	8.33	13	20.97
7-12 (low level)	-	-	1	8.33	1	1.61
13-18 (moderate level)	-	-	-	-	-	-
≥ 19 (high level)	-	-	-	-	-	-
5. Overall caring satisfaction of caregivers in home- and bedridden elderly care						
- Very low (Unsatisfied)	-	-	-	-	-	-
- low	1	2.00	-	-	1	1.61
- moderate	15	30.00	4	33.33	19	30.65
- high	29	58.00	5	41.67	34	54.84
- Very high	5	10.00	3	25.00	8	12.90

Table 5 shows the percentage (31.65%) of caregivers who experienced illnesses while caring for a dependent elderly person. Diseases or illnesses found were diabetes and high blood pressure. Caring breaks during the day varied from 1-6 hours through all day. A majority (61.30%) of the elderly were found to be left alone while caregivers were on a break. Some (12.90%) of the caregivers left the homebound elderly person during the day and returned in the evening. The majority of caregivers were found to have small amount of stress, while 77.42% had no depression. Most caregivers had an overall satisfaction toward caregiving at a high level (54.84%), followed by a moderate level (30.65%).

Part 3: Information on Pattern of Care among Caregivers Caring Characteristics of Dependent Elderly People:

Cleanliness. Most of the dependent elderly people took a bath twice a day. Independent elderly people were provided with washing facilities by the caregiver, such as bath accessories, clothes, and diapers. The independent elderly people would clean their body, change clothes, and diapers by themselves. Those with difficulties in taking a bath or who had limited mobility, were assisted by caregivers. Bedridden elderly people were fully assisted by caregivers in taking a bath or cleansing their body. In some cases, it was necessary to change the method of cleaning the body from giving a bath to giving a sponge bath instead.

Health Care. Most caregivers provided timely assistance to the elderly people, including food preparation and administering medicines. Risk of fall prevention was also provided by caregivers in the homes of the elderly people with diminished mobility. The caregivers were also responsible for taking the elderly people to the hospital for checkups, and for providing medication, including insulin injections for those with diabetes.

Environmental and Residential Care. Most caregivers cleaned the bedding and clothes of the elderly people. They also cleaned the rooms and the rest of the house. In some instances, fall prevention equipment had been installed by some caregivers.

Mental Health Care. Most caregivers occasionally had a conversation with the elderly people during their daily activities. There were some neighbors who paid a visit and talked to the dependent elderly people whose caregivers went to work. In some cases, elderly people were left alone in their bedrooms, inside their houses, or in the open area on the first floor.

Need for help and support in caring for dependent elderly people

Nam Cho Sub-district Municipality should provide elderly care devices such as walking sticks, canes, beds, diapers, and other supplies. In addition, the government should allocate sufficient budget to support caregiving for the bedridden elderly people and to those with disabilities.

A budget from the government and Nam Cho Sub-district Municipality to encourage family members to work at home or go out to work would be pivotal. Due to the burden of caring for bedridden and dependent elderly people, caregivers should be promoted or rewarded by having a career and earning income.

Frequent visits by doctors, nurses, or village health volunteers are required and important. With their professional skills, they are able to provide advice and proper knowledge to caregivers, including health checkups at home. This is necessary because of the difficulty of moving dependent elderly people to hospitals.

Frequent visits by community leaders, volunteer groups, or staff from Nam Cho Sub-district Municipality could provide support for caregivers and the elderly. It also would benefit the visitors to know more about the health care needs of elderly people, and therefore provide an appropriate quality of care for them.

Overall Results

The results of the research found that among 85.48% of dependent elderly people, 79.03% had diseases such as diabetes, high blood pressure, hyperlipidemia, or had been hospitalized. Of the dependent elderly, 58.06% had oral health disorders such as oral mucosa infection, periodontal disease, dental caries, chewing and food swallowing problems, and the use of artificial teeth. Eyesight problems (66.13%) included both near- and far- sightedness, blurred vision, conjunctivitis, and cataracts. Most of the elderly people (70.97%) had knee pain and were at risk of falling. The percentage of malnutrition risk was 66.13% while some of them (38.71%) had BMI index below the standard of ASEAN. Urinary incontinence and leakage was present in 30.65%. Some (43.55%) experienced sleep problems such as insomnia, excessive sleepiness, sleep apnea, and sleepwalking.

The caring characteristics of dependent elderly people by the caregivers included cleanliness, health care, environmental and residential care, and mental health care. In addition, the need for help and support in caring consisted of elderly care devices, increased funding, and visits by doctors, nurses, or village health volunteers, community leaders, volunteer groups, or staff from Nam Cho Sub-district Municipality.

Discussion

This research used the Chronic Care Model to describe the caring system for dependent elderly people in the community. This model has the following 6 components: 1) Self-management Support, 2) Delivery System Design, 3) Decision Support, 4) Clinical Information System, 5) Health Systems Organization, and 6) Community Resource Linkages.

Dependent elderly people who are able to help themselves through self-care should be motivated and encouraged to continue to do so especially when they have chronic illnesses and take medication or have any other kind of treatment. In addition, they should be encouraged to have a better understanding of their chronic illnesses. Skills of living with chronic illnesses should be added to their knowledge, so that they can evaluate the barriers and the need for further resources to support their care. Moreover, related community agencies should participate in designing a delivery system to care for dependent elderly people. Consequently, proper ways to support decision-making ability and to select appropriate combinations of care, including case management for home care and bedridden dependent elderly people, are very important and can help people achieve better outcomes. Planned care visits should be formed as a team-based approach to cover the needs of caring for elderly people who are physically, emotionally, socially, spiritually, and/or economically dependent. Clinical information systems have been used as an aid in collecting data to serve as a database in regards to planning follow-up care for the dependent elderly people. This will be useful in information sharing among teams or agencies involved in the care of dependent elderly people, as it reflects an effective system for teamwork.

Based on the need for supportive care in dependent elderly people in terms of care equipment, raising elderly people's pension, promoting careers at home to caregivers, and relocating the elderly to the hospitals, the research found that most caregivers (59.68%) did not receive any knowledge about caring for the elderly people or dependent elderly people with chronic diseases. This reflects health care management on national, provincial, and district levels. Relevant visions, policies, and work plans should be introduced to develop all categories of elderly population. Community resource linkages should be used to integrate community resources in either small or large health care service units such as local government organizations and private sectors (Gomutbutra & Thongbunjob, 2008). Related practices should concern inpatient transfer policies, career and income promoting systems, skills and potential enhancement for caregivers to care for elderly people, elderly value support to family members and relatives, and public stimulation on the importance of caring for older people who are part of the community.

Suggestions

1. Agencies involved in the care of dependent elderly people in the Hong Ha community should work together. Integrated work should begin with establishing visions, policies, and project plans to support elder care activities. Each agency should set clear

roles and responsibilities to reduce duplication of work and to coordinate the use of resources together to achieve cost-effectiveness and efficiency.

2. The data from the assessment and screening of the health status of dependent elderly people and caregivers should be included in the care plans of the Hong Ha Health Promoting Hospital. Continuous care in care plans should deal with the different conditions and needs of the dependent elderly people and caregivers.

3. In the Hong Ha community, family members and relatives are still the primary caregivers. It has been shown that family bonds and relationships among family members in Thai society are still strong. Therefore, health care skills and knowledge in caregivers should be developed and promoted to provide care for dependent elderly people according to individual needs. In particular, health care teams should encourage caregivers to increase their potential and confidence in caring for the elderly people. Advice and suggestions should be given to caregivers who care for the elderly with complex health conditions.

4. Social-bound elderly people in Hong Ha community should be supported by the community to help elderly people with dependence. The establishment of volunteer groups, such as "Friends Help Friends," could provide physical assistance, counseling, and daily use equipment to dependent elderly people.

5. The use of technology to care for the elderly with dependence in the community should be promoted. For example, the use of LINE GROUP for caregivers could allow members of the group to share ideas together, learn about caring, consult about problems, and coordinate with relevant agencies.

References

Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2015). *Guideline to Screen and Evaluate the elderly 2014.* Bangkok: Veterans Affairs Housing Office Press.

Gomutbutra, P., & Thongbunjob, K. (2008). Chronic care model: Improving primary care for patient with chronic illness. *Documentation of Chronic Care Model.* Retrieved from http://www.med.cmu.ac.th/dept/commed/2015/images/2_Chronic_care_model_improving_primary_care_for_patient_with_chronic_illness_5.60_.pdf

Ngoichansri, J., & Kongtaln, O. (2012). Kār phạt'hnākār dūlæ s̄uk̄hphāph xỳāng t̀x neụ̀xng s̄̊āh̄ rạb p̄hû̂ s̄ūngxāyu klùm tid b̂ān tid teīyng nı chumchn k̄het theṣ̄bāl meụ̄xng Phechrbūrṇ́ [Development of continuing care for the home care and bedridden elders in Phetchabun Municipal Community]. *Graduate Research Conference 2012.* Retrieved from http://gsbooks.gs.kku.ac.th/55/cdgrc13/files/mmo14.pdf

Prasartkul, P., editor. (2016). *Thai elderly situation, BE 2015.* Bangkok: Amarin Company Limited.

Sawatphol, C., Pengpinit, T., Senanikorn, A., & Srisuraphol, W. (2017). Care for elderly dependents on the Northeast Thailand. *Journal of MCU Peace Studies, 5*(Special Issue), 387-405.

Wirojratana, V., Amnatsatsue, K., Sasat, S., Malathum, P., & Narongsak, J. (2014). Improvement of healthcare services for dependent elders. *Thai Journal of Nursing Council, 29*(3), 104-115.

Biographical Notes

Sumitra Wicha, M.N.S., is a nursing instructor in the Adult & Aging Nursing Department at Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang. Her research interests include health promotion in NCD people, long-term care systems in the community, and ethics in clinical practice.

She can be reached at Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, 268 Pa-kam Rd., Hua-Wiang, Lampang 52000, Thailand, by telephone at +66-5422-6254 connect 113, by fax at +66-5422-5020, by mobile phone at +66-89-700-3982, or by e-mail at sumitra18@hotmail.com.

Benjaporn Saovapha, M.P.A., is a nursing instructor in the Adult & Aging Nursing Department at Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang. Her research interests include organization development in nursing administration and orthopedic nursing.

She can be reached at Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, 268 Pa-kam Rd., Hua-Wiang, Lampang 52000, Thailand, by telephone at +66-5422-6254 connect 113, by fax at +66-5422-5020, by mobile phone at +66-87-466-3453, or by e-mail at benja8196@hotmail.com.

Sirirat Sripattarangkul, M.N.S., is a nursing instructor in the Adult & Aging Nursing Department at Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang. Her research interests include health promotion in NCD people and patient advocacy.

She can be reached at Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, 268 Pa-kam Rd., Hua-Wiang, Lampang 52000, Thailand, by telephone at +66-5422-6254 connect 113, by fax at +66-5422-5020, by mobile phone at +66-81-724-2409, or by e-mail at lek1f@yahoo.co.th.

Natchapan Manop, M.P.H., is the Director of Public Health and Environment Division in Nam Cho Sub-district Municipality. Her research interests include health promotion in the community.

She can be reached at Nam Cho Sub-district Municipality, 111 Village 5, Nam Cho Sub-district, Maetha District, Lampang 52150, Thailand by telephone at +66-5434-6238, by fax at +66-5434-6238 connect 12, by mobile phone at +66-86-587-0962, or by e-mail at Natchapan.ma@gmail.com.

Thanakrit Muankonkaew, M.S., is an Instructor at the Public Health Faculty at Nation University. His research interests include food and nutrition for NCD people and epidemiology in the community.

He can be reached at Nation University, 444 Prabat Sub-district, Wattana Rd., Muang, Lampang 52000 Thailand, by telephone at +66-5426-5170 connect 6, by fax at +66-5426-5184, by mobile phone at +66-86-921-0054, or by e-mail at chutchai_mua@nation.ac.th.

Supha Srirungrueang, M.N.S., is the Director of Hong Ha Health Promoting Hospital and is interested in case management in NCD and long-term care patients.

She can be reached at Hong Ha Health Promoting Hospital, 222 Village 1, Nam Cho Sub-district, Maetha District, Lampang 52220, Thailand, by telephone at +66-5434-6326, by mobile phone at +66-88-503-8802 or by e-mail at maetha_06222@hotmail.com.

Date of submission: 2018-03-06

Date of the review results: 2018-03-23

Date of the decision: 2018-04-10

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน : ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสารกลุ่มที่	สาขา
1	วารสารกองการพยาบาล	0125-7242	สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์	1	วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

Back to top

Copyright 2005, Thai-Journal Citation Index (TCI) Centre. All rights reserved.
Contact: tci.thai@gmail.com

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม

สมพร เลิศวิริยเสถียร* พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)

ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ** ศษ.ด. (การวิจัยและพัฒนาการศึกษา)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพและความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม 2) พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องฯ และ 3) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องฯ ในโรงพยาบาลลำปาง การดำเนินงานเป็น 3 ระยะดังนี้ 1) วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา 2) พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องฯ 3) ทดลองใช้และประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ 10 คน พยาบาลวิชาชีพ 28 คน ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม 40 คน และผู้ดูแล จำนวน 25 คน เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม และคู่มือการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลต่อเนื่องของพยาบาล 2) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อรูปแบบฯ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล และ 4) แบบบันทึก ผลการใช้รูปแบบฯ ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบทดสอบด้วย KR-20 และแบบสอบถามด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคเท่ากับ 0.85, 0.82, และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1) สภาพและความต้องการ คือ ผู้ป่วยบางส่วนไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การส่งต่อการดูแลและการติดตามประสานไม่ชัดเจน และผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง 2) รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ความต่อเนื่องด้านการจัดการเป็นการจัดบริการที่หลากหลายเข้าถึงง่าย กำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์นโยบาย ปรับโครงสร้างบทบาททีมพยาบาลดูแลต่อเนื่อง (2) ความต่อเนื่องด้านข้อมูลโดยพัฒนา CNPG การวางแผนจำหน่าย แนวทางการส่งต่อข้อมูล COC link และ (3) ความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ ให้ผู้ป่วย และทีมผู้ให้บริการมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน 3) ผลของการใช้รูปแบบฯ พบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ พยาบาลมีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ความคิดเห็นของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนคุณภาพบริการผลลัพธ์บรรลุค่าเป้าหมายในด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนผิวหนังรอบทวารเทียม การทำ stoma sitting โดย ET nurse ค่าใช้จ่ายในการรักษาการส่งต่อ ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน คุณภาพชีวิต และความสามารถดูแลทวารเทียมของผู้ป่วย

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ การผ่าตัดเปิดทวารเทียม

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลลำปาง

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

The Development of a Continuous Care Model for Colorectal Cancer Patients with Colostomy

Somporn Lertwiriyasathira M.Sc. (Nursing Administration)

Sriprapai Inchaithep Ed.D. (Research and Development in Education)

Abstract

This study is the research and development and aimed to 1)) study the situations of nursing care and problem of the development of a continuous care model for colorectal cancer patients with colostomy 2) develop of the continuous care model for patients and 3) describe the effects of this model in Lampang Hospital. The study was divided into 3 phases. Phase I analyzed the nursing situations. Phase II developed the continuous care model for the patients. Phase III applied and evaluated the model. Samples were purposively selected, including 10 multidisciplinary health care providers, 28 professional nurses, 40 patients with colostomy and 25 the caregivers. The research instruments were continuous care model, colorectal cancer patients with rectal prostatectomy and self-care guide. The tools were validated by 5 experts. They were including the nursing care knowledge test, the nursing opinion questionpaire, the patient and caregiver satisfaction questionnaire, and the record form of patient outcomes. The reliability of the test was done by KR-20. The questionnaire with Cronbrach's alpha coefficient was 0.85, 0.82, 0.88. Data were analyzed by descriptive statistics and t-test.

The results of the study revealed:1) Situations and problems were as follows. Continuous home care was not delivered to some patients. Care delivery is not clear. Follow-up was not clear. Patients and caregivers were not confident in self-care. 2) Continuous care model of colorectal cancer patient who have had an open rectal prosthesis have 3 components : (1) Continuous of management is a service that is easy to access as a strategic plan and restructure nursing care team. (2) Patient data flow by developing CNPG and using COC link and (3) Continuous maintain good relationship between patient and service team. 3) The results of using the model showed that, the average knowledge score was higher after model implementation. The patient and caregiver satisfaction was at the highest level. Quality of service results achieve goal including the complication of the skin around the anus, patients with the stoma sitting by ET nurse, the cost of the anastomic device, patients receiving the continuous care at home / community, the patients' quality of life, and the ability of the patients to care the colostomy.

Key words: Continuous care model, Colorectal cancer patients, Colostomy

* Registered Nurse, Senior Professional Level, Chief Nursing, Lampang Hospital

** Registered Nurse, Boromarajonani College of Nursing , NakhonLampang

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศทั่วโลก และมีแนวโน้มมากขึ้นทุกปี จากสถิติของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ปี พ.ศ. 2555 - 2557 ประชาชนเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเป็นอันดับหนึ่งจากสาเหตุการตายทั้งหมดด้วยอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรเท่ากับ 98.45, 104.76 และ 107.88 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ[1] และจากรายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital - Based Cancer Registry) ฉบับที่ 1 ของโรงพยาบาลลำปางซึ่งแสดงข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มารับบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่โรงพยาบาลลำปาง ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2557 มะเร็งลำไส้ใหญ่ พบเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย 112 (12.17%) และพบเป็นอันดับ 5 ในเพศหญิง 76 (8.32%)[2] อีกทั้งสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่รักษาในโรงพยาบาลลำปาง ปี 2557 - 2559 มีจำนวน 112,148 และ186 คน ในจำนวนนี้ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 34, 51 และ 53 คนตามลำดับ[3]

การผ่าตัดเปิดทวารเทียม (colostomy) เป็นวิธีการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้ผลที่สุดซึ่งเป็นการผ่าตัดลำไส้ส่วนที่เป็นมะเร็งออก หากตำแหน่งของมะเร็งอยู่ใกล้ทวารหนักและไม่สามารถเย็บต่อลำไส้กลับให้เหมือนเดิมได้ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดย้ายทวารหนักไปไว้ที่หน้าท้อง และการผ่าตัดวิธีนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์แก่ผู้ป่วย ภายหลังการผ่าตัดจึงต้องมีการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ การเข้าสังคม และการดำเนินชีวิตประจำวันที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป[4] การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่จึงต้องมีการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดให้มีความพร้อม การประคับประคองจิตใจ และสร้างความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและระยะเวลานอนโรงพยาบาลได้[5] กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายพัฒนาการจัดระดับสถานบริการสาธารณสุขเฉพาะทางตติยภูมิที่เป็นเทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล ลดอัตราการป่วยและอัตราการเสียชีวิตของประชาชน[6]

โรงพยาบาลลำปางได้รับการพัฒนาเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิเชี่ยวชาญระดับสูงโดยเป้าหมายสำคัญ คือ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกติดต่อ 3 ปี ในปี 2557 - 2559[7] และพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมในโรงพยาบาลลำปาง มีอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน dermatitis ร้อยละ 14.30 แผลติดเชื้อร้อยละ 5.70 การติดเชื้อปอดอักเสบ ร้อยละ 2.90 colostomy retraction ร้อยละ 2.90[3] จากทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมในโรงพยาบาลลำปางปี 2559 พบว่า มีผู้ป่วยบางส่วนได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลลำปางไปสู่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ดูแล และการประสานการดูแล (coordination) ไม่ชัดเจน และไม่เป็นทิศทางเดียวกัน

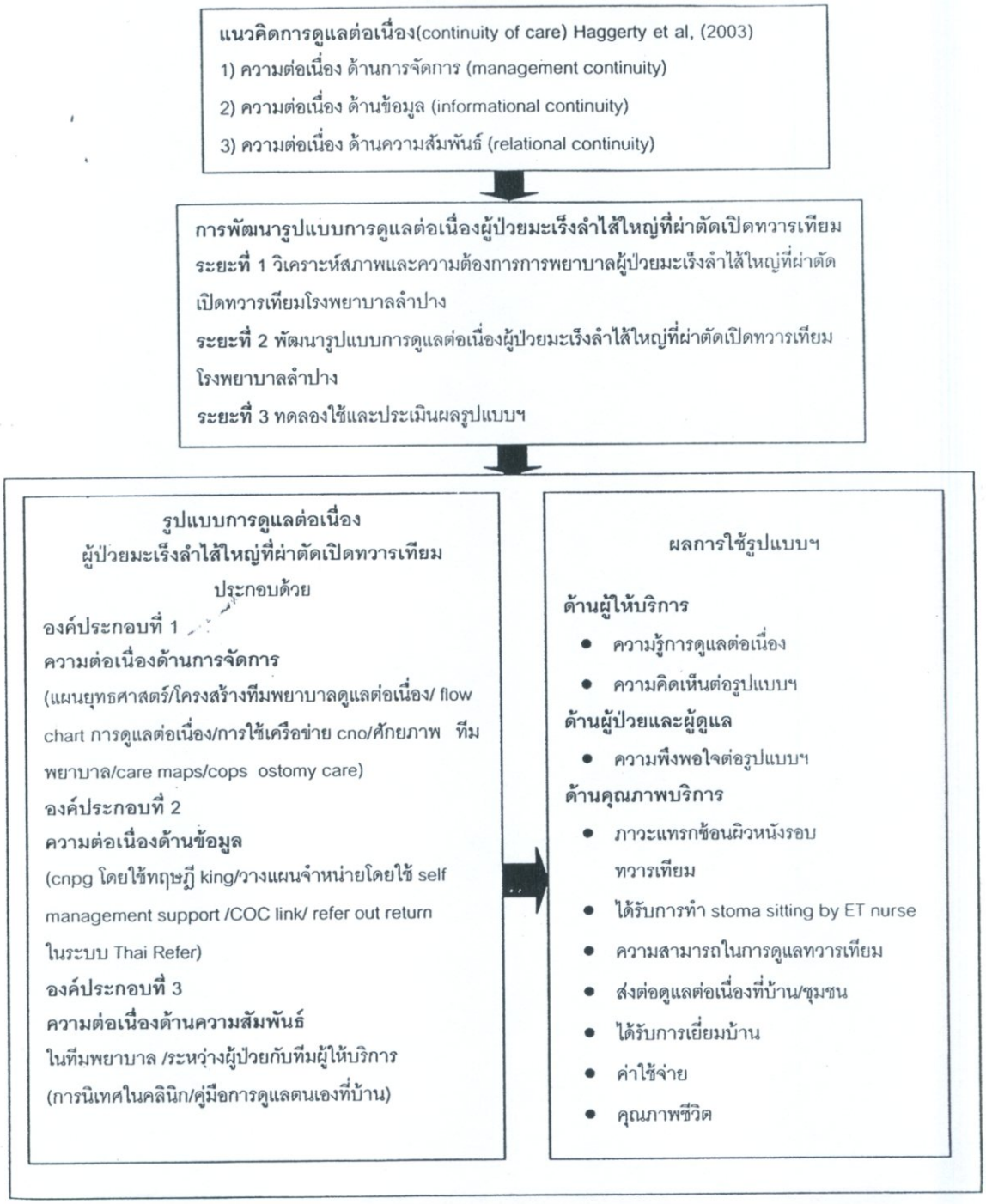
จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้บริหารสูงสุดของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลลำปางเห็นความสำคัญความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการดูแลต่อเนื่อง (continuing care) เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เป็นการบูรณาการที่ตอบสนองความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยที่ครอบคลุมตั้งแต่การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลจนถึงบ้าน ประกอบไปด้วยการวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการบริการที่บ้าน[8] เพื่อจัดเตรียมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองภายใต้บริบทและทรัพยากรที่เป็นไปได้ การดูแลจะต้องมีความต่อเนื่องในทุกปัญหาที่ผู้ป่วยต้องการการดูแล[9] เพื่อให้สามารถช่วยตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ปัญหาที่เกิดจากภาวะโรคและกระบวนการแก้ปัญหาที่สามารถทำได้เองและปัญหาสุขภาพที่ต้องให้บุคลากรสาธารณสุขเข้าร่วมแก้ปัญหาดูแลอย่างต่อเนื่อง คณะผู้วิจัยเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงได้ดำเนินการวิจัยและพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมอย่างต่อเนื่องให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลลำปาง เพื่อนำรูปแบบฯ ดังกล่าวไปปฏิบัติตามนโยบาย ประสานการดูแลเป็นเครือข่าย ใช้หลักการตามสภาพข้อเท็จจริงโดยให้มีการดูแลที่มีการประสานเชื่อมโยงเป็นทิศทางเดียวกัน ผู้ปฏิบัติงานมีแนวทางการปฏิบัติงานที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลลำปาง ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพและความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม โรงพยาบาลลำปาง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม โรงพยาบาลลำปาง
3. เพื่อประเมินผลของการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม โรงพยาบาลลำปาง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดความต่อเนื่อง (continuity of care) ของ Haggerty และคณะ[10] ประกอบด้วย 1) ความต่อเนื่องด้านการจัดการ (management continuity) เป็นการวางแผนการดูแลร่วมกัน มีระบบที่ยืดหยุ่น มีการติดตามเสมอ 2) ความต่อเนื่องด้านข้อมูล (Informational continuity) ทั้งข้อมูลด้านบุคคลหรือข้อมูลเกี่ยวกับโรค และ 3) ความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ (relational continuity) ร่วมกับแนวคิดการวิจัยและพัฒนา(Research and Development: R&D) ของ Gall และคณะ[11] (ดังรูป ที่ 1)



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในปัจจุบัน จากผู้มีประสบการณ์ในการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 101 คน

2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยศัลยแพทย์ พบว่า เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 5 คน ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมและได้รับการดูแลจากบุคลากรในโรงพยาบาลลำปางอย่างน้อย 1 เดือน มีความสามารถในการสื่อสารและให้ข้อมูล และเต็มใจให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งคัดเลือกจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในปี พ.ศ. 2560 ทั้งหมด 53 คน

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ในขั้นตอนนี้เป็นเครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ภาวะแทรกซ้อนผิวหนังรอบทวารเทียม การได้รับการทำ stoma sitting by ET nurse ความสามารถในการดูแลทวารเทียม การส่งต่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน และการได้รับการเยี่ยมบ้าน

2) แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมเป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วยประเด็นเกี่ยวกับสภาพปัญหาความต้องการการช่วยเหลือ และข้อเสนอแนะในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม

3) แบบบันทึกผลการสนทนากลุ่ม (focus group) ทีมสหวิชาชีพ ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม ปัญหาอุปสรรค และแนวทางพัฒนาคุณภาพการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม

เครื่องมือทั้ง 3 ชุด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ 1 ท่าน ผู้บริหารการพยาบาล 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพศัลยกรรม 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพเวชกรรมสังคม 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม 1 ท่าน ผลการวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of consistency : IOC) ทุกข้อคำถามมีค่าตั้งแต่ 0.6 -1.0

1.3 วิธีดำเนินการวิจัย

1) ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย จำนวน 30 คน

2) สัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 5 คน ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก

3) จัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม (focus group) ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 10 คน

4) สรุปประเด็นสถานการณ์ความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นจริง มาวิเคราะห์กับสิ่งที่คาดหวัง เพื่อหารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพและความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม 2) พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยฯ และ 3) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยฯในโรงพยาบาลลำปาง ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 101 คน ประกอบด้วย ผู้บริหาร 4 คน ศัลยแพทย์ 5 คน และพยาบาลวิชาชีพ 92 คน 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม จำนวน 92 คน 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยศัลยแพทย์ พบว่า เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม รับการรักษาในโรงพยาบาลลำปาง ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 53 คน และ 4) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 53 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 10 คน ประกอบด้วย ผู้บริหาร 1 คน ศัลยแพทย์ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ 8 คน 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน ostomy clinic ในช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัยและปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง จำนวน 28 คน 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยศัลยแพทย์ พบว่า เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม รับการรักษาในโรงพยาบาลลำปาง มีภูมิลำเนาในอำเภอเมืองลำปาง สามารถสื่อสารได้ดี และไม่มีอาการในระยะวิกฤติ จำนวน 40 คน และ 4) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม มีภูมิลำเนาในอำเภอเมืองลำปาง สามารถสื่อสารได้ดี มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างน้อย 1 เดือน จำนวน 25 คน

ระเบียบวิธีวิจัย

ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพ และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมโรงพยาบาลลำปาง

1.1 **กลุ่มเป้าหมาย** แบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้

1) ทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 10 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารโรงพยาบาล 1 คน ศัลยแพทย์ 1 คน ผู้บริหารการพยาบาล 1 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย 2 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่งานผู้ป่วยนอก 2 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานเวชกรรมสังคม 1 คน และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานศูนย์ดูแลต่อเนื่อง 1 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

1.4 **การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติการทำวิจัยและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมและควบคุมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลลำปาง เลขที่ 81/2559 ลงวันที่ 7 ธันวาคม 2559 และคณะผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ให้ทราบและขอความร่วมมือ คณะผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อทราบความสมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษา โดยชี้แจงว่าสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษา สามารถแจ้งยุติการศึกษาเมื่อใดก็ได้ คณะผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ คณะผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวมและจะใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม โรงพยาบาลลำปาง

2.1 **กลุ่มตัวอย่าง**ในขั้นตอนนี้ ได้แก่ ทีมพัฒนารูปแบบฯประกอบด้วย ศัลยแพทย์ และทีมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลต่อเนื่อง จำนวน 10 คน ได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากทีมศัลยแพทย์ และทีมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 101 คน

2.2 **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**ในขั้นตอนนี้เป็นเครื่องมือรวบรวมข้อมูลได้แก่

1) แบบบันทึกผลการสนทนากลุ่ม (focus group) ทีมพัฒนารูปแบบฯ เนื้อหา ประกอบด้วยองค์ประกอบของรูปแบบ และแนวทางการใช้รูปแบบฯ

2) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบฯซึ่งเป็นการประเมิน โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน

2.3 **วิธีดำเนินการวิจัย**

1) สังเคราะห์ สรุปผลการวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ ที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ เพื่อนำไปใช้ในการสร้างรูปแบบฯ

2) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เพื่อกำหนดรูปแบบฯ

3) ยกร่างรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม โรงพยาบาลลำปาง ใช้กระบวนการสนทนากลุ่มกับทีมพัฒนารูปแบบฯ โดยใช้แนวคิดที่จะพัฒนาความต่อเนื่องของเฮกเจอตี้ และคณะ[10] เป็นกรอบในการร่างรูปแบบฯ

4) นำร่างรูปแบบฯนำเสนอแก่ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2.4 **การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม โรงพยาบาลลำปาง

3.1 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

3.1.1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรมคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดเกณฑ์ คือ พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานใน ostomy clinic ในช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัยและปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง จำนวน 28 คน จากจำนวนพยาบาลกลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม ทั้งหมด 92 คน

3.1.2 ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม รับการรักษาที่โรงพยาบาลลำปาง สามารถฟังอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ จำนวน 40 คน ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ในพื้นที่อำเภอเมืองลำปาง สามารถสื่อสารได้ดี ไม่มีอาการในระยะวิกฤติและผู้ป่วยยินดีให้ข้อมูลการวิจัย โดยคัดเลือกมาจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในปี พ.ศ. 2560 จำนวนทั้งหมด 53 คน

3.1.3 ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมโดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สามารถ ฟัง อ่าน และเข้าใจภาษาไทยได้ จำนวน 25 คน ซึ่งมีภูมิลำเนาในอำเภอเมืองลำปาง สามารถสื่อสารได้ดี มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 เดือน และยินดีให้ข้อมูลการวิจัย โดยคัดเลือกมาจากผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในปี พ.ศ. 2560 จำนวนทั้งหมด 53 คน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในขั้นตอนนี้คือ

3.2.1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม และคู่มือการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน

3.2.2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบวัดความรู้เรื่องการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม สำหรับพยาบาลวิชาชีพเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ KR - 20 ได้ค่าเท่ากับ 0.85

2) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบฯ สำหรับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ทดสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach alpha coefficient) เท่ากับ 0.82

3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach alpha coefficient) เท่ากับ 0.88

4) แบบบันทึกผลลัพธ์ คุณภาพบริการ เป็นแบบบันทึกการเกิดภาวะแทรกซ้อนผิวหนังรอบทวารเทียม (peristomal skin irritation) หลังผ่าตัดขณะนอนในโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการทำ stoma sitting by ET Nurse ความสามารถในการ

ดูแลทวารเทียมของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก การส่งต่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้าน ค่าใช้จ่ายอุปกรณ์ทวารเทียมและคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา (content validity) นำไปปรับปรุงตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้

3.3 วิธีดำเนินการวิจัย

1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องรูปแบบฯ และให้ความรู้เรื่องการดูแลต่อเนื่อง ให้กับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมาย

2) พยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมายนำรูปแบบฯ ไปดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมตามกิจกรรม และขั้นตอนที่รูปแบบฯ กำหนด และให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการร่วมกันให้การดูแลผู้ป่วยโดยใช้คู่มือการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วย

3) คณะผู้วิจัยได้นิเทศติดตามผลหลังการใช้รูปแบบฯ 3 เดือน เก็บรวบรวมโดยการสนทนากับทีมผู้ให้บริการ ผู้ดูแลและผู้ป่วย และนำผลสะท้อนการปฏิบัติที่ได้นำมาปรับปรุงรูปแบบฯ

4) ประเมินผลการใช้รูปแบบฯ หลังการดำเนินการใช้รูปแบบเป็นเวลา 6 เดือน โดยศึกษา 3 ด้าน คือ ด้านผู้ให้บริการ ด้านผู้ป่วยผู้ดูแล และด้านคุณภาพบริการพยาบาล

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการให้ความรู้ โดยใช้ t - test วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. สภาพและความต้องการ การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ของโรงพยาบาลลำปาง จากการศึกษาเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ สรุปสภาพปัญหาดังนี้

1) ผู้ป่วยบางส่วนไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การส่งต่อการดูแลจากโรงพยาบาลลำปางไปสู่ชุมชน ขาดการติดตาม การประสานการดูแลไม่ชัดเจน ไม่เป็นทิศทางเดียวกัน

2) ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด

3) มีความซ้ำซ้อนในการดูแลผู้ป่วย ผู้ให้บริการบางส่วนไม่ทราบขั้นตอนวิธีการดูแลต่อเนื่องบทบาทหน้าที่ของตนเอง แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยไม่สะดวกในทางปฏิบัติ

4) ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองค่อนข้างน้อย และไม่มั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน

5) การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ทีมผู้ให้บริการไม่ทราบข้อมูลเชิงลึกของผู้ป่วย

จากข้อมูลสถานการณ์การดูแลที่เป็นจริง นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ สรุปผลการวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 3 ความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ในทีมการพยาบาล และความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการ

1) การนิเทศในคลินิก

2) คู่มือการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วย

3. ผลการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม มี 3 ด้าน ดังนี้

3.1 ด้านผู้ให้บริการ

3.1.1 ด้านความรู้ในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบฯ เท่ากับ 8.85 (S.D. = 0.19) ซึ่งสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการใช้รูปแบบฯ ($\bar{x}$ = 6.55, S.D. = 0.29) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพก่อน และหลังการใช้รูปแบบ (n = 28)

การดำเนินการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	P-value
ก่อนการใช้รูปแบบ	6.55	0.29	9.11	0.000
หลังการใช้รูปแบบ	8.85	0.19		

**p<.01

3.1.2 ด้านความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.51, S.D. = 0.37) โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความคิดเห็นด้วยมากที่สุด คือ ใช้ได้ดีในการดูแลผู้ป่วย ($\bar{x}$ = 4.75, S.D. = 0.80) รองลงมา คือ ประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแล ($\bar{x}$ = 4.64, S.D. = 0.91) สามารถปฏิบัติได้ครบถ้วน ($\bar{x}$ = 4.61, S.D. = 0.88) และพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ ($\bar{x}$ = 4.57, S.D. = 1.07)

3.2 ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.53 , S.D. = 0.43) โดยประเด็นที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ ตั้งใจทำตามคู่มือ/รูปแบบ ($\bar{x}$ = 4.73, S.D. = 0.51) รองลงมา คือ พึงพอใจต่อการให้บริการ ($\bar{x}$ = 4.65, S.D. = 0.49) และรูปแบบบริการ/คู่มือใช้ง่าย ($\bar{x}$ = 4.53, S.D. = 0.60)

3.3 ด้านคุณภาพบริการ คุณภาพบริการพยาบาลก่อนการใช้รูปแบบฯ พบว่า ไม่บรรลุค่าเป้าหมาย 4 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ร้อยละของการเกิด

1.1 ด้านการดูแลผู้ป่วยพบประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา คือ

1.1.1 ความต่อเนื่องด้านการบริหารจัดการ ประกอบด้วย การจัดบริการที่เข้าถึงง่าย การจัดบริการที่หลากหลาย และการประสานงานระหว่างผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้อง

1.1.2 ความต่อเนื่องด้านข้อมูล ประกอบด้วย การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างผู้ให้บริการ การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหอผู้ป่วย และการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับผู้ดูแล

1.1.3 ความต่อเนื่องด้านสัมพันธภาพ ประกอบด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการ และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและหน่วยงาน

1.2 **ด้านผู้ให้บริการ** พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม บางส่วนผ่านการอบรม ostomy care มานานแล้ว แต่ไม่ได้ผ่านการอบรมการดูแลต่อเนื่อง อีกทั้งพยาบาลผู้จัดการรายกรณีไม่ได้วางแนวทางการดูแลที่เชื่อมโยงทั้งระบบในโรงพยาบาล ส่งผลให้คุณภาพบริการไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

2. รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมโรงพยาบาลลำปาง มี 3 องค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ความต่อเนื่องด้านการจัดการ

1) แผนยุทธศาสตร์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล กำหนดนโยบายให้ใช้การดูแลต่อเนื่องตามแนวคิดผลรวมความต่อเนื่อง 3 ประการในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยประชุมชี้แจงแผนยุทธศาสตร์ให้หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยรับทราบ

2) โครงสร้างทีมพยาบาลดูแลต่อเนื่องใช้แนวคิด Vertical Integration

3) flow chart การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม

4) ระบบการดูแลโดยใช้เครือข่าย Chief Nurse Officer : CNO

5) ศักยภาพทีมพยาบาลดูแลต่อเนื่อง

6) CARE MAPs เรื่อง การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม

7) CoPs ostomy care

องค์ประกอบที่ 2 ความต่อเนื่องด้านข้อมูล

1) CNPG การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลการตั้งเป้าหมายร่วมกันของ King

2) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยใช้แนวคิด self management support

3) การส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วย COC link

4) แนวทางการส่งต่อผู้ป่วย refer out return ในระบบ Thai Refer

ภาวะแทรกซ้อนผิวหนังรอบทวารเทียม (peristomal skin irritation) หลังผ่าตัดขณะนอนในโรงพยาบาล ซึ่งพบร้อยละ 2.30 (ค่าเป้าหมาย ≤ ร้อยละ 2) 2) ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมได้รับการส่งต่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน พบร้อยละ 80 (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 100) 3) ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน พบร้อยละ 85 (ค่าเป้าหมายร้อยละ 100) และ 4) ร้อยละของคะแนนความสามารถในการดูแลทวารเทียมของผู้ป่วยพบร้อยละ 90 (ค่าเป้าหมายร้อยละ 100)

หลังจากใช้รูปแบบฯ พบว่า ตัวชี้วัดทั้ง 4 ตัว เพิ่มขึ้นและเป็นไปตามค่าเป้าหมาย ยกเว้นร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน พบร้อยละ 94 (ค่าเป้าหมายร้อยละ 100) เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อรายลดลง จาก 12,393 บาทต่อราย เป็น 12,088 บาทต่อราย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลด้านคุณภาพบริการก่อน - หลังการใช้รูปแบบฯเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย (n = 40)

รายการ	เป้าหมาย	ก่อนใช้รูปแบบฯ	หลังใช้รูปแบบฯ
1. ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนผิวหนังรอบทวารเทียมหลังผ่าตัดขณะนอนในโรงพยาบาล	≤ 2	2.30	1.69
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ stoma sitting by ET Nurse (elective case)	≥ 60	75	80
3. ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อราย	-	12,393	12,088
4. ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมได้รับการส่งต่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน	100	80	100
5. ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน	100	85	94
6. ร้อยละของคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดี	80	88	90
7. ร้อยละของคะแนนความสามารถในการดูแลทวารเทียมของผู้ป่วย	100	90	100

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม โรงพยาบาลลำปาง พบว่า ขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปสู่ชุมชน ส่งผลให้คุณภาพบริการไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ส่งผลต่อความมั่นใจของผู้ป่วย พยาบาลกลุ่มเป้าหมายและทีมสหวิชาชีพจึงได้เสนอแนะแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับที่สภาการการพยาบาลกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ พ.ศ. 2549 ให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย รวมถึงการติดตามอย่างต่อเนื่อง ตามสภาพบริบทของผู้รับบริการ ทั้งนี้การดูแลต่อเนื่อง ถือว่า เป็นกระบวนการประเมิน วางแผน การประสานความร่วมมือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง และเอื้ออำนวยให้ผู้ใช้บริการสามารถเปลี่ยนผ่านการดูแลจากระดับหนึ่งไปสู่ระดับหนึ่ง หรือจากสถานที่หนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่งได้ การดูแลต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น[12] และเมื่อพิจารณาบทบาทพยาบาลจะเห็นว่าพยาบาลมีบทบาทในการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วย การค้นหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และการสื่อสารข้อมูลในทีมสุขภาพ การประสานงานในระยะเปลี่ยนผ่าน การสอนทักษะการดูแลแก่ผู้ป่วย การให้ครอบครัวมีส่วนร่วม[13] สอดคล้องกับ Shelton[14] ที่ศึกษา พบว่า แนวคิดการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่ตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและการสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัว การร่วมมือการประสานงานที่ดี โดยมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแลรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์[15]

2. รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมโรงพยาบาลลำปาง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ความต่อเนื่องด้านการจัดการ ความต่อเนื่องด้านข้อมูล และความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ เป็นองค์ประกอบที่ครอบคลุมระบบการดูแล ตั้งแต่ในระดับโรงพยาบาลจนถึงระดับชุมชน ครอบคลุมการบริหารจัดการสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลลำปาง และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวอย่างสมบูรณ์ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดความต่อเนื่อง (continuity of care) ของ Haggerty และคณะ[10] ที่อธิบายถึง ความต่อเนื่องด้านการจัดการ ว่าเป็นการวางแผนการดูแลร่วมกัน มีระบบที่ยืดหยุ่น มีการติดตามเสมอ ความต่อเนื่องด้านข้อมูลด้านบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับโรคและความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Rorden and Taff[16] ที่พบว่า พยาบาลมีบทบาทในการค้นหาความต้องการของผู้ป่วย ส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัวในทีมการพยาบาล ตลอดจนการสื่อสารส่งต่อข้อมูลในทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่นเดียวกับการศึกษาของจารุพักตร์ สุขุมาพิทักษ์ และคณะ[17] ที่พบว่า การใช้รูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมของ

ทีมสหวิชาชีพจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเน้นให้เห็นความต่อเนื่องของการดูแลตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนและครอบครัว สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงของพิศสมัย บุญเลิศ และคณะ[18] ที่ออกแบบการดูแลต่อเนื่องเป็น 3 ระยะ คือ 1) พัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการดูแลต่อเนื่องกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงแก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครสาธารณสุข 2) ปฏิบัติจริงในชุมชนและวางแผนการดูแลต่อเนื่อง และ 3) สรุปและประเมินหลังการปฏิบัติ และการวิจัยของ ทัศนีย์ อรรถารส และจุไร อภัยจิรรัตน์[19] ที่พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง 3 ระยะ คือ 1) การดูแลที่โรงพยาบาล 2) การส่งต่อการดูแล และ 3) การดูแลที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย การให้ครอบครัวมีส่วนร่วม และการทำงานร่วมกันกับเครือข่ายในชุมชน

3. ผลการศึกษาของการนำรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม ไปใช้ 3 ด้าน ดังนี้

3.1 ด้านผู้ให้บริการ ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เรื่องการดูแลต่อเนื่องหลังการใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เพราะกระบวนการของการพัฒนารูปแบบฯได้กำหนดให้มีการพัฒนาศักยภาพทีมพยาบาลดูแลต่อเนื่อง และพัฒนา CARE MAPs โดยใช้แนวคิด management continuing ซึ่งทั้งสองกิจกรรมนำไปสู่การพัฒนาความรู้ของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา อุบลพงศ์ [20] พบว่ารูปแบบการบริการที่พัฒนาขึ้นโดยทีมสหวิชาชีพเป็นรูปแบบที่เป็นรูปธรรม มีการแบ่งหน้าที่ชัดเจน โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี มีแนวทางปฏิบัติไปในทางเดียวกัน ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพ นอกจากนี้ผลการประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อรูปแบบฯ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเห็นว่ารูปแบบฯ ใช้ได้ดีในการดูแลผู้ป่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแล และพยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ครบถ้วน แสดงให้เห็นว่ารูปแบบฯ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากรูปแบบฯ พัฒนามาจากปัญหาสภาพจริงและความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง และในกระบวนการยกร่างรูปแบบฯ ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการนำเสนอกิจกรรม

3.2 ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล ที่พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมอยู่ในระดับมากที่สุด อธิบายได้ว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองด้วยการใช้ระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้เป็นการช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เพียงพอที่จะสนองความ

ต้องการการดูแลที่จำเป็นทั้งหมด ช่วยลดความพร่องในการดูแลตนเองได้ ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นแนวทางให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้นำไปใช้ในการดูแลตนเอง และมีการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาการดูแลตนเอง ซึ่งกิจกรรมนี้ถือว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ผลการวิจัยสอดคล้องกับ Foust[21] ที่พบว่าพยาบาลที่วางแผนจำหน่าย มีประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ติดตามอาการ สอนผู้ป่วยในระหว่างปฏิบัติการพยาบาล และทบทวนด้วยเอกสารจะทำให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

3.3 ด้านคุณภาพบริการ หลังจากพัฒนารูปแบบฯ แล้วนำไปใช้ เมื่อพิจารณาตามค่าเป้าหมายทุกตัวบ่งชี้บรรลุเป้าหมาย ยกเว้นร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายแต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Puntiset และคณะ[22] ว่าผลลัพธ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการหลังจากที่ได้ดำเนินการโดยใช้แนวคิดความต่อเนื่องในหลายมิติทั้งด้านการจัดการ ด้านข้อมูล และด้านความสัมพันธ์ แล้วผลลัพธ์คาดว่าจะดีขึ้น และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Freeman and Hughes[23] พบว่าการนำแนวคิดการดูแลต่อเนื่องไปใช้ให้มีคุณภาพ นอกจากจะมีแนวทางที่ชัดเจนและสามารถปฏิบัติได้จริงแล้ว ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้รับบริการจะเป็นข้อมูลสำคัญที่จะแสดงถึงคุณภาพการบริการ ผลลัพธ์ที่กล่าวนี้ ประกอบด้วย ศักยภาพที่เพิ่มขึ้นของผู้รับบริการ การลดลงของความรุนแรงของโรค และภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้น ผลการใช้รูปแบบพบว่า ตัวบ่งชี้ส่วนใหญ่บรรลุเป้าหมาย เนื่องจากรูปแบบฯ มีการบูรณาการกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ครอบคลุม ตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Bull และคณะ[24] ที่เป็นการดูแลเพื่อจัดเตรียมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมดูแลตนเองภายใต้บริบทและทรัพยากรที่เป็นไปได้ การดูแลมีความต่อเนื่องเพื่อให้สามารถดูแลตัวเองได้ เมื่อพิจารณาจากกิจกรรมในด้านความต่อเนื่องของการจัดการของรูปแบบจะเห็นได้ว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นเป็นการวางระบบการบริการที่ชัดเจนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย มีการกำหนดแนวทางการดูแลต่อเนื่องเป็นแผนยุทธศาสตร์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล มีการปรับโครงสร้างทีมพยาบาลดูแลต่อเนื่องใช้แนวคิด vertical integration การจัดทำ flow chart การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม การจัดบริการจัดการระบบการดูแลโดยใช้เครือข่าย Chief Nurse Officer : CNO การพัฒนาศักยภาพทีมพยาบาลการพัฒนา CARE MAPs และจัดตั้ง CoPs ostomy care เป็นกระบวนการจัดการอย่างต่อเนื่องที่จะผลักดันให้เกิดการดูแลอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลจนถึงเมื่อกลับเข้าสู่ชุมชน แนวทางเหล่านี้สอดคล้องกับความต้องการของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบฯ ได้ตอบสนองปัญหาตามบริบทจริง ทำให้ทีมที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ด้านบริหารการพยาบาล

กำหนดเป็นนโยบายในการนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้ปฏิบัติ โดยการวิเคราะห์สภาพปัญหาและบริบทผู้ป่วย และเลือกใช้กิจกรรมที่กำหนดในรูปแบบฯ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ และควรนำไปใช้ให้ครอบคลุมทั้ง 3 องค์ประกอบเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ

ด้านบริการการพยาบาล

ควรขยายรูปแบบการพยาบาลการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมสู่โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเครือข่าย

ด้านการวิจัย

ควรศึกษาวิจัยการใช้รูปแบบการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลนาน ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. อัตราการตายต่อประชากร (100,000 คน) จำแนกตามสาเหตุการตายและเพศ พ.ศ.2550-2557 [อินเตอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 11 ม.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก: http://service.nso.go.th/nso/web/statseries/statseries09.html
2. ธานี ลิ้มทอง. รายงานทะเบียนมะเร็ง: โรงพยาบาลลำปาง; 2557.
3. งานเวชระเบียน. สถิติผู้ป่วยมะเร็ง. ลำปาง: โรงพยาบาลลำปาง; 2559.
4. Grumann MM, Noack EM, Hoffman IA, Schlag PM. Comparison of quality of life inpatients undergoing abdominoperineal extirpation or anterior resection for rectal cancer. Ann Surg 2000;233(2):149-56.
5. Miller TE,Thacker JK, White WD, Mantyh C, Migaly J, Jin J, et al. Reduced length of hospital stay in colorectal surgery after implementation of an enhanced recovery protocol. Anesth Analg 2014;118(5):1052-61.
6. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข. การจัดระดับสถานบริการสาธารณสุข (เอกสารอัดสำเนา). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2555.

7. พิมานญ์ โภควินภูดิสนันท์. การใช้แบบแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจากการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล. ลำปางเวชสาร 2558;2:64-73.
8. Haggerty JL, Roberge D, Freeman GK, Beaulieu C, Bréton M. Validation of a generic measure of continuity of care: When patients encounter several clinicians. Ann Fam Med 2012;10(5):443-51.
9. American Nurses Association. Nurse case management. Missouri: American Nurses Association; 1998.
10. Haggerty JL, Roberge D, Freeman GK, Beaulieu C, Bréton M. Validation of a generic measure of continuity of care: when patients encounter several clinicians. Ann Fam Med 2012;10(5):443-51.
11. Gall MD, Gall JP, Borg WR. Educational research: An introduction 8th ed. Boston: Pearrson; 2007.
12. ศุภชัย นวลสุทธิ์. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลภายในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2542.
13. RordenJW,Taff E. Discharge planning guide for nurses. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990.
14. Shelton TL, Stepanek JS. Excerpts from familycentered care for children needing special health and developmental services. PediatrNurs 1995;21(4):362-4.
15. สายสมร เฉลยกิตติ, ศิริพร พูนชัย, ศิริพร สว่างจิตร, จุฑารัตน์ บันดาสิน.วิถีชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม. วารสารพยาบาลทหารบก 2556;14(3):32-37.
16. RordenJW,Taff E. Discharge planning guide for nurses. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990.
17. จารุพักตร์ สุขุมาพิทักษ์, วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์, พร้อมจิตร ห่อนบุญเหิม. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล ระดับทุติยภูมิโดยใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2555;1:32-37.
18. พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, ศุภวดี แถวเพีย. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2559;23(2): 79-87.
19. ทัศนีย์ อรรถารส, จุไร อภัยจิรรัตน์. รูปแบบการดูแลต่อเนื่องในเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง วารสารสภาการพยาบาล 2554;26:112-25.
20. กาญจนา อุบลพงศ์, ฑิฆัมพร ชาวขมิ้น, อรทัย พงษ์อำไพ, ชนิดา พื้นผา. การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมโรงพยาบาลสระบุรี. วารสารกองการพยาบาล 2555;39(3):51-64.
21. Foust JB. Discharge planning as part of daily nursing practice. Appl Nurs Res 2007;20(2):72-7.

22. Puntis S, Rugkasa J, Forrest A, Mitchell A, Burns T. Associations between continuity of care and patient outcomes in mental health care: a systematic review. Psychiatr Services 2015;66(4):354-63.

23. Freeman G, Hughes J. Continuity of care and the patient experience. The King's Fund.St George's: University of London; 2010.

24. Bull MJ, Hansen HE, Gross CR. A professional-patient partnership model of discharge planning with elders hospitalized with heart failure. Appl Nurs Res 2000;13(1):19-28.

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน : ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสารกลุ่มที่	สาขา
1	วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์	0859-6808	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์	1	วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

Back to top

Copyright 2005, Thai-Journal Citation Index (TCI) Centre. All rights reserved.
Contact: tci.thai@gmail.com

รูปแบบการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

วาสนา มั่งคั่ง [1]
ดุจเดือน เขียวเหลือง [2]

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพมีขั้นตอนดำเนินงานดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัจจุบันของแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการจัดการเรียนการสอนและเอกสารประกอบรูปแบบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้เชี่ยวชาญจัดการเรียนการสอนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 3 คน อาจารย์พยาบาล 18 คน และนักศึกษาพยาบาล ปีการศึกษา 2559 จำนวน 294 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการศึกษาพบว่า 1) การจัดการเรียนการสอนด้านการสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบันเป็นการสอนแบบแยกเป็นรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งจัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 2 ซึ่งนักศึกษาเรียนเฉพาะวิชาพื้นฐานทางการพยาบาลจึงทำให้นักศึกษายังไม่สามารถประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในรายวิชาทางการพยาบาลในชั้นปีที่สูงขึ้น และกระบวนการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพควรใช้กระบวนการสอนแบบบูรณาการ 2) รูปแบบการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วยกระบวนการสำคัญคือ 1) หลักการ 2) วัตถุประสงค์ 3) เนื้อหา 4) กระบวนการจัดการเรียนรู้ 5) การวัดและประเมินผล โดยการบูรณการแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติจำนวน 19 รายวิชาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560 ผลการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า รูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ : นักศึกษาพยาบาล, การพัฒนาสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

1 ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
2 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ อีเมล์: dujduean@unc.ac.th

Teaching Model of Nursing to Enhance the Health Promoting Competencies of Student Nurses.

Wasana Mangkang [1]
Dujduean Khiaolueang [2]

ABSTRACT

The purpose of this study was to develop the teaching model of nursing to enhance the health promoting competencies of student nurses. The study comprised of 2 steps which were to 1) examine current condition of the teaching model to enhance the health promoting competencies of student nurses and examined experts' views on the appropriateness of this teaching model to enhance the health promoting competencies of student nurses, and 2) construct and inspect the teaching model quality by three experts as well as supplementary learning material quality. Samples were three health promoting teaching experts, 18 nurse instructors and 294 student nurses in the academic year of 2016. Data were obtained using questionnaires, focus group and in-depth interview. The results showed that 1) the current condition of the teaching model to enhance the health promoting competencies of student nurses was health promotion was separated from others to be one single subject, Health Promotion subject, taught in second year together with only one nursing subject, principle of nursing, therefore, the students were unable to apply health promotion concepts into any other nursing subjects in the following year and learning process to enhance the health promotion competencies should employ integrated learning process was suggested, 2) the teaching model of nursing to enhance the health promoting competencies of student nurses consisted of essential process which were (1) principles, (2) objectives, (3) contents, (4) instructional processes, and (5) measurements and evaluations by integrating the health promotion concepts into 19 nursing theory and practicum subjects in the nursing curriculum 2017 revised version. The results of quality investigation by experts found that the developed teaching model was appropriate at the high level.

Keywords: Student Nurses, Health Promoting Competencies

1 Director of Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit.

2 RN., Senior Professional Level. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit. E-mail: dujduean@unc.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยีส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ทำให้รูปแบบของภาระโรคเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ รวมทั้งยังมีปัญหาสุขภาพจากอุบัติเหตุ อุบัติภัย โรคจากการทำงานและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ด้วยเหตุนี้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์เร่งเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างระบบสุขภาพเชิงรุกที่มุ่งสร้างเสริมให้คนไทยทุก ช่วงวัยมีสุขภาพดี มีระบบการป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ มีการคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านสุขภาพที่ดี และมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี โดยสร้างความตระหนักรู้เพื่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบด้านสุขภาพ ส่งเสริมให้บุคคล ชุมชนและประชาชนกลุ่มต่างๆ มีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องด้านสุขภาพ มีจิตสำนึกและร่วม สร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ (Steering Committee on Formulation of 12 rd National Health development Plan, 2016)

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเพิ่มศักยภาพบุคคลในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนให้ดีขึ้น โดยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคล สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่การมีร่างกายที่แข็งแรง สภาพจิตใจที่สมบูรณ์ อายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Klunklin & Boonchiang, 2014) ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงนับว่าเป็นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรทางด้านสุขภาพในยุคปัจจุบันโดยเฉพาะพยาบาลที่ต้องมีความรู้ และสมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ที่ผ่านมาสถาบันการศึกษาของประเทศไทยที่ผลิตพยาบาลในระดับปริญญาตรีได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลหลากหลายมิติ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเพื่อประเมินสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษา ถึงแม้ว่ามีการศึกษาแนวทางการนำแนวคิดและเนื้อหาการสร้างเสริมสุขภาพไปใช้สอน หรือบูรณาการในการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต แต่ยังขาดความชัดเจนในรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่บูรณาการกับรายวิชาแต่ละรายวิชาทั้งในหมวดการศึกษาทั่วไปและหมวดวิชาชีพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ซึ่งเป็นสถาบันการศึกษาที่ผลิตบัณฑิตพยาบาลที่สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้เล็งเห็นความสำคัญในประเด็นดังกล่าว จึงได้กำหนดวิสัยทัศน์ของสถาบันไว้ว่า “สถาบันอุดมศึกษาชั้นนำในการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพชุมชนและเป็นที่ยอมรับของประเทศ”โดยที่ผ่านมาได้มีการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จำนวน 5 หน่วยกิต ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555 นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้มีการบูรณาการแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในรายวิชาทางการพยาบาลและกิจกรรมเสริมหลักสูตร แต่ยังมีข้อจำกัดเรื่องความชัดเจนในรูปแบบการจัดการเรียนการสอน

เพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านสร้างเสริมสุขภาพในรายวิชาการพยาบาลอื่นๆ ขาดการวิเคราะห์และกำหนดสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพรายชั้นปี รวมถึงในปีการศึกษา 2559 วิทยาลัยฯ ได้ปรับปรุงหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555 โดยยุบรายวิชาสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และนำเนื้อหาไปสอนในทุกรายวิชาชีพโดยเน้นประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับทุกช่วงวัยและทุกสภาวะสุขภาพ จากปัญหาที่กล่าวมาส่งผลทำให้ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ดังนั้นวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ จึงได้ศึกษารูปแบบการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่มีความชัดเจนเหมาะสมกับบริบทและสอดคล้องกับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลให้เป็นพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพประชาชนในยุคปัจจุบัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสภาพปัจจุบันของแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

2. พัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล

<u>ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง</u> แบ่งตามขั้นตอนของการศึกษาดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัจจุบันของแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญในการจัดการเรียนการสอนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 3 คน อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ จำนวน 18 คน และนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ปีการศึกษา 2559 ชั้นปีที่ 2 จำนวน 88 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 102 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 104 คน

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการจัดการเรียนการสอนและเอกสารประกอบรูปแบบ

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญในการจัดการเรียนการสอนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 3 คน

<u>เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ</u>

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัจจุบันของแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้มีดังนี้

1.1 แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้เชี่ยวชาญในการจัดการเรียนการสอนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นคำถามปลายเปิดโดย

ผู้วิจัยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แล้วนำมาสร้างกรอบในการสัมภาษณ์เชิงลึกข้อคำถามเป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบัน รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพองค์ประกอบของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพ

1.2 แนวคำถามการสนทนากลุ่มสำหรับอาจารย์พยาบาล เป็นคำถามปลายเปิด โดยผู้วิจัยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แล้วนำมาสร้างกรอบในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัจจุบันการจัดการเรียนการสอนในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพของวิทยาลัยฯ กระบวนการการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และกระบวนการแต่ละกระบวนการในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2560 ที่เห็นว่าควรนำแนวคิดด้านการสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนและกระบวนการจัดการเรียนการสอน

1.3 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการนำแนวคิดด้านการสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาทางการพยาบาล สำหรับนักศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปได้แก่ ชั้นปี อายุ เกรดเฉลี่ย และเกรดเฉลี่ยรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย และส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับการนำแนวคิดด้านการสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาทางการพยาบาล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยออกแบบสอบถามให้สอดคล้องกับการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลที่สอนในวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ข้อคำถามมีทั้งหมด 24 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) เนื้อหา 2) กระบวนการจัดการเรียนการสอน และ 3) การวัดและประเมินผล ลักษณะแบบสอบถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ คะแนน 5 รับรู้ว่ามีการนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชามากที่สุดถึง คะแนน 1 รับรู้ว่าไม่มีการนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชา

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการจัดการเรียนการสอนและเอกสารประกอบรูปแบบ เครื่องมือที่ใช้มีดังนี้ ใช้แบบประเมินรูปแบบการจัดการเรียนการสอนในการพัฒนาสมรรถนะ นักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพและเอกสารประกอบรูปแบบการจัดการเรียนการสอน แบบประเมินนี้ เป็นแบบจัดอันดับคุณภาพแบบ มาตราส่วนประมาณค่า โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ คะแนน 5 เหมาะสมมากที่สุด ถึง คะแนน 1 เหมาะสมน้อยที่สุด

<u>การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ</u>

1. แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้เชี่ยวชาญในการจัดการเรียนการสอนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดการเรียนการสอนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 3

ท่าน และแก้ไขปรับปรุง แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกตามข้อเสนอแนะ

2. แนวคำถามการสนทนากลุ่มสำหรับอาจารย์พยาบาลเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้าน การสร้างเสริมสุขภาพของวิทยาลัยฯ ในปัจจุบัน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดการเรียนการสอนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน และแก้ไขปรับปรุงแนวคำถามการสนทนากลุ่มตามข้อเสนอแนะ

3. แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการนำแนวคิดด้านการสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาทางการพยาบาล ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดการเรียนการสอนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน และหาความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์ชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 จำนวน 30 คน คำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach'sAlpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86

4. แบบประเมินรูปแบบการจัดการเรียนการสอนในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพและแบบประเมินเอกสารประกอบรูปแบบการจัดการเรียนการสอน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านหลักสูตรและการสอน และด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 3 ท่านและแก้ไขปรับปรุงแบบประเมินตามข้อเสนอแนะ

<u>การรวบรวมข้อมูล</u>

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ เพื่อขออนุญาตทำวิจัยและเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัจจุบันของแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยผู้วิจัยศึกษาจากเอกสาร ตำรา งานวิจัย และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญในการจัดการเรียนการสอนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 3 ท่าน ดำเนินการสนทนากลุ่มกับอาจารย์พยาบาลตามสาขาวิชาทางการพยาบาล ประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลกลุ่มละ 2-3 คน โดยขออนุญาตบันทึกเสียงทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม และดำเนินการเก็บข้อมูลกับนักศึกษาพยาบาลโดยใช้แบบสอบถามโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และนัดวันรับแบบสอบถามซึ่งได้รับแบบสอบถามคืนร้อยละ 100หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการจัดการเรียนการสอนและเอกสารประกอบรูปแบบ ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้ 1) สรุปข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 มากำหนดเป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบการจัดการเรียนการสอน 2) ยกร่างรูปแบบการจัดการเรียนการสอนในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยนำแนวคิดและข้อสรุปจากขั้นที่ 1 มาพิจารณาสร้างกรอบแนวคิดในการสร้างรูปแบบ3) การจัดทำเอกสารประกอบรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเป็นการเตรียมเอกสารต่างๆ เพื่อนำมาอธิบายรูปแบบการเรียนรู้ที่สร้างขึ้น เพื่อให้ผู้ที่นำ

รูปแบบการเรียนการสอนไปใช้นั้น สามารถทำความเข้าใจในองค์ประกอบและรายละเอียดของการจัดกิจกรรมตามรูปแบบได้เมื่อนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริง เอกสารประกอบรูปแบบการจัดการเรียนรู้ประกอบด้วย คำแนะนำการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้ และแผนการสอน 4) ตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการจัดการเรียนการสอน และเอกสารประกอบรูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3ท่าน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม และตอบแบบสอบถามโดยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ในการให้สัมภาษณ์ การสนทนา และการตอบแบบสอบถาม ซึ่งถ้าหากไม่ยินดีให้ข้อมูลสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยมีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณคือแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการนำแนวคิดด้านการสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาทางการพยาบาล แบบประเมินรูปแบบการจัดการเรียนการสอนในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพและแบบประเมินเอกสารประกอบรูปแบบการจัดการเรียนการสอน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพคือข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยจัดกลุ่มข้อมูลที่ได้จากคำถามปลายเปิด กำหนดประเด็นย่อยจากข้อมูล โดยพิจารณาจากข้อมูลที่กล่าวถึงคล้ายๆ กัน หรือลักษณะที่แตกต่างกันในแต่ละประเด็น และพิจารณาความเหมือน ความสัมพันธ์เพื่อจัดกลุ่มประเด็นหลัก และยืนยันความตรงของผลการวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์ร่วมระหว่างคณะผู้วิจัย

ผลการวิจัย

1. สภาพปัจจุบันของแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์พยาบาลได้ให้ความเห็นว่า การจัดการเรียนการสอนด้านการสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบันเป็นการสอนแบบแยกเป็นรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ มีจำนวน 4 หน่วยกิต และจัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 2 ซึ่งเป็นปีที่นักศึกษาเรียนเฉพาะวิชาพื้นฐานทางการพยาบาลเท่านั้น จึงทำให้นักศึกษายังไม่สามารถประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในรายวิชาทางการพยาบาลในชั้นปีที่สูงขึ้น นอกจากนี้ยังเห็นว่าการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพควรมีการกำหนดสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพรายชั้นปี และวิเคราะห์เนื้อหาหรือลักษณะรายวิชาแต่ละวิชาในหลักสูตรว่า รายวิชาใดบ้างที่สามารถนำแนวคิดและเนื้อหาด้านการสร้างเสริมสุขภาพมาจัดการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาเกิดสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพตามที่กำหนดในแต่ละชั้นปี และกระบวนการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพควรใช้กระบวนการสอนแบบบูรณาการ

2. รูปแบบการจัดการเรียนการสอนในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการ

สร้างเสริมสุขภาพ ที่พัฒนาขึ้น มีองค์ประกอบสำคัญได้แก่ หลักการ วัตถุประสงค์ เนื้อหา กระบวนการจัดการเรียนรู้ และการวัดและประเมินผล รูปแบบการจัดการเรียนการสอนเป็นแบบบูรณาการ โดยการบูรณการแนวคิดและเนื้อหาการสร้างเสริมสุขภาพในรายวิชาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติจำนวน 19 รายวิชาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560 แสดงดังภาพที่ 1

3. การตรวจสอบความเหมาะสมตามหลักการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนและการตรวจสอบความสมบูรณ์ของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนในเรื่องความสอดคล้องกันขององค์ประกอบของโครงร่างรูปแบบและเอกสารประกอบรูปแบบ พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่ารูปแบบการจัดการเรียนการสอนและเอกสารประกอบรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพในภาพรวมอยู่ในระดับมากขึ้นไปดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเหมาะสม และความสอดคล้องขององค์ประกอบของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน

รายการประเมิน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ความเหมาะสม			
1. ความเป็นมาของรูปแบบการจัดการเรียนรู้	4.43	0.79	มาก
2. แนวคิดพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน	4.29	0.53	มาก
3. หลักการ	4.57	0.53	มากที่สุด
4. วัตถุประสงค์	4.71	0.38	มากที่สุด
5. เนื้อหา	4.57	0.79	มากที่สุด
6. กระบวนการจัดการเรียนรู้	4.43	0.38	มาก
7. การวัดและประเมินผล	4.43	0.95	มาก
โดยรวม	**4.49**	**0.62**	มาก
ความสอดคล้อง			
1. ความสอดคล้องของหลักการกับวัตถุประสงค์ของรูปแบบ	4.29	0.49	มาก
2. ความสอดคล้องของหลักการกับเนื้อหาของรูปแบบ	4.57	0.79	มากที่สุด
3. ความสอดคล้องของหลักการกับกระบวนการจัดการเรียนการสอนของรูปแบบ	4.29	0.95	มาก
4. ความสอดคล้องของหลักการกับการวัดและประเมินผลของรูปแบบ	4.86	0.38	มากที่สุด
5. ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์กับเนื้อหาของรูปแบบ	4.57	0.53	มากที่สุด
6. ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์กับกระบวนการจัดการ	4.29	0.53	มาก

รายการประเมิน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
เรียนการสอนของรูปแบบ			
7. ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์กับการวัดและประเมินผลของรูปแบบ	4.57	0.76	มากที่สุด
8. ความสอดคล้องของเนื้อหากับกระบวนการจัดการเรียนการสอนของรูปแบบ	4.29	0.53	มาก
9. ความสอดคล้องของเนื้อหากับการวัดและประเมินผลของรูปแบบ	4.43	0.76	มาก
10. ความสอดคล้องของกระบวนการจัดการเรียนการสอนกับการวัดและประเมินผลของรูปแบบ	4.71	0.79	มากที่สุด
โดยรวม	**4.49**	**0.65**	มาก

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเหมาะสมของเอกสารประกอบรูปแบบการจัดการเรียนการสอนในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน

รายการประเมิน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ความเหมาะสมของคำแนะนำการใช้รูปแบบ			
1. รายละเอียดในคำแนะนำการใช้รูปแบบมีความชัดเจนเพียงพอที่จะนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้ไปใช้อย่างได้ผล	4.43	0.79	มาก
2. แนวทางในการศึกษาเอกสารก่อนการสอนแสดงถึงความคาดหวังที่ต้องการให้เกิดกับผู้ที่ศึกษาคำแนะนำ	4.29	0.76	มาก
3. อย่างชัดเจนรายละเอียดในคำแนะนำการใช้รูปแบบบอกเกี่ยวกับการจัดเตรียมสิ่งที่จำเป็นในการจัดกิจกรรมอย่างครบถ้วน	4.57	0.53	มากที่สุด
4. ภาพรวมของการวัดและประเมินผลมีความชัดเจน	4.29	0.49	มาก
5. การสรุปเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องจัดเตรียมสำหรับการวัดและประเมินผลมีความชัดเจน ง่ายต่อการเตรียม	4.57	0.49	มากที่สุด
6. การกล่าวถึงวิธีการคิดคะแนน การพิจารณาตัดสินผลการเรียนรู้ชัดเจน เข้าใจง่าย	4.43	0.38	มาก

รายการประเมิน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
7. ข้อเสนอด้านบทบาทผู้สอน บทบาทผู้เรียน และการจัดสภาพการจัดการเรียนรู้มีความชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติได้	4.57	0.76	มากที่สุด
โดยรวม	**4.45**	**0.60**	มาก
ความเหมาะสมของแผนการสอน			
1. การกำหนดองค์ประกอบของแผนการสอน (ภาพรวม)	4.45	0.98	มาก
2. องค์ประกอบของแผนการสอน (แต่ละองค์ประกอบ)			
2.1 แนวคิดสำคัญ	4.45	0.79	มาก
2.2 จุดประสงค์	4.57	0.49	มากที่สุด
2.3 เนื้อหา	4.43	0.38	มาก
2.4 กิจกรรมการจัดการเรียนรู้	4.43	0.53	มาก
2.5 สื่อการสอน	4.29	0.53	มาก
2.6 การวัดและประเมินผล	4.29	0.98	มาก
โดยรวม	**4.42**	**0.67**	**มาก**

การอภิปรายผล

1. การจัดการเรียนการสอนด้านการสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบันเป็นการสอนแบบแยกเป็นรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ มีจำนวน 4 หน่วยกิต และจัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 2 ซึ่งเป็นปีที่นักศึกษาเรียนเฉพาะวิชาพื้นฐานทางการพยาบาลเท่านั้น จึงทำให้นักศึกษายังไม่สามารถประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในรายวิชาทางการพยาบาลในชั้นปีที่สูงขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในรายวิชาสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยตามหลักสูตรเดิม (หลักสูตรพยาบาลศาตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555) จะเน้นการส่งเสริมสุขภาพในระดับบุคคลเท่านั้น ยังไม่ครอบคลุมถึงการสร้างเสริมสุขภาพระดับครอบครัวและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับ อารีวรรณ กลั่นกลิ่น และวราภรณ์ บุญเชียง ((Klunklin & Boonchiang, 2014) ที่แบ่งบทบาทของพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพออกเป็น 3 ระดับคือ การสร้างเสริมสุขภาพระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับชุมชน นอกจากนี้ยังพบว่ากระบวนการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพควรใช้กระบวนการสอนแบบบูรณาการ ซึ่งสอดคล้องกับจอนพะจง เพ็งจาด และเต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์ (Phengjard & Boonpiamsak, 2013) ที่กล่าวว่าการบูรณาการแนวคิดด้านการสร้างเสริมสุขภาพในการสอนรายวิชาทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจะเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาความรู้และทักษะทางการพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษา

2. รูปแบบการจัดการเรียนการสอนในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ที่พัฒนาขึ้น มีองค์ประกอบสำคัญได้แก่ 1) หลักการ 2) วัตถุประสงค์ 3) เนื้อหา 4) กระบวนการจัดการเรียนรู้ และ 5) การวัดและประเมินผล ซึ่งรูปแบบการจัดการเรียนการ

เรียนการสอนได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยมีแนวคิดทฤษฎีและผลการวิจัยเป็นแนวทางในการพัฒนา และผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดการเรียนการสอนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้มั่นใจได้ว่ารูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของรูปแบบได้ซึ่งสอดคล้องกับดุจเดือน เขียวเหลือง (Khiaolueang, 2013) และแนวคิดของจอยซ์และเวลส์ (Joyce & Weil, 2000) ที่กล่าวว่าองค์ประกอบของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนควรประกอบไปด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของรูปแบบ แนวคิดทฤษฎีที่ใช้เป็นฐานในการพัฒนาหลักการของรูปแบบ หลักการของรูปแบบ วัตถุประสงค์ของรูปแบบ เนื้อหา/สาระการเรียนรู้ กระบวนการจัดการเรียนรู้ตามรูปแบบ: ขั้นตอนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ระบบสังคม หลักปฏิสัมพันธ์ ระบบสนับสนุน ผลที่เกิดกับผู้เรียน และการนำรูปแบบไปใช้ และเป็นไปตามแนวคิดของ ทิศนา แขมมณี (Kaemanee, 2009) ที่กล่าวว่ารูปแบบการเรียนการสอนคือแบบแผนการดำเนินการสอนที่ได้รับการจัดเป็นระบบสัมพันธ์สอดคล้องกับทฤษฎี/หลักการการเรียนรู้หรือการสอนที่รูปแบบนั้นยึดถือ และได้รับการพิสูจน์ ทดสอบว่ามีประสิทธิภาพสามารถช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามจุดมุ่งหมายของรูปแบบนั้นๆ ซึ่งแต่ละองค์ประกอบของรูปแบบมีรายละเอียดดังนี้

1.1 หลักการของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพมุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยผ่านการเรียนรู้ในรายวิชาจำนวน 19 รายวิชา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560 เพื่อให้ผู้เรียนสามารถให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชนอย่างมีคุณภาพและตอบสนองกับความต้องการของระบบสุขภาพในปัจจุบันและเป็นไปตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล ที่ได้เสนอสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพ และสมรรถนะหลักของผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งข้อที่ 3 ว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพบุคคล ครอบครัวกลุ่มคนและชุมชนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย และลดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคและเกิดความเจ็บป่วย (Boontong, 2001) และสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติที่ให้ความสำคัญกับการปฏิรูปด้านสุขภาพเพื่อให้คนไทยทุกช่วงวัยมีสุขภาพแข็งแรง สร้างความตระหนักรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบ ทางด้านสุขภาพ ส่งเสริมให้บุคคลชุมชนกลุ่มต่างๆมีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องด้านสุขภาพ โดยการพัฒนาระบบสุขภาพเชิงรุกโดยการส่งเสริมสุขภาพ (Steering Committee on Formulation of 12rd National Health development plant, 2016)

1.2 วัตถุประสงค์ของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนจะมุ่งเน้นเพื่อการพัฒนาสมรรถนะผู้เรียนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ2) สมรรถนะด้านการปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 3) สมรรถนะด้านการบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ 4) สมรรถนะด้านการการสร้างภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ และ 5) สมรรถนะด้านการการวิจัยและการจัดการความรู้เป็นไปตามกรอบแนวคิดการวิจัยของศิริพร ขัมภลิขิต และคณะ (Khampalikit et.al, 2008) ที่พัฒนามาจากยุวดี

ฤาชา และคณะซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าครอบคลุมทุกประเด็นของการพัฒนาสมรรถนะสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2560 เพื่อให้จบไปเป็นพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและความเจ็บป่วยในผู้ใช้บริการทั้งสุขภาพดี อยู่ในภาวะสี่ยงและเจ็บป่วย สามารถดูแลตนพึ่งตนเองได้ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนได้

1.3 เนื้อหาของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย สุขภาพแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพบุคคลตามวัย การสร้างเสริมสุขภาพในครอบครัวและการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มคนและชุมชน ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาจากเอกสาร ตำรา งานวิจัย สนทนากลุ่มกับอาจารย์พยาบาล และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญในการจัดการเรียนการสอนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยพิจารณาความครอบคลุมตามสมรรถนะที่ต้องการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับ ศิริพร ขัมภลิขิต และจุฬาลักษณ์ บารมี (Khampalikit & Baramee, 2012) ที่ได้นำเสนอเนื้อหาในคู่มือการสอนการสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตไว้ 5 หน่วย ได้แก่ หน่วยที่ 1 หลักการและกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ หน่วยที่ 2 ประเด็นสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ หน่วยที่ 3 การสร้างเสริมสุขภาพตามวัย หน่วยที่ 4 การสร้างเสริมสุขภาพในครอบครัวและการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนและโรงเรียน

1.4 กระบวนการจัดการเรียนการสอนเป็นการบูรณาการแนวคิดด้านการสร้างเสริมสุขภาพกับรายวิชาหมวดการศึกษาทั่วไป 3 รายวิชา ได้แก่ วิชาโภชนาการ วิชากีฬาและการออกกำลังกาย และวิชาพฤติกรรมมนุษย์ รายวิชาหมวดวิชาชีพเฉพาะ จำนวน 16 รายวิชา ได้แก่ วิชาสารสนเทศทางการพยาบาล การสอน และให้คำปรึกษาทางสุขภาพ วิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคทางการพยาบาล 1 วิชานวัตกรรมทางการพยาบาล วิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 วิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 วิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 วิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 วิชาการพยาบาลชุมชน 1 วิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชน 1 วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช วิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ วิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ และวิชาวิจัยทางการพยาบาลทั้งนี้เนื่องจากในหลักสูตรพยาบาลศาตรบัณฑิตหลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560 ไม่มีรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพที่แยกออกมาต่างหาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพกับลักษณะรายวิชาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2560ซึ่งพบว่ามีจำนวน 19 รายวิชา ในหมวดการศึกษาทั่วไปและหมวดวิชาชีพเฉพาะทั้งรายวิชาทางการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่สามารถนำเนื้อหาการสร้างเสริมสุขภาพที่กำหนดไว้ในรูปแบบมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนตามลักษณะรายวิชานั้นๆ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับจอนพะจง เพ็งจาด และเต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์ (Phengjard & Boonpiamsak, 2013) ที่กล่าวว่ารายวิชาทฤษฎีอย่างเดียว จะไม่สามารถทำให้

นักศึกษาเกิดทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้ แต่ต้องให้นักศึกษาได้มีการปฏิบัติจริงจึงจะเกิดสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพตามที่คาดหวังไว้

1.5 การวัดและประเมินผลของรูปแบบการจัดการเรียนการสอน จะประเมินสมรรถนะนักศึกษาตามสมรรถนะนักศึกษาในแต่ละรายชั้นปี ครอบคลุมสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ด้าน ตามวัตถุประสงค์ของรูปแบบ ได้แก่ 1) ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ2) ด้านการปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 3) ด้านการบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ 4) ด้านการการสร้างภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ และ 5) ด้านการการวิจัยและการจัดการความรู้จากการสอบถามการรับรู้ในเรื่องการจัดการเรียนการสอนด้านการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพบว่า ด้านที่นักศึกษารับรู้ต่ำที่สุดคือด้านการประเมินผลการเรียนรู้และจากการสนทนากลุ่มกับอาจารย์พยาบาล และสัมภาษณ์ผู้เชียวชาญ เห็นว่าการประเมินผลสมรรถนะด้านสร้างเสริมสุขภาพควรประเมินตามผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcome: LO) ของรายวิชาที่มีอยู่ โดยวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพที่ต้องการในแต่ละชั้นปีกับผลลัพธ์การเรียนรู้ในรายวิชาที่เรียนในปีนั้นๆ ไม่ควรเพิ่มผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในรายวิชาขึ้นมาต่างหาก และนอกจากนี้ควรมีการกำหนดสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพรายชั้นปีเพื่อให้เกิดความชัดเจนในขั้นตอนการประเมินผลการจัดการเรียนการสอนตามรูปแบบ

3. ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่ารูปแบบการจัดการเรียนการสอน และเอกสารประกอบรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพในภาพรวมอยู่ในระดับมากขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างของประชากร พฤติกรรมสุขภาพและปัญหาระบบสุขภาพของประเทศไทย โดยเฉพาะการปฏิรูประบบสุขภาพตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 ที่มีการกำหนดยุทธศาสตร์เร่งเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก เพื่อสร้างระบบสุขภาพเชิงรุกที่มุ่งสร้างเสริมให้คนไทยทุกช่วงวัยมีสุขภาพดี (Steering Committee on Formulation of 12rd National Health development Plan, 2016) และสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ที่มุ่งเป็นสถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาลให้มีสมรรถนะด้านสร้างเสริมสุขภาพเป็นที่ยอมรับในระดับชาติ ดังนั้นจึงทำให้มั่นใจได้ว่ารูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นมีประโยชน์และตอบสนองความต้องการของสถาบัน สังคม และประเทศชาติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. รูปแบบการจัดการเรียนการสอนในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ น่าจะเป็นทางเลือกให้สถาบันการศึกษาด้านการพยาบาลนำไปพัฒนาสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่นักศึกษาพยาบาล โดยนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามบริบทของรายวิชาและกลุ่มผู้เรียน

2. ควรมีการจัดประชุมอาจารย์พยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้าใจและชี้แจงการนำรูปแบบ และเอกสารประกอบรูปแบบไปใช้ โดยเฉพาะขั้นตอนของการวัดและประเมินผล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพในครั้งนี้ โดยการนำไปใช้จัดการเรียนการสอนและประเมินสมรรถนะด้านสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในแต่ละชั้นปี

2. ควรมีการศึกษาความคงอยู่ของสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยการวิจัยเชิงคุณภาพ เมื่อนักศึกษาอยู่ในชั้นปีที่สูงขึ้น

Reference

Boontong T. (2001). Core competencies of registered nurse and midwifery. proceeding of seminar on 3rd national nursing education: development in undergraduate nursing education for health care reform in Thailand; 2001 July 23-25; Emerald hotel, Bangkok: faculty of nursing Mahidol university; 2001. P. 43 - 49. (in Thai)

Joyce, B. and Weil, M. (2000). Models of teaching (6thed). Boston: Allyn and Bacon.

Kaemanee T. (2009). Instructional science knowledge in order to provide and efficiency learning process. 9 th. edition. Bangkok: Chulalongkorn university. (in Thai)

Khampalikit S. & Baramee J. (Eds.). (2012). Health promotion instruction guide in curriculum of nursing. Khonkaen: faculty of Khonkaen university. (in Thai)

Khampalikit S. et al. (2008). An evaluation of health promotion competencies of undergraduate nursing students. Thai journal of nursing council, 23(3), 85-95. (in Thai)

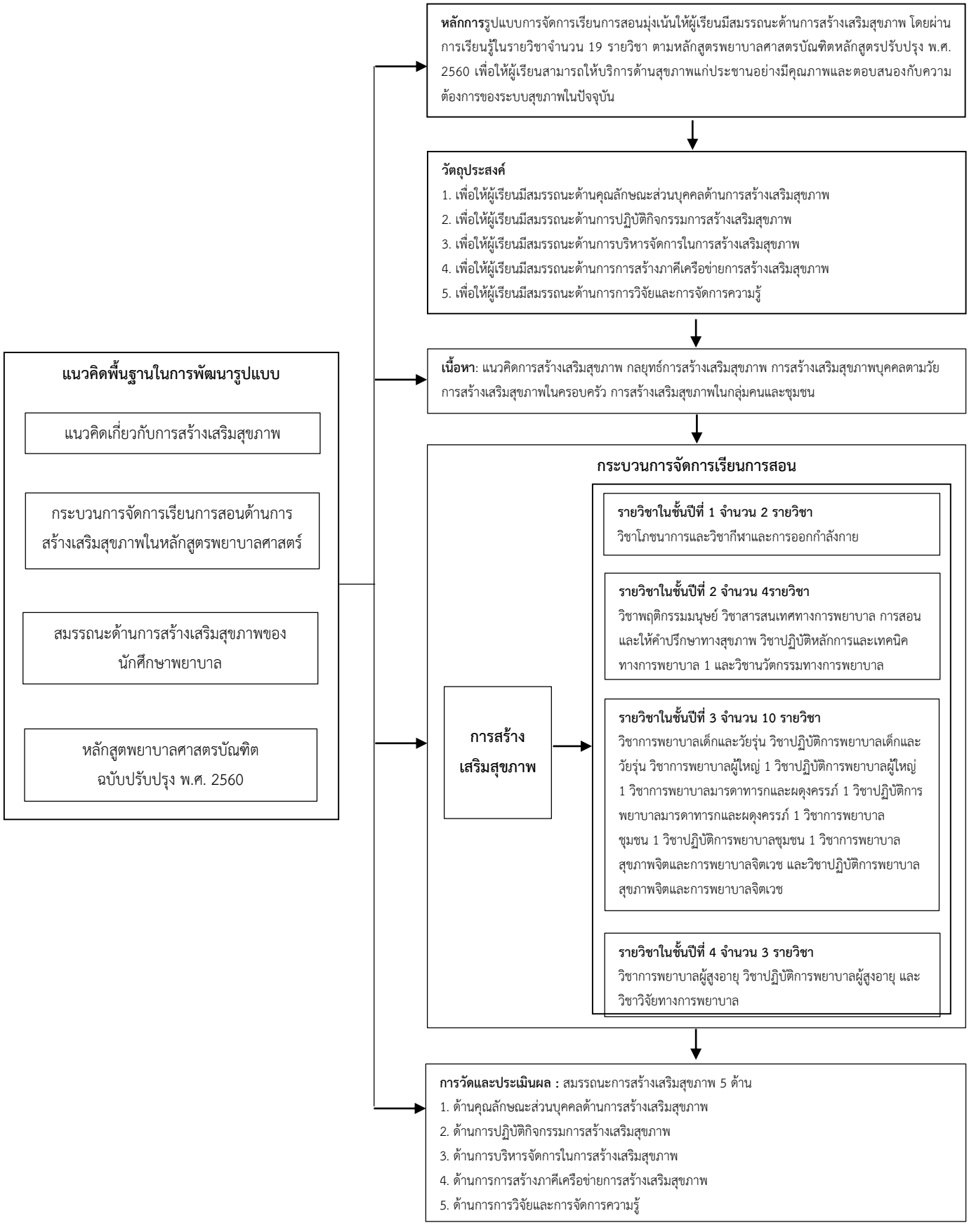
Khiaolueang D. (2013). The development of the thought reflection learning model to enhance ethical decision - making in nursing for student Nursing (doctoral dissertation). Phitsanulok: Naresuan university. (in Thai)

Klunklin A. & Boonchiang W. (2014). health promotion and disease prevention. Chaingmai: Siam Nana Canning. (in Thai)

Phengjard J. & Boonpiamsak T. (2013). Integration of health promotion in teaching of nursing subjects: theory and practicum. Journal of nursing science & health, 36(1), 82-91. (in Thai)

Steering committee on formulation of 12 rd national health development plan, ministry of public health Thailand. (2016). The 12rd national health development plan. (A.D. 2017-2021). Retrieved from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/HealthPlan12_2560_2564.pdf. (in Thai)

ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดการเรียนการสอนในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาล ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ



ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน : ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสารกลุ่มที่	สาขา
1	วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา	0859-4562	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา	1	วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
นครราชสีมา

วารสาร
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
The Journal of Boromarajonani College of Nursing Nakhonratchasima

ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2561 : http://journal.knc.ac.th

- ปริมาณโซเดียมในอาหารยอดนิยมภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศ
- พลังงานและสารอาหารที่ได้รับระหว่างตั้งครรภ์ของหญิงไทย กรณีศึกษา ณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
- ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท
- ความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีการทางการเคลื่อนไหวของญาติผู้ดูแล ในตำบลกระแซง อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ
- ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการร้องเพลงต่อการชยายทรวงอกและปริมาตรปอดในผู้สูงอายุ
- ศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อ การดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
- ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
- การกระตุ้นพฤติกรรมในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า: มุมมองทาง สมองและประสาทวิทยา
- การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทชายที่มีคุณค่าในตนเองต่ำ



ISSN-0859-4562

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

นิพร ขัดตา, พย.ม.[1]
ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ, Ph.D.[2]
อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ, Ph.D.[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยนำแนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพา (Dependent care agency) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 85 คน เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกไตเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำปาง เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามรางวัลที่ได้จากการดูแล แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว แบบวัดภาระการดูแล และแบบวัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาระการดูแลในระดับต่ำถึงปานกลาง และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล ($r = .479$, $p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -.334$, $p < .01$) การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล ($r = -.420$, $p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .451$, $p < .01$) รางวัลที่ได้จากการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล ($r = -.185$, $p > .05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .512$, $p < .01$) การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล ($r = -.349$, $p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .432$, $p < .01$) ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -.524$, $p < .01$) และระยะเวลาการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลและคุณภาพชีวิต ($r = -.042$, $r = .117$, $p > .05$ ตามลำดับ) ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมญาติผู้ดูแล ช่วยลดภาระการดูแล และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

คำสำคัญ: ภาระการดูแล, ญาติผู้ดูแล, คุณภาพชีวิต, การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

---

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะ แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล(Corresponding author) E-mail: kanitha.han@mahidol.ac.th

3ผู้ช่วยศาสตราจารย์โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Received: January 3, 2018; Revised: March 5, 2018; Accepted: April 8, 2018

Relationships among Selected factors, Caregiving Burden, and Quality of life of Caregivers of Persons Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

Niporn Khatta, M.N.S.[1]
Kanitha Hanprasitkam, Ph.D.[2]
Apinya Siripitayakunkit, Ph.D.[3]

Abstract

This descriptive correlational study aimed to explore the relationship between selected factors on caregiver burden and the quality of life of caregivers of people undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). Dependent Care Agency was used to guide this study. Eighty-five caregivers of persons undergoing CAPD at Renal clinic, Lampang hospital were purposively selected in this study. The demographic data, Reward of Caregiving Scale, the Family APGAR Questionnaire, Zarit Burden Interview and the Quality of Life Questionnaire were utilized to collect data in this study. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient and Spearman's Rho correlation coefficient. The results showed that the perception of caregiving burden was at mild to moderate, and quality of life (QOL) was at moderate. Age of caregivers was positively related to caregiving burden ($r = .479$, $p < .01$), and negatively related to QOL ($r = -.334$, $p < .01$). Health status was negatively related to caregiving burden ($r = -.420$, $p < .01$), and positively related to QOL ($r = .451$, $p < .01$). Reward of care giving was not related to caregiving burden ($r = -.185$, $p > .05$), and positively related to QOL ($r = .512$, $p < .01$). Family support was negatively related to caregiving burden ($r = -.349$, $p < .01$), and was positively related to QOL ($r = .432$, $p < .01$). Duration of care was not related to caregiving burden and QOL ($r = -.042$, $r = .117$, $p > .05$) respectively. Caregiving burden was negatively related to QOL ($r = -.524$, $p < .01$). The results of the study can be used as a basis for the intervention such as formulating recommendations and supporting the caregivers in order to decrease caregiver burden and increase the QOL of caregivers.

Key words: Caregiving burden, Caregivers, QOL, CAPD

[1] Lecturer, Master's Student, Master of Nursing Program (Adult Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

[2] Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, (Corresponding author) E-mail: kanitha.han@mahidol.ac.th

[3] Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Received: January 3, 2018; Revised: March 5, 2018; Accepted: April 8, 2018

24 2.indd 109 17/12/2561 15:39:57

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ในระยะแรกจะยังไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจและตระหนักในการดูแลตนเอง นำไปสู่การเกิดภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage kidney disease: ESRD) ส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถกำจัดของเสียได้ ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการปลูกถ่ายไต (ฐานา ธรรมคุณ, พิมพ์สุรางค์ สุวรรณเจริญ และทรัพย์ทวี ทรัพย์มาก, 2557) ซึ่งจากนโยบาย “PD first policy” ของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพทุกรายรับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องเป็นวิธีแรก โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา เน้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตด้วยตนเองที่บ้าน จะเห็นได้ว่าวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) เป็นวิธีการรักษาที่นิยมใช้เพิ่มขึ้น จากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการทำ CAPD ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่าในปีพ.ศ. 2551 มีจำนวนผู้รักษาด้วย CAPD 2,760 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 6,829 ราย, 12,150 ราย และ 21,402 ราย ในปี พ.ศ. 2553, 2555, และ 2557 ตามลำดับ (Thai Nephrology Society of Thailand, 2014) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งหากผู้ป่วยเหล่านี้อยู่ในวัยผู้สูงอายุ หรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว การรู้คิด การตัดสินใจ หรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ย่อมทำให้ไม่สามารถปฏิบัติการล้างไตได้ด้วยตนเอง ญาติผู้ดูแลจึงต้องเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการล้างไตทางช่องท้องแทน จากความซับซ้อนของขั้นตอนในการปฏิบัติและการดูแลอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแล และทำให้รู้สึกเป็นภาระที่หนักในการดูแลผู้ป่วย

ภาระการดูแล (caregiving burden) เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย-จิตใจ-สังคม ที่เป็นผลจากความไม่สมดุลระหว่างความต้องการในการดูแลกับบริบทต่าง ๆ ได้แก่ เวลาส่วนตัว บทบาททางสังคม ภาวะสุขภาพและอารมณ์ แหล่งสนับสนุนทางการเงิน ซึ่งเป็นผลจากการดูแลโดยตรง (Alnazly & Samara, 2014) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย และจากการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านการเงิน ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สุขภาพร่างกาย และจิตใจ ทำให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลที่มากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล (Tong, Sainsbury, & Craig, 2008) การลดความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลนั้นต้องมีการเตรียมญาติผู้ดูแลตั้งแต่ระยะแรก นอกจากการเตรียมญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้องจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระการดูแลแล้ว ยังพบว่าปัจจัยคัดสรรของญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการดูแล การรับรู้ภาวะสุขภาพ รางวัลที่ได้จากการดูแล และการสนับสนุนจากครอบครัว อาจมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ดังนี้

1) อายุ เนื่องจากอายุของญาติผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้น จะเกิดความเสื่อมของร่างกายตามวัย ที่ส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วย และคุณภาพการดูแล มีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้ (Jeong, Jeong, Dim, & Kim, 2015; Shimoyama et al., 2003) 2) ระยะ

เวลาการดูแล จากที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลายาวนานและภาระงานที่มาก ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีอาการเหนื่อย สูญเสียพลังงานจากการดูแล รู้สึกอ่อนล้าหมดแรงซึ่งสัมพันธ์กับการรับรู้ความเครียดจากบทบาทของญาติผู้ดูแล มีเวลาในการดูแลตนเองลดลง ทำให้รับรู้ภาระการดูแลที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลตามมา (Samartkit, Kasemkitvattana, Thosingha, & Vorapongsathorn, 2010) จากการศึกษาของ Salama และ El-Soud (2012) ก็พบว่า ระยะเวลาการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีบางการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการดูแลกับภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลทั้งในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (สุธิสา เต็มทับ, 2548) และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เอมิกา กลยนี, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, และอารีย์ วรรณ อ่อมตานี, 2558) 3) การรับรู้ภาวะสุขภาพญาติผู้ดูแลที่รับรู้ภาวะสุขภาพร่างกายไม่ดี จะรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยที่สูงขึ้น และรับรู้คุณภาพชีวิตลดลง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยทำให้ญาติผู้ดูแลไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง การพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความเครียด ความรู้สึกด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วย รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ จะทำให้รับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น ผลการศึกษาสอดคล้องกันทั้งในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Jeong et al, 2015) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เอมิกา กลยนี และคณะ, 2558) 4) รางวัลที่ได้จากการดูแล เป็นทัศนคติ ความรู้สึกด้านบวกที่เกิดขึ้นระหว่างสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล (Archbold et al., 1995) การรับรู้ความรู้สึกของรางวัลที่ได้จากการดูแลจะเป็นตัวช่วยผ่อนคลายความรู้สึกในด้านลบ และความรู้สึกเป็นภาระการดูแล ช่วยทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกผาสุกระหว่างการดูแลผู้ป่วย (Rattanasuk, Nantachaipan, Sucamvang, & Moongtui, 2013) ญาติผู้ดูแลที่มีการรับรู้เกี่ยวกับรางวัลที่ได้จากการดูแลในระดับสูง จะรับรู้ภาระการดูแลในระดับต่ำและมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี และ 5) การสนับสนุนจากครอบครัว การได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอจะทำให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยน้อย เพราะครอบครัวจะช่วยสนับสนุนญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา สถานการณ์ความเครียด และภาวะทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงขณะการดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่รู้สึกโดดเดี่ยวในการดูแลผู้ป่วย (Rattanasuk et al., 2013) รับรู้ภาระการดูแลในระดับน้อยหรือรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยไม่ได้เป็นภาระ ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยาวนานส่งผลต่อการรับรู้ความรู้สึกเกี่ยวกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ซึ่งการศึกษาของประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนเกี่ยวกับการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง และยังไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรของญาติผู้ดูแลกับการรับรู้ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับภาระการดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติ

ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสนับสนุนและส่งเสริมบทบาทญาติผู้ดูแล ช่วยลดภาระการดูแลและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรของญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการดูแล การรับรู้ภาวะสุขภาพ รางวัลที่ได้จากการดูแล และการสนับสนุนจากครอบครัว กับภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

สมมติฐานการวิจัย

1) อายุ และระยะเวลาการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

2) อายุ และระยะเวลาการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

3) การรับรู้ภาวะสุขภาพ รางวัลที่ได้จากการดูแล และการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

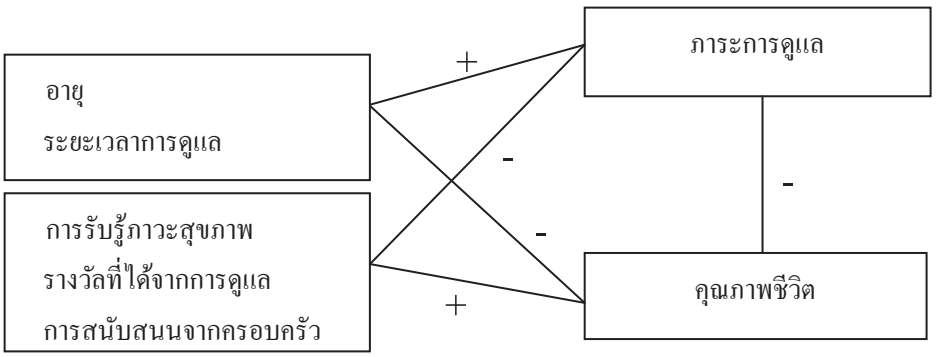
4) การรับรู้ภาวะสุขภาพ รางวัลที่ได้จากการดูแล และการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

5) ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดมโนทัศน์ความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพา (dependent care agency) และปัจจัยพื้นฐานของโอเร็ม (Orem, 2001; 285) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาระการดูแล (caregiving burden) และคุณภาพชีวิต (Quality of life) ของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เมื่อบุคคลมีปัญหาสุขภาพ หรือมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ไม่สามารถตอบสนองการดูแลตนเองได้ ต้องการบุคคลอื่นหรือสมาชิกในครอบครัวเพื่อกระทำการดูแลทดแทนให้ โอเร็ม (Orem, 2001) เรียกบุคคลที่ต้องดูแลผู้ต้องการพึ่งพาว่า dependent care agent ซึ่งบุคคลที่ต้องดูแลผู้ต้องการพึ่งพาหรือญาติผู้ดูแลต้องมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพา (dependent care agency) เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและคงไว้ซึ่งระบบการดูแลตนเองและบุคคลที่พึ่งพาอย่างต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลแก่ผู้ป่วยนั้นต้องรับบทบาท 2 ส่วน (dual roles) ทั้งการดูแลตนเองและการดูแลผู้ป่วย เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี (Orem, 2001; 285) ความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพามีความสัมพันธ์กับปัจจัยพื้นฐานของญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะ

สุขภาพ ระบบครอบครัว แหล่งประโยชน์ และระบบบริการสุขภาพ (Orem, 2001) หากความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาไม่เพียงพอหรือยังไม่ได้พัฒนา ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องใช้เวลาและความพยายามหรือมีความยากลำบากในการดูแลผู้ต้องพึ่งพาสูง ทำให้รู้สึกเป็นภาระการดูแลได้ มีผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วย และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research design) ระหว่างปัจจัยคัดสรร ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกไตเสื่อม โรงพยาบาลลำปาง เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกไตเสื่อม โรงพยาบาลลำปาง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญโดยเจาะจงคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นญาติผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกของครอบครัวผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง 2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน และ 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และยินดีเข้าร่วมงานวิจัย และตามเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นญาติผู้ดูแลรองผู้ดูแลชั่วคราว หรือไม่ได้อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย 2) อายุน้อยกว่า 18 ปี 3) มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 3 เดือน และ 4) ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power กำหนดค่าความเชื่อมั่น (Confidence level) เท่ากับ 95% ($\bar{x}$=.05) ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) เท่ากับ .80 ขนาดของอิทธิพล (Effect size) พิจารณาจากงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร (อายุ ระยะเวลาการดูแล การรับรู้ภาวะสุขภาพ รางวัล

ที่ได้จากการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว) กับภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบค่าความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง r = -0.330 ถึง -0.554 ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันขนาดปานกลางเท่ากับ 0.30 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 84 คน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 85 คน

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังได้รับอนุมัติการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของคณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (เลขที่โครงการ ID 02-60-59ย) และของโรงพยาบาลลำปางเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้ การยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัยไม่มีผลต่อการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมวิจัย ให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับ ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาไม่ว่าด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ได้

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องอย่างต่อเนื่อง ที่พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง ระยะเวลาในการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องอย่างต่อเนื่อง ที่พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วย บุคคลอื่นในครอบครัวที่ต้องให้การดูแล ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย และให้ญาติผู้ดูแลประเมินภาวะสุขภาพถามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณเชิงเส้นตรง โดยมีเลขกำกับจาก 0-10 โดย 0 หมายถึง สุขภาพไม่ดีเลย จนถึง 10 หมายถึง สุขภาพดีมาก

3. แบบสอบถามรางวัลที่ได้จากการดูแล (Rewards of caregiving scale) ฉบับภาษาไทย ของนิภาวรรณ สามารถกิจ และคณะ (Samartkit et al., 2010) จำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 คือไม่เคยเลย หมายถึง รู้สึกไม่เคยได้รับรางวัลจากการดูแลเลย จนถึง 4 คือ ได้รับมากมาย หมายถึง รู้สึกได้รับรางวัลจากการดูแลมาก คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง การรับรู้รางวัลที่ได้จากการดูแลในระดับสูง มีการนำไปใช้ทั้งในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมอง (Samartkit et al., 2010) และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของไขสันหลัง (Rattanasuk et al., 2013) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .93 และ .91

4. แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว (The Family APGAR Questionnaire) ฉบับภาษาไทยของพรทิพย์ มาลาธรรม (Malathum, 2001) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 คือ ไม่เคยพึงพอใจ หมายถึง รู้สึกไม่เคยพึงพอใจต่อการสนับสนุนจากครอบครัวเลย จนถึง 4 คือ พึงพอใจมาก หมายถึง รู้สึกพึงพอใจต่อการสนับสนุนจากครอบครัวมาก มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน โดยมีการแบ่งช่วงคะแนนเป็น 0-6 คะแนน หมายถึง รู้สึกพึงพอใจต่อการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับต่ำ 7-13 คะแนน หมายถึง รู้สึกพึงพอใจต่อการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับปานกลาง และ 14-20 คะแนน หมายถึง รู้สึกพึงพอใจต่อการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง มีการนำไปใช้ในญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยโรคเรื้อรังได้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ .80 (พรทิพย์ มาลาธรรม, ปิยนันท์ พรหมคง, และประคอง อินทรสมบัติ, 2552)

5. แบบวัดภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Zarit burden Interview) เป็นการประเมินความรู้สึกด้านลบ และทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ของญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ที่เป็นผลมาจากการให้การดูแลบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง จำนวน 22 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 คือ ไม่เห็นด้วย หมายถึง รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยไม่ได้เป็นภาระ จนถึง 4 คือ เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง รู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระมากที่สุด มีคะแนนรวมทั้งหมดตั้งแต่ 0-88 คะแนน โดยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 0-20 คะแนน หมายถึง การรับรู้ภาระการดูแลระดับต่ำ หรือรับรู้ว่าไม่ได้เป็นภาระ 21-40 คะแนน หมายถึง การรับรู้ภาระการดูแลระดับต่ำถึงระดับปานกลาง 41-60 คะแนน หมายถึง การรับรู้ภาระการดูแลระดับปานกลางถึงระดับสูง และ 61-88 คะแนน หมายถึง การรับรู้ภาระการดูแลระดับสูง มีการนำไปใช้ทั้งในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เขมณัฏฐ์ ศรีพรหมภัทร์, 2558) และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อนุสรณ์ แน่นอุดร, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์, 2559) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .92 และ .91

6. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (World Health Organization Quality of Life – BREF: WHOQOL-BREF) เป็นการประเมินการรับรู้การเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่เป็นผลมาจากการให้การดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวนทั้งหมด 26 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ ไม่เลย หมายถึง รู้สึกไม่พอใจมาก หรือแย่มาก จนถึง 5 คือ มากที่สุด หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก คะแนนรวมทั้งหมด 26-130 คะแนน แบ่งช่วงคะแนนเป็น 26-60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 61-95 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง และ 96-130 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการนำไปใช้ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม, ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์, และมณีรัตน์ พราหมณี, 2557) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .91

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การศึกษานี้มีการหาคุณภาพของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้ในญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง และนำมาใช้กับการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคของแบบสอบถามรางวัลที่ได้จากการดูแล (Rewards of caregiving scale) แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว (The Family APGAR Questionnaire) แบบวัดภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Zarit burden Interview) และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (World Health Organization Quality of Life – BREF: WHOQOL-BREF) เท่ากับ .89, .84, .92 และ .91 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. แนะนำตัว ขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยนอกอายุรกรรมคลินิกโรคไตเสื่อม เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกช่วยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างก่อนล่วงหน้า และพาผู้วิจัยไปพบกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือญาติผู้ดูแล เมื่อญาติผู้ดูแลตกลงเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในใบยินยอม

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างขณะรอผู้ป่วยเข้าตรวจ หรือหลังจากที่ผู้ป่วยเข้าตรวจเสร็จเรียบร้อยแล้ว ในห้องสัมภาษณ์ที่มีลักษณะเป็นส่วนตัว ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที

3. ผู้วิจัยให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างว่าข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และการวิเคราะห์ข้อมูลจะอยู่ในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบการตรวจรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ

4. ผู้วิจัยมอบของที่ระลึกแก่กลุ่มตัวอย่างหลังจากตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นแล้ว

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและลงรหัสข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ด้วยสถิติบรรยาย (Descriptive) (ความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) วิเคราะห์ข้อมูลคัดสรรและข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยคัดสรรของญาติผู้ดูแล กับภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ พบว่าตัวแปรทุกตัวมีการกระจายตัวแบบปกติ ยกเว้นตัวแปรระยะเวลาการดูแลจึงใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's Rho correlation coefficient) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการดูแลกับภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลทั้งหมดจำนวน 85 คน มีอายุตั้งแต่ 18-72 ปี อายุเฉลี่ย 48.68 ปี (SD = 11.72) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-60 ปี คิดเป็นร้อยละ

56.5 เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.8 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 82.3 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 52.9) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ญาติผู้ดูแลร้อยละ 70.6 ไม่มีโรคประจำตัว เกือบครึ่งหนึ่งของญาติผู้ดูแลรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 49.4) มีคะแนนเฉลี่ย 7.25 (SD = 2.17) มีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสกับผู้ป่วยมากที่สุด (ร้อยละ 48.2) รองลงมาคือ บุตรและบิดา/มารดา (ร้อยละ 29.4 และ 7.1 ตามลำดับ) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก มีคะแนนเฉลี่ย8.31 (SD = 1.89) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลน้อยกว่า 12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 45.9 มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 3-24 ชั่วโมงต่อวัน เฉลี่ย 10.75 ชั่วโมงต่อวัน (SD = 5.59) ญาติผู้ดูแลร้อยละ 50.6 ต้องดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวนอกเหนือจากผู้ป่วย และไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 64.7(ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่าง ต่อเนื่อง (N = 85)

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 40 ปี	22	25.9
40 – 60 ปี	48	56.5
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	15	17.6
เพศ		
ชาย	24	28.2
หญิง	61	71.8
สถานภาพสมรส		
โสด	10	11.8
คู่	70	82.3
หม้าย	5	5.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	2	2.4
ประถมศึกษา	45	52.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	11.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า (ปวช.)	11	12.9
อนุปริญญา หรือเทียบเท่า (ปวส.)	6	7.1
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	11	12.9
ศาสนา		
พุทธ	85	100
โรคประจำตัว		
ไม่มี	60	70.6
มี	25	29.4

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (N = 85) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล		
สุขภาพดีเล็กน้อย (1-3 คะแนน)	4	4.7
สุขภาพดีปานกลาง (4-7 คะแนน)	39	45.9
สุขภาพดีมาก (8-10)	42	49.4
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา/ มารดา	6	7.1
คู่สมรส	41	48.2
บุตร	25	29.4
พี่/ น้อง	4	4.7
หลาน	5	5.9
ลูกสะใภ้	4	4.7
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (เดือน)		
3 - 12 เดือน	39	45.9
13 - 24 เดือน	15	17.6
25 - 36 เดือน	18	21.2
37 - 48 เดือน	9	10.6
> 48 เดือนขึ้นไป	4	4.7
จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วย/วัน		
< 8 ชั่วโมง	35	41.1
8 – 12 ชั่วโมง	27	31.8
> 12 ชั่วโมง	23	27.1
บุคคลอื่นในครอบครัวที่ต้องให้การดูแล		
ไม่มี	42	49.4
มี	43	50.6
ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย		
ไม่มี	55	64.7
มี	30	35.3

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วง 41–82 ปี เฉลี่ย 60.19 (SD = 7.99) ปี มากกว่าครึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 55.3) เป็นเพศชาย (ร้อยละ49.4) ใกล้เคียงกับเพศหญิง (ร้อยละ 50.6) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังเฉลี่ย 44.35 เดือน (SD = 36.76) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วยน้อยกว่า 12 เดือนร้อยละ 21.2 ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องเฉลี่ย 23.47 เดือน (SD = 18.17) ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งไม่มีภาวะแทรกซ้อน

จากการล้างไตทางช่องท้อง (ร้อยละ 61.2) ภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตที่พบมากที่สุดได้แก่ เยื่อบุช่องท้องอักเสบ (ร้อยละ 28.2) รองลงมาได้แก่ ติดเชื้อบริเวณสายล้างไตทางช่องท้อง (ร้อยละ 5.9)

ระยะเวลาการดูแล การรับรู้ภาวะสุขภาพ รางวัลที่ได้จากการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ญาติผู้ดูแลมีระยะเวลาการดูแลเฉลี่ยเท่ากับ 22.12 เดือน (SD = 17.79) การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 7.25, SD = 2.17) รางวัลที่ได้จากการดูแลอยู่ในระดับสูง (Mean = 47.26, SD = 6.97) การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง (Mean = 14.99, SD = 3.32) ภาระการดูแลในระดับต่ำถึงปานกลาง (Mean = 31.92, SD = 14.93) คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 91.31, SD = 11.25) คุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 25.60, SD = 3.71) ด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 21.64, SD = 3.52) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 9.64, SD = 1.88) และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 27.69 SD = 3.58) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลระยะเวลาการดูแล การรับรู้ภาวะสุขภาพ รางวัลที่ได้จากการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล (N = 85)

ข้อมูล	ช่วงคะแนน		Mean	SD	ระดับ
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง			
ระยะเวลาการดูแล (เดือน)	-	3-84	22.12	17.79	-
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	0-10	2-10	7.25	2.17	ดีมาก
รางวัลที่ได้จากการดูแล	0-60	30-60	47.26	6.97	สูง
การสนับสนุนจากครอบครัว	0-20	7-20	14.99	3.32	สูง
การรับรู้ภาระการดูแล	0-88	1-64	31.92	14.93	ต่ำถึงปานกลาง
คุณภาพชีวิต	26-130	67-119	91.31	11.25	ปานกลาง
ด้านร่างกาย	7-35	13-34	25.60	3.71	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	6-30	13-29	21.64	3.52	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3-15	5-14	9.64	1.88	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-40	20-38	27.69	3.58	ปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation) จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ตัวแปรทุกตัวมีการกระจายของข้อมูลแบบปกติ ยกเว้นระยะเวลาการดูแล จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's Rho correlation coefficient) ในการวิเคราะห์ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์จากสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล ($r = 0.479$, $p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.334$, $p < .01$) การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล ($r = -0.420$, $p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.451$, $p < .01$) รางวัลที่ได้จากการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล ($r = -0.185$, $p > .05$) แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.512$, $p < .01$) การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล ($r = -0.349$, $p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.432$, $p < .01$) และภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.524$, $p < .01$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพ รางวัลที่ได้จากการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (N = 85)

ตัวแปร	ภาระการดูแล	คุณภาพชีวิต
อายุ	.479**	-.334**
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.420**	.451**
รางวัลที่ได้จากการดูแล	-.185	.512**
การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว	-.349**	.432**
ภาระการดูแล		-.524**
คุณภาพชีวิต	-.524**	

** $p < .01$

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระยะเวลาการดูแลกับภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน พบว่า ระยะเวลาการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.042$, $r = 0.117$, $p > .05$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการดูแล กับภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (N = 85)

ตัวแปร	r_s	p-value
ภาระการดูแล	-.042	.703
คุณภาพชีวิต	.117	.288

* r_s = Spearman's Rho correlation coefficient

อภิปรายผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.8) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (สุธิสา เต็มทับ, 2548; เอมิกา กลยนี และคณะ, 2558; Donprapeng, 2006) อาจเนื่องจากลักษณะสังคมไทยคาดหวังให้เพศหญิงเป็นเพศที่ต้องรับผิดชอบทั้งด้านงานบ้านและการดูแลบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวที่นอกเหนือจากผู้ป่วย และส่วนใหญ่ร้อยละ 56.5 มีอายุอยู่ในช่วง 40-60 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (middle adulthood) เป็นวัยที่ต้องมีหน้าที่ความรับผิดชอบสูง ทั้งด้านการงาน การดูแลและหาเลี้ยงคนในครอบครัว การสร้างฐานะและมีบทบาทหน้าที่ทางสังคม (สกุณา บุศนรากร, 2551) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะการดูแลอยู่ในช่วง 12 เดือนแรก (ร้อยละ 45.9) เฉลี่ยเท่ากับ 22.12 เดือน ซึ่งอยู่ในช่วงของการปรับตัวต่อบทบาทการดูแล เริ่มพัฒนาทักษะความเชี่ยวชาญด้านการดูแล ทักษะการแก้ไขปัญหาและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (เอมิกา กลยนี และคณะ, 2558) การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวันเท่ากับ 10.75 ชั่วโมงต่อวัน กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ทำให้กับผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ การทำอาหาร การปฏิบัติตามแผนการรักษาในด้านการบริหารจัดการเรื่องยา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไต การทำแผล การเตรียมอุปกรณ์ล้างไต และการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด (ฐานา ธรรมคุณ และคณะ, 2557) ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.6) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ระดับภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดีมาก

รางวัลที่ได้จากการดูแลของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 47.26 คะแนน ใกล้เคียงกับการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังของ Rattanasuk และคณะ(2013) ที่ใช้แบบสอบถามเดียวกันซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 44.86 คะแนน บ่งบอกว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้สึกในด้านบวกจากการดูแลผู้ป่วย รู้สึกยินดีที่ได้ดูแล อยากให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากลักษณะสังคมไทย โดยเฉพาะผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ เป็นศาสนาที่สอนให้คนเป็นคนดี ตอบแทนบุญคุณของผู้มีพระคุณและบุพการี โดยญาติผู้ดูแลทุกคนนับถือศาสนาพุทธ อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นคู่สมรส หรือเป็นบุตรของผู้ป่วย และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในระดับดี

มาก จึงทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเป็นหน้าที่ที่พึงกระทำของตนเอง จึงมีความภูมิใจที่ได้ให้การดูแลคนในครอบครัว (Donprapeng, 2006) นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง แสดงว่าญาติผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วย อาจเนื่องจากญาติผู้ดูแลเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่ในสังคมไทยชนบทที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอยู่ในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่และเป็นสังคมของการเกื้อกูลกัน จึงได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากญาติพี่น้อง บุตรหลานเป็นอย่างดี ทั้งในด้านการเงิน การให้กำลังใจ การช่วยแก้ไขปัญหาร่วมกัน (Donprapeng, 2006) ทำให้ญาติผู้ดูแลเหล่านี้มีการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับที่สูง

ภาระการดูแล

ภาระการดูแลเป็นความรู้สึกในด้านลบที่เกิดขึ้นของญาติผู้ดูแล จากการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การรับรู้ภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระดับต่ำถึงปานกลาง ใกล้เคียงกับญาติผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (สุธิสา เต็มทับ, 2548) และผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา (Donprapeng, 2006; Salama & El-Soud, 2012) ที่ใช้แบบประเมินภาระการดูแลเดียวกันพบมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางเช่นกัน ทั้งนี้อาจเพราะญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส ใช้เวลาส่วนใหญ่กับผู้ป่วย ทำให้รับรู้ว่าเป็นที่พึ่งให้ผู้ป่วยเพียงคนเดียว และร้อยละ 64.7 ของญาติผู้ดูแลไม่มีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย เกิดผลกระทบกับญาติผู้ดูแล แต่ญาติผู้ดูแลเหล่านี้ก็เต็มใจที่จะดูแลให้ดีที่สุด ด้วยวัฒนธรรมและวิถีการปฏิบัติที่สืบทอดกันมา ทำให้เกิดการดูแลด้วยความรัก และจากงานที่ทำให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกิจกรรมที่สามารถวางแผนล่วงหน้าได้ เช่น การเปลี่ยนถ่ายน้ำยาตามเวลาที่กำหนดไว้ ซึ่งภาระนั้นคาดการณ์ได้จะไม่ค่อยรู้สึกเครียดเท่ากับภาระการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางการรู้คิดหรือผิดปกติทางด้านจิตใจ ซึ่งคาดการณ์ไม่ได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด ประกอบกับญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลก่อนกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จึงทำให้การศึกษาครั้งนี้พบว่าญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระการดูแลในระดับต่ำถึงปานกลางเท่านั้น

คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

จากการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม และคณะ, 2557) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เอมิกา กลยนี และคณะ, 2558) และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (Rha, Park, Song, Lee, & Lee, 2015) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 49.4) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.6) ที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่มีภาระการดูแลผู้ป่วยเรื่องกิจวัตรประจำวันมากนัก แต่จากการดูแลอย่างต่อเนื่องมีผลทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า พักผ่อนไม่เพียงพอ และมีผลต่อสุขภาพโดยรวม และมีผลทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตในด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง อาจเพราะ

ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ระดับความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 74.1) มีความรู้สึกที่ดีกับผู้ป่วย และให้การดูแลด้วยความรัก เต็มใจดูแล ส่วนการรับรู้คุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน จากที่ญาติผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน และต้องดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 10.75 ชั่วโมงต่อวันสำหรับญาติผู้ดูแลที่ต้องทำงานเพื่อเลี้ยงชีพด้วย (ร้อยละ 52.9) มีผลกระทบต่อการประกอบอาชีพ การเข้าสังคมกับเพื่อนร่วมงานและเพื่อนฝูง ต้องปรับตัวด้านการดำเนินชีวิตและสิ่งแวดล้อมรอบตัวให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วย ทำให้การศึกษาในครั้งนี้ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้คุณภาพชีวิตในด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง แต่หากญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อการดูแลผู้ป่วยได้ ก็จะทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

อายุของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล และมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากจะรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยมาก และจะรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับต่ำ อาจเนื่องจากญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.5) มีอายุอยู่ในช่วง 40-60 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลางที่เริ่มมีความเสื่อมของร่างกายเกิดขึ้น (สกุณา บุญนรากร, 2551) และส่วนใหญ่ร้อยละ 55.3 มีอายุมากกว่า 60 ปี และมากกว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่ดูแลต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการล้างไต และงานอื่น ๆ รวมถึงการดูแลบุคคลอื่นนอกเหนือจากผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับการดูแลตนเอง มีผลต่อสุขภาพร่างกายที่แย่ลง ทำให้ผู้ดูแลเหล่านี้มีความรู้สึกเหนื่อยล้าหมดแรง ทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลที่อายุมากจะมีผลต่อการรับรู้และความจำที่ช้ากว่าวัยอื่น (สกุณา บุศนรากร, 2551) ทำให้เกิดความเครียดจากแผนการรักษา มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย มีผลต่อการรับรู้ความรู้สึกด้านลบ จากที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลที่สูงขึ้นตามมา และมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของญาติผู้ดูแลด้วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Jeong et al., 2015) อีกทั้งร้อยละ 64.7 ของญาติผู้ดูแลไม่มีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย ภาระงานทั้งหมดจึงเป็นหน้าที่ของญาติผู้ดูแลเพียงลำพัง มีผลต่อการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ และการเข้าสังคม ทำให้ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ดังนั้นจึงทำให้ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของเอมิกา กลยนี และคณะ(2558) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก็พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ญาติผู้ดูแลที่รับรู้ว่าตนเองมีภาวะ

24 2.indd 123 17/12/2561 15:39:59

สุขภาพที่ไม่ดี มีโรคประจำตัว จะรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยระดับที่สูง และจะรับรู้คุณภาพชีวิตที่แย่ลง ในขณะที่ญาติผู้ดูแลที่รับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี จะรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองอยู่ในระดับสูง ตามแนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของโอเร็ม (Orem, 2001) หากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ งานต่าง ๆ จะอยู่ในความรับผิดชอบของญาติผู้ดูแลทั้งหมด จะเห็นว่าญาติผู้ดูแลต้องรับบทบาททั้ง 2 บทบาทนอกจากการดูแลผู้ป่วยแล้ว ยังต้องดูแลตนเองด้วย การดูแลอย่างต่อเนื่องทำให้ญาติผู้ดูแลไม่มีเวลาดูแลตนเองเพียงพอ ทำให้ร่างกายเสื่อมโทรมลง ไม่สามารถพบปะเพื่อนฝูงได้ตามปกติ การเข้าสังคมลดลง การดูแลผู้ป่วยจึงเป็นงานที่หนักสำหรับญาติผู้ดูแล ส่งผลต่อการรับรู้ความรู้สึกด้านลบจากการดูแล และทำให้ญาติผู้ดูแลรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีน้อยลงตามมา ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Jeong et al., (2015) และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เอมิกา กลยนี และคณะ, 2558) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลเช่นกัน

ระยะเวลาการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากระยะเวลาการดูแลในการศึกษานี้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.12 เดือน และเกือบครึ่งหนึ่งดูแลผู้ป่วยในช่วง 12 เดือนแรก (ร้อยละ 45.9) ซึ่งเป็นการดูแลในระยะเริ่มต้นเท่านั้น อาจยังไม่ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเครียด เหนื่อยล้า หรือมีผลกระทบต่อสุขภาพมากนัก ประกอบกับญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจในการปฏิบัติการล้างไตและการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของประคอง อินทรสมบัติ และคณะ (2556) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านพบว่า การปรับตัวของญาติผู้ดูแลจะเกิดความเครียดมากในช่วง 3 เดือนแรก จากนั้นจะเข้าสู่ระยะการปรับตัว เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาที่เกิดจากสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งการศึกษานี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ลดการรับรู้ภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลได้ระดับหนึ่ง จึงส่งผลให้ระยะเวลาการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (สุธิสา เต็มทับ, 2548) นอกจากนี้ในการศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาของ เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม และคณะ (2557) ยังพบว่า ระยะเวลาการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในประเทศอียิปต์ของ Salama and El-Soud (2012) ที่พบว่า ระยะเวลาการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากการศึกษานี้มีระยะเวลาการดูแลเฉลี่ย 5.84±2.34 ปี เป็นระยะเวลาการดูแลที่นาน ทำให้ญาติผู้ดูแลมีอาการเหนื่อยล้าสะสม มีผลต่อภาวะสุขภาพที่มาจากการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลในระดับสูง จึงทำให้พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการดูแลกับการรับรู้ภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล

การได้รับรางวัลจากการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล แต่มีความสัมพันธ์ทาง

บวกกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าญาติผู้ดูแลมีการรับรู้รางวัลที่ได้จากการดูแลในระดับสูง ซึ่งญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ที่พึงกระทำ แม้จะทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง เหนื่อยล้า เครียด แต่เมื่อสามารถปรับตัวได้ เกิดการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ, 2556) ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยไม่ได้เป็นภาระ นอกจากนี้ยังพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรส บุตร และบิดามารดากับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์อยู่ระดับดีมาก ซึ่งทั้งหมดอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน โดยลักษณะของสังคมชนบทที่ช่วยเหลือพึ่งพากันเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกของครอบครัว จึงทำให้การรับรู้รางวัลที่ได้จากการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล และจากความรู้สึกที่ดีด้านบวกทำให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ภายใต้ความพึงพอใจ ภาคภูมิใจ นำไปสู่ผลลัพธ์ในด้านบวกที่เกิดขึ้นจากการดูแล ส่งผลต่อความรู้สึกที่ดีด้านอื่น ๆ และช่วยส่งเสริมความผาสุกในชีวิตของญาติผู้ดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตในระดับดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Samartkit และคณะ (2010) ที่ศึกษาในญาติผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะพบว่า การรับรู้รางวัลจากการดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลมีรับรู้ถึงความรู้สึกดี ภูมิใจ สุขกายสุขใจ มีความเครียดจากการดูแลลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ การได้รับสนับสนุนจากครอบครัวที่มากพอ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การเงิน และสังคม จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว (Rattanasuk et al., 2013) รับรู้ภาระการดูแลน้อยหรือรับรู้ว่าไม่เป็นภาระ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองและผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Amendola et al, 2011) เมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในระดับต่ำ การรับรู้ภาระการดูแลจะอยู่ในระดับที่สูงขึ้น แต่หากญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวที่มากพอ จะช่วยทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเครียดจากการดูแลลดลง มีคนช่วยแบ่งเบาความรู้สึกที่ไม่ดีด้านลบ และช่วยแก้ไขปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย มีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น (Malathum, 2001) เกิดการรับรู้ภาระการดูแลในระดับต่ำ และมีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ญาติผู้ดูแลที่มีการรับรู้ภาระการดูแลในระดับสูง จะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ลดลง อธิบายได้ว่า เมื่อญาติผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลในระดับสูง เกิดความเครียด ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เอมิกา กลยนี และคณะ, 2558) ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา (Donprapeng, 2006) และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (Rha et al, 2015) พบว่า

ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดในการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่รับการรักษาในคลินิกไตเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำปาง ทำให้ไม่สามารถอ้างอิงผลการศึกษาในครั้งนี้ไปยังญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องที่อยู่ในโรงพยาบาลหรือภูมิภาคอื่นได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลและบุคคลที่เกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมให้แก่ญาติผู้ดูแล เพื่อเป็นการสนับสนุนส่งเสริมบทบาทของญาติผู้ดูแล ช่วยลดภาระการดูแล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

2. ควรประเมินการรับรู้ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลเป็นระยะ เนื่องจากการรับรู้ของญาติผู้ดูแลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

ด้านการศึกษา

ผลการศึกษาครั้งนี้ได้องค์ความรู้ที่สำคัญและเป็นประโยชน์ที่จะนำมาเป็นแนวทางในการอบรมพยาบาล หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยให้ตระหนักถึงความสำคัญนอกจากการดูแลผู้ป่วยยังต้องให้การดูแลญาติผู้ดูแลด้วย

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล หรือภูมิภาคอื่น

2. ควรมีการศึกษาวิจัยแบบทดลองในการจัดโปรแกรมสำหรับญาติผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความรู้สึกด้านบวก ลดการรับรู้ภาระการดูแล ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

เขมณัฏฐ์ ศรีพรหมภัทร์. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ตราบาปความรู้ แรงสนันสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล.

ฐานา ธรรมคุณ, พิมพ์สุรางค์ สุวรรณเจริญ, และทรัพย์ทวี ทรัพย์มาก. (2557). ประสบการณ์ของ*สมาชิกครอบครัว*ที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่บ้าน. *พุทธชินราชเวชสาร, 30*(1), 14-23.

ประคอง อินทรสมบัติ, สุปรีดา มั่นคง, สมทรง จุไรทัศนีย์, สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค, วิลาวัณย์ ประสารอธิคม, และปาริชาติ พรสวัสดิ์ชัย. (2556). การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง: การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *รามาธิบดีพยาบาลสาร, 19*(2), 194-205. เข้าถึงเมื่อ 6 พฤศจิกายน 2560, จาก https://www.tci-

thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/15576/14271

พรทิพย์ มาลาธรรม, จิราพร คงเอี่ยม, และประคอง อินทรสมบัติ. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท. *รามาธิบดีพยาบาลสาร, 15*(3), 431-448. เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2560, จาก http://thailand.digitaljournals.org/index.php/RNJ/article/view/4526

เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม, ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์, และมณีรัตน์ พราหมณี. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท. วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, *24*(3), 104-118. เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2559 จาก http://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/30375/26183

สกุณา บุศนรากร. (2551). *การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงวัย* (pp. 205-246). สงขลา: เทมการพิมพ์.

สุธิสา เต็มทับ. (2548). *อิทธิพลของการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลสุขภาพกาย และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ต่อการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อนุสรณ์ แน่นอุดร, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และพรนภา หอมสินธุ์. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 30*(1), 47-61. เข้าถึงเมื่อ 28 มิถุนายน 2559 จาก http://phpn.ph.mahidol.ac.th/Journal/txt/30_no1/f4anusorn.pdf

เอมิกา กลยนี, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, และอารีย์วรรณ อ่อมตานี. (2558). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. *วารสารพยาบาลตำรวจ, 7*(1), 128-140. เข้าถึงเมื่อ 28 มิถุนายน 2559 จาก https://www.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/viewFile/41105/33983

Alnazly, E. K., & Samara, N. A. (2014). The burden on caregivers of patients above 65 years old receiving hemodialysis: A qualitative study. *Health Care Current Review, 2*(1), 1-6. Retrieved January 24, 2016, from http://www.esciencecentral.org/journals/the-burdens-on-caregivers-of-patients-above-years-old-receiving-hemodialysis-a-qualitative-study.hccr.1000118.pdf

Amendola, F. A., Oliveira, A. C., Alvarenga, M. M. (2011). Influence of social support on the quality of life of family caregivers while caring for people with dependence. *The University of São Paulo Nursing School Journal, 45*(4), 880-885. Retrieved

January 10, 2017, from http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/en_v45n4a13.pdf

Archbold, P. G., Stewart, B. J., Miller, L. L., Harvath, T.A., Greenlick, M.R., & Van Buren, L., (1995). The PREP system of nursing intervention: A pilot test with families caring for older member. *Research in Nursing & Health,* 18, 3-16. Retrieved January 3, 2017, from https://www.academia.edu/15202560/The_PREP_system_of_nursing_interventions

Donprapeng, B. (2006). *The relationship among caregiving burden, coping resources and quality of life of dependent older adult caregivers* (Master's thesis). Mahidol University.

Jeong, Y., Jeong, Y., Dim, W., & Kim, J. (2015). The mediating effect of caregiver burden on the caregivers' quality of life. *Journal of Physical Therapy Science, 27,* 1543-1547. Retrieved April 20, 2016, from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4483438/pdf/jpts-27-1543.pdf

Malathum, P. (2001). *A model of factors contributing to perceived abilities for health promoting self-care of community-dwelling Thai older adult* (Doctoral Dissertation) University of Texas at Austin.

Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts and Practice (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Rattanasuk, D., Nantachaipan, P., Sucamvang, K., & Moongtui, W. (2013).A causal model of well-being among caregivers of people with spinal cord injury. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 17*(4), 342-355. Retrieved January 3, 2017, from http://www.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/8713/11602

Rha, S. Y., Park, Y., Song, S. K., Lee, C. E., & Lee, J. (2015). Caregiving burden and the quality of life of family caregivers of cancer patients: the relationship and correlates. *European Journal of Oncology Nursing, 19,* 376-382. DOI: 10.1016/j.ejon.2015.01.004

Salama, R., & El-Soud, F. (2012). Caregiver burden from caring for impaired elderly: A cross-sectional study in rural Lower Egypt. *Italian Journal of Public Health, 9*(4), 1-10. DOI: http://dx.doi.org/10.2427/8662URNAL OF PUBLIC HEALTH

Samartkit, N., Kasemkitvattana, S., Thosingha, O., & Vorapongsathorn, T. (2010). Caregiver role strain and rewards: Caring for Thais with a traumatic brain injury. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 14*(4), 297-314. Retrieved January 3, 2017, from http://

www.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/6267/5478

Shimoyama, S., Hirakawa, O., Yahiro, K., Mizumachi, T., Schreiner, A., & Kakuma, T. (2003). Health-related quality of life and caregiver burden among peritoneal dialysis patients and their family caregivers in Japan. *Peritoneal Dialysis International, 23*(S2), S200-S205. Retrieved February 14, 2016, from http://www.pdiconnect.com/content/23/Supplement_2/S200.long

Thai Nephrology Society of Thailand. (2014). *Thailand Renal Replacement Therapy Year 2014.* Retrieved August 1, 2017, from http://www.nephrothai.org/images/10-11-2016/1.TRT-report-2014-_3-11-59_-final_.pdf

Tong A, Sainsbury P, Craig J. C. (2008). Support interventions for caregivers of people with chronic kidney disease: A systematic review. *Nephrology Dialysis Transplantation,* 23, 3960–3965. DOI: 10.1093/ndt/gfn415

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน : ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสารกลุ่มที่	สาขา
1	พยาบาลสาร	0125-5118	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	1	วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
2	รามาธิบดีพยาบาลสาร	0858-9739 (เดิม 0857-8052)	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามาธิบดี	1	วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

ISSN 0125-5118

พยาบาลสาร
Nursing Journal

พยาบาลสาร ปีที่ 45 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2561 Nursing Journal Volume 45 No. 4 October-December 2018

พยาบาลสาร Nursing Journal

ปีที่ 45 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2561

Volume 45 No.4 October-December 2018

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Faculty of Nursing, Chiang Mai University

ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น

Depression, Alcohol Drinking Behaviors, and Suicidal Risks of Adolescents

วินัย	**รอบคอบ**	**พย.ม.***	**Winai**	**Robkob**	**M.N.S.***
สมบัติ	**สกุลพรรณ์**	**ปร.ด.****	**Sombat**	**Skulphan**	**Ph.D.****
หรรษา	**เศรษฐบุปผา**	**ปร.ด.*****	**Hunsa**	**Sethabouppha**	**Ph.D.*****

บทคัดย่อ

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของวัยรุ่นไทยและมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นในสถานการณ์ของโลกปัจจุบัน การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 12-21 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 24 โรงพยาบาลในเขตภาคเหนือของประเทศไทย ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนสิงหาคม 2560 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จำนวน 375 ราย โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Structure Interview [M.I.N.I.] : Suicidality part) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: CES-D) และแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test: AUDIT) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลชุมชน

1. มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 64.00
2. มีพฤติกรรมการดื่มสุรา ร้อยละ 85.60 ในจำนวนนี้เป็นผู้มีพฤติกรรมการดื่มสุราแบบอันตราย ร้อยละ 8.69 แบบเสี่ยงร้อยละ 53.72 และมีพฤติกรรมดื่มสุราแบบเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 31.98
3. มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 67.73 ในจำนวนนี้เป็นผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับมาก ร้อยละ 16.14 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.46 และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับน้อย ร้อยละ 50.40
4. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .462$, $p < .01$)
5. พฤติกรรมการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อย่าง

* *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง*

* *Registered Nurse Professional Level (Education), Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, winai59@hotmail.com*

** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Corresponding Author, sombat.sk@cmu.ac.th*

*** *อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

*** *Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, hunsa@mail.nurse.cmu.ac.th*

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .301$, $p < .01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรด้านสุขภาพจิตในการกำหนดแนวทางเฝ้าระวังและประเมินภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา เป็นข้อมูลพื้นฐานในการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นไทยที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย วัยรุ่น

Abstract

The suicidal risks of adolescents are a major problem affecting the lives of Thai adolescents and increasing violence in the current world situation. The purpose of this descriptive correlational research study was to explore depression, alcohol drinking behaviors, and suicidal risks of adolescents. The samples were selected by following the inclusion criteria and the multi-stage random sampling which consisted of 375 adolescents ages 12-21 years old, both male and female. They received services at mental health and psychiatric clinics in 24 community hospitals in the northern region of Thailand, from May to August 2017. The research tools were, the Mini International Neuropsychiatric Structure Interview [M.I.N.I.] Suicidality part, the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale [CES-D] and the Alcohol Use Identification Test [AUDIT]. The data were analyzed using descriptive statistics and Spearman rank correlation coefficient.

The results of the study were as follows:

1. Sixty-four percent of adolescents who received services at mental health and psychiatric clinics in community hospitals experienced depression.

2. Almost 86% (85.60%) of the adolescents who received services at mental health and psychiatric clinics in community hospitals exhibited alcohol drinking behaviors. For this category, there were adolescents who experienced the following levels of drinking: harmful use, hazardous, and low risk; 8.69%, 53.72%, and 31.98% respectively.

3. Almost 68% (67.73%) of the adolescents who received services at mental health and psychiatric clinics in community hospitals experienced suicidal risk. For this category, there are adolescents who experienced the following levels of suicidal risks: severe, moderate, and mild; 16.14%, 33.46%, and 50.40% respectively.

4. There was a moderate positive correlation of depression with suicidal risks ($r = .462$, $p < .01$).

5. There was a moderate positive correlation of alcohol drinking behaviors with suicidal risks ($r = .301$, $p < .01$).

The results can help mental health personnel as well as provide a guid for surveillance, screening depression and alcohol drinking behaviors. This can also be used as a basis for

prevention and suicidal risks reduction among Thai adolescents who receive services at mental health and psychiatric clinics in community hospitals.

Keyword: Depression, Alcohol drinking behaviors, Suicidal risks, Adolescents.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฆ่าตัวตาย (suicide) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อการสูญเสียทรัพยากรบุคคล ที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นในสถานการณ์ของโลกปัจจุบัน จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2016) พบว่า ในปี 2559 ทั่วโลกมีการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายกว่า 8 แสนคนต่อปีหรือ 11.69 ต่อแสนประชากร คาดการณ์ว่าในปี 2020 จำนวนคนที่ฆ่าตัวตายจะมีเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 1.5 ล้านคน และจากฐานข้อมูลการเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลก พบว่าวัยรุ่นอายุในช่วง 15-19 ปี มีอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายสูงถึง 90 ประเทศทั่วโลก (Wasserman, Cheng, & Jiang, 2005) ในสังคมปัจจุบันพบปัญหาการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นมีมากขึ้นเรื่อยๆ และการฆ่าตัวตายถือเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-29 ปี ซึ่งพบอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยเฉพาะประเทศในแถบเอเชีย (WHO, 2016) อีกทั้งจากรายงานอัตราการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2558-2559 รายงานตามช่วงอายุ 10-19 ปี และ 20-29 ปี พบอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย 33.13 ต่อแสนประชากร และ 40.98 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2559) โดยพบว่ามีแนวโน้มของอัตราการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นสูงเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นในปี พ.ศ. 2558 พบว่า ภูมิภาคที่มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุด คือ ภาคเหนือ มีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 10.32 ต่อประชากรแสนคนและยังคงเป็นอันดับ 1 ของประเทศไทยที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดและเป็นอันดับ 1 ติดต่อกันมาแล้ว 3 ปี (ตั้งแต่ปี 2556 ถึง 2558) (ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ, 2559)

การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุหลักที่ส่งผลกระทบทั้งต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ในด้านผลกระทบต่อตนเอง ได้แก่ การเสียชีวิต การบาดเจ็บทางร่างกาย หรือเกิดความพิการ (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) อีกทั้งยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือความพิการทุพพลภาพตามมาจนก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตของคนในครอบครัวและผู้ใกล้ชิดตามมาได้ (Lotrakul, 2014) ซึ่งผู้ที่ฆ่าตัวตาย 1 คนจะมีผลกระทบต่อบุคคลใกล้ชิดอย่างน้อย 6 คน และอาจมีผลกระทบทางด้านจิตใจได้นานถึง 4 ปี เกิดความรู้สึกเศร้าโศก ทุกข์ใจจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) ด้านผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ขาดรายได้จากการเจ็บป่วยหรือพิการ รวมทั้งเกิดความสูญเสียโอกาสต่าง ๆ ในสังคมที่ควรจะได้รับจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Lotrakul, 2014) ซึ่งในปัจจุบันก็ยังพบว่ามีสถิติการฆ่าตัวตายสูงขึ้นและเพิ่มขึ้นในวัยรุ่นส่งผลให้มีการสูญเสียของประชากรวัยรุ่นจากพฤติกรรมการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นซึ่งพบหลักฐานทางวิชาการที่มีคุณภาพระดับสูงที่ระบุปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตายหลายปัจจัย ซึ่งแต่ละปัจจัยนั้นล้วนส่งผลกระทบทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ตามบริบทหรือสภาพการณ์ที่แตกต่างกันไป (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น พบว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความสิ้นหวัง (Hopelessness) ที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามมา และพฤติกรรมการดื่มสุรา เป็นปัจจัยที่ทำให้ขาดสติ มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) ตัดสินใจเร็ว ขาดการยั้งคิด ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงขึ้นจนนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จได้ (committed suicide) ซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยนี้ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการฆ่า

ตัวตายได้บ่อยในวัยรุ่น (มาโนช หล่อตระกูล, 2553; สายฝน เอกวรางกูร, 2558) ดังนั้น ปัจจัยที่น่าสนใจในการศึกษาเพื่อยืนยันความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในครั้งนี้ คือ ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการดื่มสุรา

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มของอาการ (Symptoms) ที่แสดงออก 4 ด้าน ประกอบด้วย อารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม อาการที่แสดงออกแต่ละด้านมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน (สายฝน เอกวรางกูร, 2558) ซึ่งอธิบายด้วยแนวคิดด้านความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Theory) ของเบ็ค (Beck, 1979) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีลักษณะของความแปรปรวนทางด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตสังคมของภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น พบว่า มีหลายการศึกษาในประเทศไทย เช่น จากการศึกษาในวัยรุ่นที่มารับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยวัยรุ่น คือ โรคซึมเศร้า พบมากที่สุด ถึงร้อยละ 14.3 (อัจฉรา ตราชู และคณะ, 2556) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษา พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สายฝน เอกวรางกูร และคณะ, 2549) และจากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษางานวิจัยในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของกราสิโอไล และคณะ (Grazioli et al., 2016)ได้ทำการศึกษาโดยการติดตามวัยรุ่นชายอายุประมาณ 19 ถึง 21 ปี พบว่า ภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์ทางบวกกับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งยังมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) พบว่า relative risk ต่อการเสียชีวิตในภาวะซึมเศร้าโดยรวมเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไปเท่ากับ 1.81 (95% CI, 1.58-2.07) โดยสาเหตุหลักของการเสียชีวิตนั้นเกิดจากการฆ่าตัวตาย (Cuijpers & Smit, 2002) นอกจากนี้มีการศึกษาแต่ผลไม่สอดคล้องกัน คือ การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์พยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในอำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น (จักรชัย ติตตะบุตร, 2554) จากการทบทวนวรรณกรรมยังมีความจำเป็นและความสำคัญที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพราะผลการวิจัยที่ศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบทั้งความสัมพันธ์ทางบวกและไม่มีความสัมพันธ์กันของภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

พฤติกรรมการดื่มสุรา การดื่มสุรานั้นส่งผลเสียทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต หน้าที่การงาน และมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น อีกทั้งสุรายังก่อให้เกิดความผิดปกติทางด้านอารมณ์ มีอารมณ์ซึมเศร้า ขาดความภูมิใจในตนเอง มองตนเองในด้านลบ เบื่อชีวิต (ศรีพิมล ดิษยบุตร, 2553) โดยเฉพาะคนที่รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าหรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตายมาก่อน เมื่อดื่มสุราเข้าไปฤทธิ์ของสุราซึ่งมีผลต่อสมอง โดยผ่านทางสารส่งผ่านประสาท กดการทำงานสมองไว้ ทำให้ความยับยั้งชั่งใจมีน้อยลง หรือ ขาดสติยับยั้ง และสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมดื่มสุราที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น พบว่า มีหลายการศึกษาในประเทศไทย เช่น จากการศึกษาของสาวิตรี อัษณางค์กรชัย และคณะ (2551) พบว่า วัยรุ่นที่เป็นนักเรียนดื่มสุราประมาณร้อยละ 10 เคยมีความคิดฆ่าตัวตาย วางแผนการฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตายมาแล้วใน 12 เดือนที่ผ่านมา ประมาณ 2 เท่าเมื่อเทียบกับนักเรียนที่ไม่ดื่มและ จากการศึกษาของจักรชัย ติตตะบุตร (2554) พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์กับภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษางานวิจัยในต่างประเทศ พบว่า การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นที่เป็นนักศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุรา (drinking alcohol) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (Gau et al., 2008) นอกจากนี้ มีการศึกษาแต่ผลไม่สอดคล้องเช่นเดียวกัน คือ การศึกษาการดื่มสุราและเหตุจูงใจต่อการ

ดื่มสุรา: กลไกเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นชาย พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในประเทศสวิตเซอร์แลนด์ (Grazioli et al., 2016) จากการทบทวนวรรณกรรมมีทั้งการศึกษาหาความสัมพันธ์และการวิจัยเชิงพรรณนาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งยังมีความจำเป็นที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดื่มสุราและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพราะผลการวิจัยพบทั้งมีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดื่มสุราและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น พบว่า ผลการวิจัยที่ศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ได้ยังไม่เป็นทิศทางเดียวกัน ซึ่งจะเห็นว่าไม่สามารถสรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุราในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในทิศทางใด และมีผลการวิจัยที่ศึกษานานเกิน 10 ปี อีกทั้งมีการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่สรุปว่าภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กันแต่ก็เป็นการศึกษาที่ผ่านมา 14 ปีแล้ว และในปัจจุบันก็มีการศึกษางานวิจัยพื้นฐานเพิ่มอีกที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน รวมทั้งยังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุราของวัยรุ่นในประเทศไทย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นเพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น

คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นเป็นอย่างไร

2. ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การฆ่าตัวตายของวัยรุ่น เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่งของประเทศไทยที่มีแนวโน้มของปัญหามากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในภาคเหนือของประเทศไทย โดยมีผลกระทบอย่างสูงต่อทั้งผู้กระทำ ผู้ใกล้ชิด ครอบครัว และสังคม เกิดความสูญเสียในด้านต่างๆ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องและพบบ่อยได้คือ ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมดื่มสุรา การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดของเบ็ค (Beck, 1979) ที่มองว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีความความแปรปรวนทางด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลจากการประมวลเรื่องราวผ่านกระบวนความคิดจนเกิดความคิดบิดเบือนอัตโนมัติทางลบ และไม่ตรงกับความจริงเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต มองโลกในแง่ร้าย โทษตัวเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ แต่เมื่ออาการเป็นมากขึ้นจะเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง (Hopelessness) ซึ่งภาวะสิ้นหวังนี้เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าเกิดความคิดฆ่าตัวตายตามมา ในส่วนของพฤติกรรมการดื่มสุราจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การดื่มสุราเป็นทางออกเพื่อที่จะไม่ต้องรับรู้ปัญหาอะไรอีก ลดภาวะวุ่นวายใจที่เกิดขึ้น ทำให้ความสามารถในการตัดสินใจลดลง ขาดสติ ขาดการยับยั้งชั่งใจ มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) ส่งผลให้นำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จได้ ดังนั้น จึงเห็นได้ว่าพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นจะเป็นผลมาจากการเกิดความรู้สึกสิ้นหวังและมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบจากภาวะซึมเศร้า และความหุนหันพลันแล่นจากการดื่มสุราได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น

ประชากร คือ วัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 12-21 ปี (Sanders, 2013) ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตจังหวัดภาคเหนือ 17 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง อุตรดิตถ์ แพร่ น่าน พะเยา เชียงราย แม่ฮ่องสอน นครสวรรค์ อุทัยธานี กำแพงเพชร ตาก สุโขทัย พิษณุโลก พิจิตร และเพชรบูรณ์ จำนวน 120,273 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 12-21 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดภาคเหนือ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างของเครซี่ และ มอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 95% จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 375 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster sampling) ตามเขตบริการสุขภาพ 3 เขต จากจำนวนทั้งสิ้น 17 จังหวัด ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 1 ประกอบด้วย 3 จังหวัด คือ เชียงใหม่ พะเยา และลำปาง เขตบริการสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย 2 จังหวัด คือ พิษณุโลก และเพชรบูรณ์ และเขตบริการสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย 1 จังหวัด คือ นครสวรรค์

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster sampling) ตามโรงพยาบาลชุมชนใน 6 จังหวัด โดยการคำนวณสัดส่วนจากจำนวนโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดใน 6 จังหวัด โดยใช้อัตราส่วน 3 : 1 (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2550) แล้วทำการสุ่มโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 6 จังหวัด ได้โรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 24 โรงพยาบาลตามการคำนวณสัดส่วน

ขั้นตอนที่ 3 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ในโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่ง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จนครบจำนวน 375 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

(1) อายุ 12-21 ปี

(2) มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดภาคเหนือ ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปที่มารับบริการ หรือผู้ที่มารับการรักษาจากการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจที่ได้รับการวินิจฉัยโรค

(3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย

(4) ในรายที่อายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ต้องได้รับอนุญาตจากผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายหรือผู้ปกครอง

(5) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส ศาสนา การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางจิตเวช ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ประวัติการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว และประวัติการดื่มสุรา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: CES-D) พัฒนาขึ้นมาโดยแรดลอฟฟ์ (Radloff, 1977) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ (2540) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ ตัวเลือกเกี่ยวกับความรุนแรงหรือความถี่ของอาการซึมเศร้ามี 4 ระดับ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวม มีตั้งแต่ 0-60 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมสูงกว่า 22 ถือว่าอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้าสมควรได้รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อช่วยเหลือต่อไป

ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test: AUDIT) พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ซึ่งแปล

เป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปกิจ และ พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ คำตอบมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนน โดยคะแนนรวมแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับ 1 ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low risk drinking) (0-7 คะแนน) ระดับ 2 ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking) (8-15 คะแนน) ระดับ 3 ดื่มแบบอันตราย (Harmful use) (16-20 คะแนน) และ ระดับ 4 ดื่มแบบติด (Alcohol dependence) (20-40 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ในเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini international neuropsychiatric structure interview [M.I.N.I.] : Suicidality part) พัฒนาขึ้นโดยชีฮาน และคณะ (Sheehan et al., 2006) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2550) ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ เป็นคำถามแบบ Dichotomous Question มีคำตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ คะแนนที่ได้จะรวมกัน และจำแนกเป็นความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3 ระดับคือ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับน้อย (คะแนน = 1-8 คะแนน) มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง (คะแนน = 9-16 คะแนน) และมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับมาก (คะแนน ≥17 คะแนน)

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือส่วนที่ 2, 3 และ 4 มาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงและเครื่องมือเหล่านี้ได้ผ่านการพิจารณาตรวจสอบค่าความตรงทางเนื้อหามาแล้วซึ่งเป็นที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยจึงไม่นำมาหาค่าความเที่ยงตรงซ้ำ และผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดสอบหาความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตรงกับประชากรงานวิจัย โดยนำไปศึกษากับวัยรุ่นที่เข้ารับบริการในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช แผนกจิตเวช ของโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดภาคเหนือที่ไม่ใช่โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา คือ โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 ราย และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิอัลฟ่าของครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) ซึ่งแบบประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 และแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Research ID : 042-2560 / Study Code: Full-017-2560) ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยเข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองกรณีกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปี เพื่อทำการชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธโครงการวิจัย ภายหลังเสร็จสิ้นทั้งแบบลงชื่อยินยอมและแบบสอบถามจะได้รับการบรรจุลงในซองปิดผนึก โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัย จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย กรณีกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาทางวิชาการเท่านั้น ซึ่งการทำลายข้อมูลภายหลังจากรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นจะดำเนินการทำลายตามระเบียบของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทุกคน โดยทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุข และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนเขตจังหวัดภาคเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตรวบรวมข้อมูล ซึ่งจะมีกระบวนการเชื้อเชิญกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย และการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง โดยการสอบถามความสมัครใจอย่างอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยทุกราย หลังจากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์และมอบแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยให้ตอบด้วยตนเอง พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ช่วงเวลาตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที หากพบข้อมูลว่ากลุ่มตัวอย่าง

มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา มีภาวะซึมเศร้า หรือมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยจะขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างแจ้งข้อมูลให้พยาบาลประจำคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโดยตรง เพื่อดำเนินการช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป หลังจากนั้นผู้วิจัยจะตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของแบบสอบถาม หากข้อมูลไม่สมบูรณ์จะสุ่มตัวอย่างและเก็บข้อมูลให้ได้จนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนภาวะซึมเศร้า คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา และคะแนนความเสี่ยงต่อในการฆ่าตัวตาย ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) นำเสนอในรูปของจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้า คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา และคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้การทดสอบด้วยโคลโมโกรอฟ-สเมอร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงเลือกใช้การทดสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient.)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 202 คน ร้อยละ 53.9 เพศหญิง 173 คน ร้อยละ 46.1 มีอายุระหว่าง 12-21 ปี มีอายุเฉลี่ย 18.9 (S.D. = 2.3) ปี โดยอยู่ในช่วงอายุ 19-21 ปีมากที่สุดจำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 67.2 ระดับการศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นพบมากที่สุด จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 39.7 เป็นนักเรียน/นักศึกษามากที่สุด 162 คน คิดเป็นร้อยละ 43.2 และไม่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากที่สุด 156 คน คิดเป็นร้อยละ 41.6 มีสถานภาพโสดมากที่สุด 185 คน คิดเป็นร้อยละ 49.3 โดยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ 345 คน คิดเป็นร้อยละ 92.0 กลุ่มตัวอย่างไม่มีการเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย 338 คน คิดเป็นร้อยละ 90.1 และกลุ่มตัวอย่างมีการเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางจิตเวช จำนวน 266 คน คิดเป็นร้อยละ 70.9 ได้แก่ โรคซึมเศร้า (Depressive disorder), โรคจิตเภท (Schizophrenia), โรควิตกกังวล (Anxiety disorder), ภาวะการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment disorder) และการใช้สารเสพติด (Substance dependence) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีการเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางจิตพบกลุ่มโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) มากที่สุด 90 คน คิดเป็น ร้อยละ 33.8 และไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย 236 คน คิดเป็นร้อยละ 62.9 ส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวฆ่าตัวตาย 321 คน คิดเป็นร้อยละ 85.6 มีประวัติการดื่มสุรามากที่สุด 321 คน คิดเป็นร้อยละ 85.6 เลิกดื่ม 116 คน คิดเป็นร้อยละ 36.1 และระยะเวลาที่เลิกดื่มส่วนใหญ่เลิกดื่มในระยะเวลา 1 เดือน ถึง น้อยกว่า 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 48.3

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการมีภาวะซึมเศร้า (n = 375)

ภาวะซึมเศร้า	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	11.62	4.42	135	36.00
มีภาวะซึมเศร้า	25.45	2.88	240	64.00

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 64.00 มีคะแนนเฉลี่ย 25.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.88 ($\bar{x}$= 25.45, S.D. = 2.88) และไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 36.00 มีคะแนนเฉลี่ย 11.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.42 ($\bar{x}$= 11.62, S.D. = 4.42)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และระดับพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่าง (n = 375)

พฤติกรรมการดื่มสุรา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีพฤติกรรมการดื่มสุรา	54	14.40
มีพฤติกรรมการดื่มสุรา	321	85.60
ระดับพฤติกรรมการดื่มสุรา		
ดื่มสุราแบบเสี่ยงต่ำ (Low risk drinking)	103	31.98
ดื่มสุราแบบเสี่ยง (Hazardous drinking)	173	53.72
ดื่มสุราแบบอันตราย (Harmful use)	28	8.69
ดื่มสุราแบบติด (Alcohol dependence)	18	5.61

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดื่มสุราจำนวน 321 คน ร้อยละ 85.60 ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับดื่มสุราแบบเสี่ยง (Hazardous drinking) ร้อยละ 53.72 และไม่มีพฤติกรรมการดื่มสุรา ร้อยละ 14.40

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง (n = 375)

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	121	32.27
มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	254	67.73
ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย		
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อย	128	50.40
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายปานกลาง	85	33.46
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง	41	16.14

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 67.73 ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 50.40 และไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 32.27

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่าง ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
1. ภาวะซึมเศร้า	.462**
2. พฤติกรรมการดื่มสุรา	.301**

** $p < .01$

จากตารางที่ 4 พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .462$, $p < .01$) พฤติกรรมการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .30$, $p < .01$)

การอภิปรายผล

ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 64.00 (ตารางที่ 1) การที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีภาวะซึมเศร้า อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่มารับบริการและเข้ามารักษาในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชร้อยละ 70.9 ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 33.8 พบว่า คล้ายคลึงกับการศึกษาของฉันทนา แรงสิงห์ (2554) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 63.3 และผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นครั้งนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผลการศึกษาทั่วโลกโดยพบว่า วัยรุ่นในประเทศต่างๆ ทั่วโลกมีภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง เช่น วัยรุ่นในประเทศสหรัฐอเมริกาพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 30-47 (Song, Ziegler, Arsenault, Fried, & Hacker, 2011) และวัยรุ่นในประเทศศรีลังกาพบภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 57.7 (Perera, Torabi, Jayawardana, & Pallethanna, 2006) และการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 51.7 (จำนวน 124 คน) โดยสอดคล้องกับการศึกษาพบว่าวัยรุ่นเพศหญิงมีสัดส่วนของภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายและเป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (สุกัญญา รักษ์ขจีสกุล, 2556) ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปรากฏการณ์ที่สอดคล้องกันทั่วโลกโดยอุบัติการณ์ที่พบภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 2-3 เท่า (Santrock, 2014)

พฤติกรรมการดื่มสุราของวัยรุ่น

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดื่มสุรา ร้อยละ 85.60 และส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดื่มสุราแบบเสี่ยง (Hazardous drinking) ร้อยละ 53.72 (ตารางที่ 2) เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่มารับบริการและเข้ามารักษาในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติเคยดื่มสุรา ร้อยละ 85.9 และในจำนวนนี้ยังคงดื่มสุราอยู่ ร้อยละ 63.9 พบว่า ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของเอกชัย กันธะวงศ์และคณะ (2558) พบว่าวัยรุ่นมีพฤติกรรมการดื่มสุราสูงถึงร้อยละ 63.6 และผลการศึกษาใกล้เคียงกับการศึกษาของชวลิต กงเพชร (2557) พบว่า วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดื่มสุราแบบเสี่ยง (hazardous drinking) พบร้อยละ 26.4 พฤติกรรมการดื่มสุราแบบอันตราย (Harmful use) ร้อยละ 4.8 และมีพฤติกรรมการดื่มสุราแบบติด (Alcohol dependence) ร้อยละ 2.4 นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราส่วนใหญ่ เป็นเพศชายร้อยละ 55.90 (จำนวน 180 คน) สอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2555) พบว่าเพศชาย มีอัตราการดื่มสุรามากกว่าเพศหญิงประมาณ 5 เท่า ซึ่งเพศชายมีอัตราการดื่มสูงถึงร้อยละ 53.4

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 67.73 ซึ่งในจำนวนนี้พบว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 50.39 ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.25 และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 16.14 ตามลำดับ (ตารางที่ 3) ซึ่งการฆ่าตัวตายมีลักษณะเป็นกระบวนการ (process) บุคคลมักเริ่มต้นด้วยความคิดฆ่าตัวตายและมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นจนถึงขั้นฆ่าตัวตายสำเร็จในที่สุด (สายฝน เอกวรางกูร, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมทำร้ายตนเองของวัยรุ่นที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ทำร้ายตนเองเป็นครั้งแรกสูงถึงร้อยละ 69.6 (อัจฉรา ตราชู และคณะ, 2556) นอกจากนี้มีการศึกษาความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของคนไทยเป็นการสำรวจระดับชาติ พบว่า กลุ่มวัยรุ่นช่วงอายุ 15-24 ปี มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรวมทุกระดับร้อยละ 6.7 และภาคเหนือมีอัตราความเสี่ยงรวมทุกระดับมากที่สุดร้อยละ 8.8 (หวาน ศรีเรือนทอง และคณะ, 2554) นอกจากนี้ผลการศึกษาคล้ายคลึงกับรายงานการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่นที่แผนกฉุกเฉินพบว่าวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี มีการพยายามฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 50.3 และอายุ 18-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.7 (Jiang et al., 2016) ซึ่งจะเห็นได้ว่าความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งผลกระทบของการฆ่าตัวตายย่อมนำมาซึ่งความเสียหายทั้งต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ (มาโนช หล่อตระกูล, 2553)

ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น

ผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ($r = .462$, $p < .01$) (ตารางที่ 4) อธิบายได้ว่า ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ คือ รู้สึกหดหู่ ท้อแท้สิ้นหวังมักนำไปสู่ความคิดเรื่องการตายหรือการฆ่าตัวตายได้ (Halter, Varcarolis, & Shoemaker, 2012) เช่นเดียวกับการศึกษาในวัยรุ่นที่มารับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยวัยรุ่น คือ กลุ่มโรคซึมเศร้า พบมากที่สุดถึงร้อยละ 14.3 (อัจฉรา ตราชู และคณะ, 2556) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของยุวรัตน์ อยู่ชา (2549) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.537$, $p<.05$) และคล้ายคลึงกับการศึกษาของสายฝน เอกวรางกูร และคณะ (2549) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อีกทั้งมีการศึกษาของแฮร์รีส และ บาร์ราคร์อป (Harris & Barraclough, 1997) วิเคราะห์รายงานการฆ่าตัวตาย 249 รายงานโดยวิธี meta-analysis ผลการศึกษาพบว่าโรคทางจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงที่สุด คือ กลุ่มโรคซึมเศร้า และใกล้เคียงกับการศึกษาของกราสิโอไล และคณะ (Grazioli et al., 2016) พบว่าภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์ทางบวกกับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = 0.226$, SE = 0.104, 95% CI [0.007, 0.422]) ดังนั้น ภาวะซึมเศร้า จึงถือว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญด้านการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ซึมเศร้า เครียดและนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดื่มสุราและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น

ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ($r = .301$, $p < .01$) (ตารางที่ 4) อธิบายได้ว่าพฤติกรรมการดื่มสุราส่งผลต่ออารมณ์และสติสัมปชัญญะ เมื่อดื่มสุราเข้าไปฤทธิ์ของสุราซึ่งมีผลกดการทำงานของสมองส่วนกลางไว้ ทำให้ความยับยั้งชั่งใจมีน้อยลงมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น และเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามมาได้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของจักร์ชัย ติตตะบุตร (2554) พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ เมอร์ฟี่ และ เวทเซล (Murphy & Wetzel, 1990) พบว่า ความเสี่ยงชั่วชีวิตต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในผู้ที่ติดสุราที่เป็น

ผู้ป่วยนอกอยู่ ร้อยละ 2.2 และผู้ป่วยในร้อยละ 3.4 และมีผู้ติดสุราคิดเป็นร้อยละ 25 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด การศึกษาของฮาร์ริส และ บาร์ราคลอบ์ (Harris & Barraclough, 1997) พบว่า ผู้ดื่มสุราแบบอันตรายมีการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่าคนทั่วไป 5.86 เท่า ดังนั้น จากผลการศึกษาดังกล่าว อธิบายได้ว่าพฤติกรรมการดื่มสุราและการฆ่าตัวตายนั้นมีความสัมพันธ์กันทั้งในแง่ที่ความผิดปกติทางสารเคมีในสมองทำให้บุคคลเสี่ยงต่อทั้งการติดสุราและการฆ่าตัวตาย หรืออาจมีสาเหตุจากปัจจัยจากสภาพแวดล้อม ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเพศชายที่ดื่มสุราตั้งแต่อายุยังน้อย (Hawton, Simkin, & Fagg, 1997)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบทั้งภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มีระดับสูง จึงควรมีการคัดกรองเพื่อเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมในกลุ่มวัยรุ่น ณ คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดภาคเหนือต่อไป

2. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่น ณ คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดภาคเหนือ จึงเป็นแนวทางที่จำเป็นสำหรับบุคลากรในการวางแผนป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยจัดการกับภาวะซึมเศร้า

3. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่น ณ คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดภาคเหนือจึงเป็นแนวทางที่จำเป็นสำหรับบุคลากรในการวางแผนป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุรา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยพบว่าตัวแปรทั้ง 2 คือ ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุรามีความ สัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นจากตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปร

เอกสารอ้างอิง

Assanangkornchai, S., Hmuktong, A., & Inthanon T., (2008). *A surveillance of drinking behaviors and other healt-risk behaviours among high school students in thailand.* Bangkok: Pimdee company. (InThai)

Akwarangkoon, S., Petsirason, R., & Noonill, N., (2006). Relationships between Depression and Suicide Risk among High school Thai student in Nakhon Si Thammarat Province. *Thai Journal of Nursing, 55*(1-4), 31-42. (InThai)

Akwarangkoon, S. (Editor). (2015). *Psychiatric-mental health nursing and art to Practice 1.* Mahawitthayalai Walailak: Time Printing. (InThai)

Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press. (InThai)

Cuijpers, P., & Smit, F. (2002). Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *Journal of affective disorders, 72*(3), 227-236. (InThai)

Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2016). *The report of the suicidal rate inThailand (The rate per hundred thousand population) Revised 1997-2015.* Retrieved from https://www.suicidethai.com/report/ (InThai)

Ditsayabut, S. (2007). Psychiatric and Mental Health Nursing. Si Sa Ket: Faculty of Nursing, Chalermkarnchana University. (InThai)

Gau, S. S. F., Chen, Y. Y., Tsai, F. J., Lee, M. B., Chiu, Y. N., Soong, W. T., & Hwu, H. G. (2008). Risk factors for suicide in Taiwanese college students. *Journal of American College Health, 57*(2), 135-142.

Gau, S. S. F., Chen, Y. Y., Tsai, F. J., Lee, M. B., Chiu, Y. N., Soong, W. T., & Hwu, H. G. (2008). Risk factors for suicide in Taiwanese college students. *Journal of American College Health, 57*(2), 135-142. (InThai)

Grazioli, V., Studer, J., Bagge, C., Rougemont-Bucking, A., Mohler-Kuo, M., Daeppen, J. B., & Gmel, G. (2016). *Depression, Alcohol use and Coping Drinking Motives: Examining Various Pathways Related to Suicide Attempt Among Young Men.* Sucht, 62(Supplement 1), 183.

Halter, J. H., Varcarolis, E. M., & Shoemaker, N. C. (2010). *Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach*, 212-245. (InThai)

Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 170*(3), 205-228. (InThai)

Hawton, K., Simkin, S., & Fagg, J. (1997). Deliberate selfharm in alcohol and drug misusers: patient characteristics and patterns of clinical care. *Drug and alcohol review, 16*(2), 123-129. (InThai)

Halter, J. H., Varcarolis, E. M., & Shoemaker, N. C. (2010). *Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach*, 212-245.

Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 170*(3), 205-228.

Jiang, Y., Pearlman, D. N., Hill, J., & Viner-Brown, S. (2016). Surveillance of suicide and suicide attempts among Rhode Island youth using multiple data sources. *Rhode Island medical journal (2013), 99*(12), 53-56. (InThai)

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Table for determining sample size from a given population. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607-610.

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Table for determining sample size from a given population. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607-610. (InThai)

Kantawong, E., Lirtmunlikaporn, S., & Unahalekhaka, A. (2015). Development of Alcohol Drinking Prevention among Secondary School Students Using School Participation. *Nursing Journal, 42*(3), 135-146. (InThai)

Kongpet, Ch. (2012). *Prevalence behavior and impact of alcohol consumption in undergraduated female students: a study in selected Technical College*. A thesis submit of the graduate school in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science in community health development. Graduate school, Khon Kaen University. (InThai)

Lotrakul, M. (2014). Suicide in Thailand between 1998 and 2002. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 48*(1), 251-259.

Murphy, G. E., & Wetzel, R. D. (1990). The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Archives of general psychiatry, 47*(4), 383-392. (InThai)

National Statistical Office. (2007). *Presentation of data from a survey smoking and alcohol drinking in 2007*. Retrieved from http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/ servey/ smorke Exe_50.pdf (InThai)

National Center For Suicide Prevention. (2016). The report of the suicidal attempt rate in Thailand. Retrieved from https://www.suicidethai.com/report/dmh/age_506s.asp (InThai)

Perera, B., Torabi, M. R., Jayawardana, G., & Pallethanna, N. (2006). Depressive symptoms among adolescents in Sri Lanka: Prevalence and behavioral correlates. *Journal of Adolescent Health, 39*(1), 144-146. (InThai)

Reangsing, Ch. (2011). Predictive Factors Influence Depression among Secondary School Students, Regional Education Office, Chiang Rai Province. *Thai Journal of Nursing Council, 26*(2), 42-56. (InThai)

Rukkhajeekul, S. (2013). Depression and Suicidal Behaviors among Naresuan University Students. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 58*(4), 359-370. (InThai)

Sanders, R. A. (2013). Adolescent psychosocial, social, and cognitive development. *Pediatrics in Review/American Academy of Pediatrics, 34*(8), 354-358.

Song, S. J., Ziegler, R., Arsenault, L., Fried, L. E., & Hacker, K. (2011). Asian student depression in American high schools: Differences in risk factors. *Journal of School Nursing, 27*(6), 455-462.

Srisatidnarakul, B. (2007). *The methodology in nursing research*. (Edition 4th). Bangkok: U & I inter media. (InThai)

Sriruenthong, W., Kongsuk, Th., Pangchun, W., Kittirattanapaiboon, P., Kenbubpha, K., Yingyeun, R., Sukawaha, S., & Leejongpermpoon, J. (2011). The Suicidality in Thai population: A National survey. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, *56*(4), 413-424. (InThai)

Sanders, R. A. (2013). Adolescent psychosocial, social, and cognitive development. *Pediatrics in Review/American Academy of Pediatrics, 34*(8), 354-358. (InThai)

Santrock, J. W. (2014). *Adolescence.* New York: McGraw-Hill Education. (InThai)

Song, S. J., Ziegler, R., Arsenault, L., Fried, L. E., & Hacker, K. (2011). Asian student depression in American high schools: Differences in risk factors. *Journal of School Nursing, 27*(6), 455-462. (InThai)

Tittabut, J. (2005). *Situation analysis of adolescent attempted suicide in Chaiprakarn District Chiang Mai Province Thailand.* A thesis submit of the graduate school in partial fulfillment of the requirements for the degree Master of Public health College of Public health Sciences. Graduate school, Chulalongkorn University. (InThai)

Trachoe, A., Kaewpornsawan, T., & Punyapas, S. (2013). Suicidal behavior in children and adolescents who received treatment at Siriraj Hospital. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 58*(4), 323-332. (InThai)

Wasserman, D., Cheng, Q. I., & Jiang, G. X. (2005). Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry*, *4*(2), 114-120. (InThai)

World Health Organization. (2013). *Suicide prevention (SUPRE)*. Retrieved from http://www. who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ (InThai)

World Health Organization. (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.* (1 ed.). France: WHO Library Cataloguing. (InThai)

Wasserman, D., Cheng, Q. I., & Jiang, G. X. (2005). Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry*, *4*(2), 114-120.

World Health Organization. (2013). *Suicide prevention (SUPRE)*. Retrieved from http://www. who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

World Health Organization. (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.* (1ed.). France: WHO Library Cataloguing.

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน : ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสารกลุ่มที่	สาขา
1	วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	0859-5992	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	2	มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

tci.thaijo@gmail.com

ถอดบทเรียน: คุณค่าผู้สูงอายุ ในฐานะผู้ถ่ายทอดภูมิปัญญาในด้านการดูแลสุขภาพ โดยนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

HEALTH CARE LESSONS FROM THAI WISDOM AS TAUGHT BY THE ELDERLY AND LEARNED BY NURSINGG STUDENTS. BOROMRAJO-NANI COLLEGE OF NURSING, NAKORN LAMPANG

เบญจมาศ ยศเสนา[1], ศรีจันทร์ พลับจั่น[2], ปานจันทร์ อิ่มหนำ[3]
Benchamat Yotsena[1], Srijan Pupjain[2], Panjan Imnum[3]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อ ทำการรวบรวมองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่ได้จากใบงานของนักศึกษาที่สะท้อนให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุผ่านองค์ความรู้ต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาภูมิปัญญาไทยกับการดูแลสุขภาพ จำนวน 57 คน และได้ทำการถอดบทเรียนจากใบงานดังกล่าว เพื่อให้ผู้ที่สนใจในประเด็นดังกล่าวเป็นข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา ตลอดจนผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญขององค์ความรู้ดังกล่าว เพื่อมิให้เลือนหายไปจากสังคมไทย จากผลการศึกษา พบว่า ถึงแม้มีความแตกต่างกันในเรื่องของภูมิลำเนาระหว่างภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แต่พิธีกรรมและความเชื่อต่าง ๆ มีความสอดคล้องกันอย่างเห็นได้ชัด ดังเช่น “พิธีเรียกขวัญ” “พิธีซ้อนขวัญ” “พิธีฮ้องขวัญ” เป็นพิธีกรรมที่ใช้ในการเรียกขวัญกำลังใจ หรือ “การอยู่ไฟ” “การอย่างไฟ” “การย่างไฟ” เป็นพิธีที่ใช้ในการดูแลสตรีหลังคลอดบุตร ถึงแม้ชื่อจะแตกต่างกันแต่มีเป้าหมายในการดูแลเรื่องเดียวกัน เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบ ปราชญ์ชาวบ้านที่มีความรู้ความสามารถแตกต่างกันตามความเชี่ยวชาญของบุคคล รวมไปถึงการใช้สมุนไพรต่าง ๆ ในการดูแลตนเองแทนการรักษาในแผนปัจจุบัน

คำสำคัญ: ภูมิปัญญา, ภูมิปัญญาไทย, การดูแลสุขภาพ

---

[1] วิทยาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

[2] วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

[3] หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

[1] Instructor of Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang.

[2] Instructor in Senior Professional Level of Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang.

[3] Head of Department in Maternal and Newborn Nursing Midwifery of Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang.

Abstract

This descriptive study aimed to accumulate available knowledge about Thai wisdom for health care that reflect the values of older persons via the experience of 57 nursing students who studied “Thai Wisdom for Health Care” at, Boromrajonani College of Nursing, Nakhon Lampang. Data were obtained by collecting information from worksheets.

The result demonstrated differences in geography of the Northern and Northeastern regions of Thailand has no impact on ritual practices and beliefs of local people. Riak Kwan (Hong Kwan) of the Northern region or Son Kwan in the Northeastern region is a ritual used to encourage and reassure patients. “Uefai”, a traditional practice for post-natal mothers, has different names in different areas of the two regions, but similar purpose; to revitalize mother’s health. Moreover, expertise of the Northern intellectuals in medicinal plant use for health care differs between the two regions.

Keywords: Wisdom, Thai Wisdom, Elderly Person

บทนำ

วิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของมนุษย์ในทุกๆ ชุมชน และสังคม จะสะท้อนให้เห็นถึงธรรมชาติ ความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และตัวบุคคลทำให้เกิดการสร้างสรรค์วัฒนธรรมที่เหมาะสม อันเนื่องมาจากการปรับตัว เพื่อความอยู่รอดของตนเอง ตลอดจนเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวของคนในชุมชน เมื่อระยะเวลาผ่านไป สิ่งที่ได้ยึดถือ ปฏิบัติกันในแต่ละรุ่น ได้มีการส่งต่อวัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีปฏิบัติ จนกลายเป็นภูมิปัญญาของชุมชนที่ได้สั่งสมสืบทอดเป็นมรดก และเชื่อมโยงมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันซึ่งใช้ในการดำเนินชีวิตจนถึงทุกวันนี้ ถึงแม้ว่าในสังคมปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าทางในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ และเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่เข้ามามีบทบาทในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคล แต่บุคคลก็ไม่สามารถที่จะปฏิเสธความเชื่อตามวิถีชุมชนต้นกำเนิดได้ ดังจะสะท้อนให้เห็นจากความรู้สึกของนักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการถ่ายทอดองค์ความรู้ ภูมิปัญญาของตนเองตามถิ่นกำเนิด ที่ปรากฏให้เห็นเด่นชัดว่า ถึงแม้จะมีการไหลบ่าของวัฒนธรรมตะวันตกที่เข้ามาสู่ประเทศไทย แต่วิถีปฏิบัติ ความเชื่อต่าง ๆ ก็ยังมีการถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นในสังคมของไทย โดยการถ่ายทอดองค์ความรู้ ภูมิปัญญาต่างๆ ที่ปรากฏในปัจจุบันเป็นหน้าที่ของผู้สูงอายุ ในการเป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดความรู้จากคนรุ่นหนึ่งสู่คนอีกรุ่นหนึ่ง โดยปราศจากอคติ ในฐานะบุคคลที่ต้องการการได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ จะต้องตระหนักถึงคุณค่าผู้สูงอายุในฐานะปูชนียบุคคล เป็นบุคคลสำคัญในการเชื่อมโยงความรู้จากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่งผ่านเรื่องเล่า คำสอน หรือข้อคิดให้แก่บุตรหลานในครอบครัว

ในการนำเสนอครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทำการรวบรวมข้อมูลจากใบงานในการเรียนการสอนในวิชาภูมิปัญญาไทย ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ที่สะท้อนให้เห็น ความเชื่อและวิถีปฏิบัติของบุคคลที่นักศึกษาได้รับ โดยการถ่ายทอดประสบการณ์ของตนเองผ่านใบงานความรู้ที่ได้รับมอบหมาย ผู้ศึกษาในฐานะผู้รับผิดชอบวิชาได้เล็งเห็นความสำคัญขององค์ความรู้ดัง

กล่าว และมีเจตนาที่จะเผยแพร่องค์ความรู้ดังกล่าวให้เป็นที่ประจักษ์แก่บุคคลผู้ที่สนใจ รวมถึงกระตุ้นให้บุคคลตระหนักถึงภูมิปัญญาของไทย ที่มีความเป็นเอกลักษณ์ และมีความโดดเด่นเฉพาะ เพื่อให้องค์ความรู้และภูมิปัญญาของไทยอยู่คู่กับสังคมไทยไปตลอดกาล

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นของทางภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สะท้อนให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุในการเป็นปูชนียบุคคลในสังคมไทย

การทบทวนวรรณกรรม

ความหมายของภูมิปัญญา

สำนักคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ (2559:52) ได้กล่าวไว้ว่าภูมิปัญญาท้องถิ่น (local wisdom) สะสมขึ้นมาจากประสบการณ์ของชีวิตสังคมในสภาพสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน และถ่ายทอดสืบทอดกันมาเป็นวัฒนธรรม การดำเนินงานด้านวัฒนธรรม จึงต้องใช้ปัญญาค้นหาสิ่งที่มีอยู่แล้ว ฟื้นฟู ประยุกต์ ประดิษฐ์ เสริมสร้างสิ่งใหม่บนรากฐานสิ่งเก่าที่ค้นพบนั้น นักฟื้นฟู นักประยุกต์ และนักประดิษฐ์คิดค้นทางวัฒนธรรมพื้นบ้านเหล่านี้ มีชื่อเรียกในเวลาต่อมาว่า “ปราชญ์ชาวบ้าน”หรือ “ผู้รู้ชาวบ้าน”และสติปัญญาที่นำมาใช้ในการสร้างสรรค์นี้เรียกว่า “ภูมิปัญญาชาวบ้าน”หรือ “ภูมิปัญญาท้องถิ่น”

ประเวศ วะสี (2536:21) ได้กล่าวว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่น เกิดจากการส่งสมการเรียนรู้มาเป็นระยะเวลายาวนาน มีลักษณะเชื่อมโยงกันไปหมดทุกสาขาวิชาไม่แยกเป็นวิชาแบบเรียนที่เราเรียน แต่เป็นการเชื่อมโยงกันทุกรายวิชาทั้งที่เป็นเศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ การศึกษาและวัฒนธรรมจะผสมกลมกลืนเข้าด้วยกัน

อานันท์ กาญจนพันธุ์ (2544, หน้า 170-171) กล่าวว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นกระบวนการเรียนรู้ตลอดเวลาและในภูมิปัญญาท้องถิ่นมีกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องจึงอาจเรียกได้ว่าภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็น ความรู้ที่ขึ้นอยู่กับการปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์หากในสังคมต่าง ๆ ปราศจากกระบวนการเรียนรู้ถึงแม้จะมีปัญญาก็ใช้ไม่ได้กับการพัฒนา เพราะการพัฒนา หมายถึง สถานการณ์ที่ไม่คงที่สถานการณ์ที่ผันแปรตลอดเวลามีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาถ้าหากความรู้มิได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้ก็ไม่สามารถที่จะเท่าทันการเปลี่ยนแปลงดังนั้น ภูมิปัญญาท้องถิ่นจึงต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษา ได้ให้ความหมายของ คำว่า “ภูมิปัญญา” หมายถึง องค์ความรู้ที่ได้รับการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษรุ่นสู่รุ่น ผ่านวิถีการดำเนินชีวิต คำบอกเล่า ประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งอาจจะเป็นความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ความนับถือในตัวบุคคล ทำให้เกิดการประพฤติปฏิบัติที่ดีงามสืบต่อเนื่องกันมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยแต่ละแห่งจะมีความแตกต่างกันไปตามบริบททางสังคม และสภาพแวดล้อมเนื่องจากภูมิปัญญาของชาวบ้านเกิดขึ้นจากพฤติกรรมในการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อสามารถดำรงชีพได้อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของบุคคล

ประโยชน์ของภูมิปัญญา

ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นเรื่องที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ที่ต้องพึ่งพาทรัพยากรธรรมชาติในพื้นที่สร้างความสมดุลระหว่างคนในสังคม และธรรมชาติได้อย่างยั่งยืน เป็นสิ่งที่บรรพบุรุษไทย ได้สร้างสรรค์ และมีการทอดมาอย่างต่อเนื่อง จากอดีตสู่ปัจจุบัน ทำให้คนในชุมชนเกิดความรัก และความภาคภูมิใจ ที่จะร่วมแรงร่วมใจสืบสานต่อไปในอนาคต เนื่องจากภูมิปัญญาทำให้เกิดความสามัคคีของคนในชุมชน ภูมิปัญญาสามารถปรับประยุกต์หลักธรรมคำสอน

ทางศาสนาใช้กับวิถีชีวิตได้อย่างเหมาะสม และสามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับยุคสมัย (สำนักสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม (สำนัก 6) สำนักงานกองทุนสุนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2554)

ดังนั้นภูมิปัญญาอาจจะเป็นสิ่งที่มิใช่รูปธรรมอย่างชัดเจน แต่อาจจะหมายถึงองค์ความรู้ แนวทางปฏิบัติเพื่อให้มนุษย์สามารถอยู่ร่วมกับธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมรอบตัวของตนเองได้อย่างปกติสุข ทั้งนี้อาจมีผลทางจิตใจ มีการถ่ายทอดจากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่งโดยไม่ผ่านกระบวนการของเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่แพร่หลายในปัจจุบัน

ระเบียบวิธีวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปางที่ลงทะเบียนเรียนวิชาภูมิปัญญาไทยกับการดูแลสุขภาพ จำนวน 57 คน ในปีการศึกษา 2559 โดย อาจารย์ผู้รับผิดชอบวิชาได้ทำการมอบหมายใบงานให้นักศึกษาเขียนเล่าประสบการณ์ในหัวข้อ “ภูมิปัญญาไทยกับการดูแลสุขภาพ” โดยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ช่วงเดือน พฤษภาคม – กรกฎาคม 2560 หลักจากนั้น อาจารย์ผู้รับผิดชอบวิชา ได้ตระหนักถึงองค์ความรู้ดังกล่าว เพื่อเป็นการอนุรักษ์และสืบสานภูมิปัญญาไทย จึงได้นำมาเรียบเรียงเพื่อเผยแพร่ ให้บุคคลที่สนใจต่อไป

ผลการศึกษา

จากการบอกเล่าประสบการณ์ภูมิปัญญาของนักศึกษาพยาบาลภายใต้ใบงานที่ได้รับมอบหมาย (วรรณวดี เนียมสกุล และคณะ, 2557) จำนวน 57 คน นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาที่มีภูมิลำเนาจากภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ซึ่งผู้ศึกษาได้รวบรวมโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ภูมิปัญญาที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีลักษณะคล้าย ๆ กัน ลักษณะภูมิประเทศที่มีความสลับซับซ้อนของเทือกเขาต่าง ๆ ทำให้วิถีชีวิตความเป็นอยู่มีความคล้ายเคียงกัน พบว่า มีทั้งเป็นแบบพิธีกรรมที่เกิดจากความเชื่อ กลายมาเป็นวิถีปฏิบัติในการรักษาโรคต่าง ๆ ตามความเชื่อของบุคคล ตลอดจนการใช้สมุนไพรที่มีในท้องถิ่นในการรักษา ดูแลสุขภาพ ยามเจ็บไข้ได้ป่วย หรือแก้อาการต่าง ๆ โดยจะแบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นการนำเสนอภูมิปัญญาของทางภาคเหนือในด้านพิธีกรรมในการดูแลรักษาสุขภาพ และส่วนที่สองจะเป็นการนำเสนอภูมิปัญญาในการใช้สมุนไพรในการดูแล รักษาสุขภาพ (สำนักการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

ภูมิปัญญาของทางภาคเหนือในด้านพิธีกรรมในการดูแลรักษาสุขภาพ ในเขตภาคเหนือตอนบนของประเทศไทยในสมัยอดีตการเดินทางไปพบแพทย์แผนปัจจุบันเป็นไปด้วยความยากลำบาก เนื่องจากพื้นที่แต่ละแห่งอยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาลของรัฐ ทำให้การวินิจฉัยโรคจากการเจ็บป่วย เป็นไปตามความเชื่อของชาวบ้าน โดยการถามร่างทรง หรือคนทรงเจ้าที่เป็นที่นับถือของคนในหมู่บ้าน เมื่อใดที่มีชาวบ้านเจ็บไข้ได้ป่วย ไม่สามารถรักษาให้หายจากอาการเจ็บป่วยได้ ร่างทรงก็จะเชิญวิญญาณผีบ้าน ผีเรือน เพื่อสอบถามอาการของผู้ป่วยว่าเกิดจากสาเหตุใด ซึ่งอาจจะเกิดจากกินอาหารผิดสำแดง หรือป่วยเพราะโดนไสยศาสตร์ซึ่งเกิดจากความเชื่อของคนในชุมชนที่แตกต่างกันไป

การรักษาอาการเจ็บป่วยตามร่างกาย จะใช้การรักษาโดยวิธีแหก เป็นการนำใบพลู 9 ใบ เป่าคาถา และรดน้ำมนต์ ทำอย่างต่อเนื่องจนอาการดีขึ้น หลังจากนั้นก็อาจจะมีพิธีกรรมการสะเดาะเคราะห์ในการเสริมดวงชะตาของผู้ป่วยเป็นพิธีกรรมเพื่อเรียกขวัญและกำลังใจของผู้ที่ได้รับ

อุบัติเหตุ หรือป่วยหนัก โดยต้องใช้ผู้ชายที่บวชเรียนแล้วเป็นผู้ทำพิธี ซึ่งจะต้องมีการทำสตวงที่ทำขึ้นจากหยวกกล้วย ที่ประกอบด้วย หุ่นปั้นที่ทำจากดินเหนียวที่เปรียบเสมือนตัวแทนของผู้ที่ต้องการสะเดาะเคราะห์ กับข้าว หวี กระจก โดยมีการทำพิธีสวดมนต์ เพื่อขอขมาเจ้ากรรมนายเวรของผู้ที่ประสบอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วย หลังจากเสร็จสิ้นพิธีกรรม ก็ต้องดื่มน้ำ และอาบน้ำที่ได้มาจากพิธีกรรม เป็นเวลา 3 วัน นอกจากนี้ยังมีพิธีกรรมที่สามารถทำร่วมกับพิธีกรรมการสะเดาะเคราะห์ คือ พิธีกรรมการสู่ขวัญ เป็นพิธีกรรมที่ใช้สร้างขวัญและกำลังใจ เป็นความเชื่อที่ว่า ร่างกาย คือ ธาตุ และจิตใจ คือ ขวัญ ซึ่งมี 32 ขวัญ ตามความเชื่อของชาวล้านนา ถ้าหากเจ็บป่วย ก็จะรู้สึกว่าขวัญหาย ต้องทำพิธีเรียกขวัญ เพื่อทำให้หายเจ็บป่วย ซึ่งมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้ คือ เตรียมบายศรีสำหรับสู่ขวัญที่ประกอบด้วย ไข่ต้ม ข้าวนึ่ง กล้วย เหล้า ไก่ ของหวาน ด้านสายสิญจน์สำหรับผูกข้อมือ หม้อที่มีรอยเขม่าติด (ภาษาท้องถิ่นเรียก “ขี้หมิ่นหม้อ”) โดยจะให้พ่อหนานทำพิธีสู่ขวัญ มีการป้อนข้าวขวัญ ผูกข้อมือ ฝากขวัญกับปู่ดำย่าดำ ซึ่งจะให้ผู้สู่ขวัญนำข้าว 1 ปั้น และกล้วย 1 ลูก นำไปวางที่หม้อมีหมิ่นและกล่าวฝากขวัญ เป็นการเสร็จพิธี (หม้อที่มีหมิ่นติด ต้องเป็นหม้อดินที่ผ่านการใช้งานโดยใช้ถ่าน ชาวเหนือเชื่อว่า เป็นปู่ดำย่าดำ

ในกรณีที่มีผู้ป่วยที่กระดูกหัก หรือป่วยเป็นโรคงูสวัด อาการปวดท้อง โรคผิวหนัง ในท้องถิ่นจะมีหมอเป่าที่ทำหน้าที่รักษาอาการโดยวิธีการเป่า ผู้ที่ทำหน้าที่นี้จะเป็นผู้ที่ได้รับความเคารพนับถือจากคนในชุมชน เป็นผู้ปฏิบัติรักษาศีล โดยถูกกล่าวนามว่า “หมอเป่า” ซึ่งจะทำการรักษาโดยการเสกคาถาอาคม ร่วมกับการเคี้ยวกระเทียม หรือเคี้ยวหมาก และในแถบภาคเหนือตอนล่างจะพบหมอเป่ากวักชุย โดยจะเตรียมเหล้าขาว หรือเหล้าที่ผลิตเองโดยชาวบ้านในท้องถิ่น โดยหมอเป่าจะมีการท่องคาถาลงไปในเหล้า แล้วนำเหล้าดังกล่าวไปลูบบริเวณที่บาดเจ็บ ส่วนใหญ่จะเป็นบริเวณหัวเข่า ขา มือ และแขน โดยจะลูบไปทางที่ออกไปจากตัวผู้ป่วย พร้อมกับบริกรรมคาถา เนื่องจากการเป่ากวักชุยนี้เป็นการเป่าเพื่อรักษาอาการต่าง ๆ ที่เกิดจากกระดูก เส้นเอ็น หรือกล้ามเนื้อ โดยมีความเชื่อว่าจะสามารถช่วยให้เส้นเอ็น หรือกระดูกสามารถประสานกันได้เร็วขึ้น ซึ่งสามารถทำไปพร้อมกันกับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน

นอกจากนี้ยังมีพิธีการที่แตกต่างจากพิธีกรรมที่ถ่ายทอดกันมาตามความเชื่อในการรักษาอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ สะท้อนให้เห็นกุศโลบายอันแยบยลของบรรพบุรุษในการสร้างขวัญและกำลังใจของผู้ที่เจ็บไข้ได้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับสุภาษิตคำพังเพยไทยที่กล่าวไว้ว่า “จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว” นอกจากนี้ ในภาคเหนือยังมีการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการรักษาอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

การนำสมุนไพรมาทำลูกประคบ เป็นการนำเอาสมุนไพรที่มีน้ำมันหอมระเหย หรือมีกลิ่นฉุน ประกอบด้วย ไพล ใบมะกรูด ตะไคร้ ใบมะขาม ขมิ้นชัน เกลือ การบูร ใบส้มป่อย มาห่อรวมกัน นำมานึ่งให้ร้อน ประคบบริเวณที่ปวด เพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อย เคล็ดขัดยอก คลายเส้น กระตุ้นการหมุนเวียนของโลหิต ลดไขมัน ความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นภูมิปัญญาชาวบ้านในการแก้อาการเคล็ดขัดยอก เหนื่อยล้าจากการทำงานของชาวบ้านได้เป็นอย่างดี

การรักษาโรคอีสุกอีใส โดยใช้สมุนไพรประกอบด้วย ใบมะยม ใบย่านาง และสะเดา 1) ใบมะยม และใบสะเดา นำมาต้มกับน้ำประมาณ 2-3 ลิตร ต้มประมาณ 20 นาที แล้ว นำไปผสมน้ำเย็น นำมาอาบเชื่อว่าใบสะเดา มีฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อราแบคทีเรีย และเชื้อไวรัส ในขณะที่ใบย่านาง มีสรรพคุณในการแก้ไข แก้เมาสุรา กระตุ้นระบบขับถ่าย โดยนำมาต้ม เพื่อดื่ม วันละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ ¼ แก้ว จะทำให้พิษไข้ที่เกิดจากอีสุกอีใสทุเลาลง นอกจากนี้รอยแผลที่เกิดจากโรคอีสุกอีใส จะใช้ใบเสลดพังพอน มาบดให้ละเอียดผสมกับดินสอพอง

ทาที่บริเวณแผลจะช่วยบรรเทาอาการคัน และทำให้แผล แห้งเร็ว ทั้งนี้ใบย่านางยังมีสรรพคุณในการป้องกันการเกิดโรคเกาต์ โดยนำใบย่านางมาต้มคั้นเอาน้ำ สามารถดื่มรับประทานได้เลย เก็บไว้ได้ประมาณ 3-5 วัน

สำหรับเด็กผู้หญิงที่อยู่ในระดับชั้นอนุบาลและประถมศึกษา จะพบว่า เด็กผู้หญิงส่วนใหญ่จะเคยเป็นเหา อาจจะเนื่องจากขาดการดูแล เอาใจใส่สุขภาพของเส้นผมและหนังศีรษะ ตลอดจนเป็นอาการที่สามารถติดต่อได้ง่ายจากความใกล้ชิดกันเด็ก ทำให้ผู้ปกครองต้องทำการดูแลลูกหลานที่เป็นผู้หญิงเพื่อการกำจัดเหา โดยการใช้ใบน้อยหน่า คือ นำใบน้อยหน่า ประมาณ 1 กำมือ ล้างให้สะอาด นำมาโขลกให้ละเอียดผสมน้ำ แล้วนำไปชโลมบนศีรษะให้ทั่ว นำผ้ามาคลุมไว้ประมาณ 1 ชั่วโมง แล้วล้างออกด้วยน้ำสะอาด ทำซ้ำประมาณ 2-3 ครั้ง เว้นระยะห่าง 1 สัปดาห์ ซึ่งยาที่ใช้ในการรักษาเหาสามารถหาได้ตามบ้านของตนเอง ประหยัดค่าใช้จ่าย ง่ายต่อการดำเนินการ และประหยัดค่าใช้จ่าย อีกทั้งไม่มีสารเคมีตกค้างในร่างกายของผู้ที่เป็นโรคเหาอีกด้วย นอกจากนี้ผลน้อยหน่ายังช่วยในการรักษาฝีได้อีกด้วย โดยการนำผลน้อยหน่าแห้งมาบดละเอียด ผสมกับน้ำทาบริเวณรอบที่เป็นตุ่มฝี จะรู้สึกเย็นบริเวณรอบแผล สามารถลดอาการปวด บวม อักเสบได้ สามารถทาได้บ่อยครั้งตามต้องการ จะเห็นได้ว่าสมุนไพรบางชนิดผลิตผลต่าง ๆ ของสมุนไพร สามารถนำมาใช้รักษาอาการต่าง ๆ รวมถึงการดูแลสุขภาพได้อย่างหลากหลายเป็นองค์ความรู้ที่ควรมีการถ่ายทอดให้แก่อนุชนรุ่นหลัง เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองให้ปลอดภัยจากสารเคมีต่าง ๆ ที่เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน

ในกรณีที่คนในครอบครัวเกิดบาดแผลสด สามารถที่จะหาสมุนไพรมารักษาได้ โดยใช้การฝื่นต้น เป็นชื่อที่เรียกในท้องถิ่นของภาคอีสานภาคเหนือจะเรียกว่า มะหุงแดง และภาคกลางจะเรียกว่ามะละกอฝรั่ง มี ลักษณะคล้ายต้นมะละกอ โดยใช้ยางจากต้นนี้ทาบริเวณที่เกิดบาดแผล ช่วยสมานแผล ทำให้แผลประสานกัน แห้งและหายไว แทนการรักษาแผลสดที่ใช้ ยาแผลแดง หรือยาแผลเหลืองในปัจจุบัน

เนื่องจากในอีกผลิตภัณฑ์การดูแลเส้นผมและหนังศีรษะยังไม่เป็นที่แพร่หลายในปัจจุบัน จึงได้มีการนำผลมะกรูดที่มีสรรพคุณในการช่วยดูแลเส้นผมมาใช้ในการดูแลหนังศีรษะ ขจัดรังแค และแก้ผมหงอกแทนการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของสารเคมีในปัจจุบัน โดยการนำผลมะกรูดมาย่างไฟ ให้สุกพอประมาณ หลังจากนั้นนำมาผสมกับน้ำซาวข้าวและผลส้มป่อย แช่ผสมกันไว้ 15 นาที นำไปชโลมทั่วหนังศีรษะ ทิ้งไว้อีก 15 นาที นำมาหมักผม หลังจากนั้นล้างผมให้สะอาด แล้วใช้หวีสางผมเอาใยมะกรูดที่ติดกับเส้นผมออก ทำเป็นประจำเดือนละ 1-2 ครั้งจะพบว่า เส้นผมดำเงางาม อีกเรื่องเล่าหนึ่งจากคุณยายวัย 89 ปี ที่ถ่ายทอดภูมิปัญญาความรู้ให้แก่ลูกหลานฟัง คุณยายบอกว่า “มะกรูดช่วยแก้ไข แก้ท้องเฟ้อ ทำให้ผมดำเงางาม น้ำซาวข้าว ช่วยบำรุงเส้นผม ไม่เป็นรังแค ถ้านำมาล้างหน้าจะช่วยให้ผิวบริเวณใบหน้าไม่มัน หน้าขาวนวลได้อีกด้วย”

ในชนบทจะมีหมอยาเมืองที่เปรียบเสมือนปราชญ์ชาวบ้านในปัจจุบัน ที่ทำหน้าที่คอยให้คำแนะนำการใช้สมุนไพรในท้องถิ่นที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น ดอกหญ้าน้ำค้าง จะใช้ในการแก้ท้องมาน และบำรุงตับ บำรุงหัวใจ ธาตุต่าง ๆ ในร่างกาย, ผักหนามปู่ย่า ใช้ในการแก้ปวดท้อง ปวดตามข้อ บำรุงกำลัง, รากหญ้าขัด แก้อาการท้องเสีย โรคกระเพาะ ขับโลหิต เมื่อนำสมุนไพรทั้งสามมาต้มรวมกับข้าวสาร 7 เม็ด ต้มจนเดือด และนำมาดื่ม 3 เวลาหลังมื้ออาหาร สามารถแก้อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ ปวดท้องต่าง ๆ และบำรุงกำลังได้เป็นอย่างดี

ในขณะที่ภูมิปัญญาที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากการถอดบทเรียน พบว่า มีพิธีกรรมต่างๆ ที่สอดคล้องกับการดำรงชีวิต กล่าวคือ พิธีซ้อนขวัญ ถ้าในภาคเหนือจะเรียกพิธีนี้ว่า “พิธีฮ้องขวัญ”เป็นพิธีการที่ใช้เรียกขวัญและกำลังใจของผู้ที่ประสบอุบัติเหตุ โดยการ

ให้ญาติพี่น้องหรือสมาชิกในบ้านนำผู้ประสบอุบัติเหตุนอนย่างไฟอยู่บนแคร่ไม้ โดยใช้ใบพลับพลึง ใบละหุ่ง หรือใบหนาด อย่างใดอย่างหนึ่งและผ้าห่มผืนบาง ๆ ปูรองไว้ จุดไฟในเตาถ่านให้มีความร้อนพอประมาณ และให้บุพการีเป็นคนคอยดูไฟเพื่อไม้ให้ร้อนจนเกินไป ซึ่งพิธีกรรมดังกล่าวจะดำเนินการโดย “หมอธรรม” โดยจะจัดดอกไม้ธูปเทียนไปยังจุดเกิดเหตุ เพื่อเรียกขวัญให้กลับมาอยู่กับตัวของผู้ป่วย เป็นพิธีกรรมทางความเชื่ออีกอย่างหนึ่งทางภาคอีสานที่นิยมปฏิบัติหลังจากมีสมาชิกในบ้านได้รับอุบัติเหตุ

สมุนไพรที่เป็นที่นิยมใช้ในการรักษาบาดแผลสดในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ “สาบเสือ” เป็นสมุนไพรพื้นบ้านที่หาได้ง่ายตามครัวเรือน โดยการนำมาใช้รักษาแผลสด คือ นำมาขยี้ให้ละเอียดพอสมควรแล้วพอกบริเวณแผลสด เลือดจะหยุดไหล หลังจากนั้นค่อยทำแผล นอกจากนี้ในอดีต คนที่อาศัยอยู่ตามชนบท มักจะมีกิจกรรมเข้าป่าล่าสัตว์ สมุนไพรที่เรียกว่าสาบเสือจะทำหน้าที่เปรียบเสมือนเสื้อเกราะให้กับพราน โดยการทำมาทาบริเวณทั่วลำตัว เนื่องจากกลิ่นที่แรงจากสมุนไพรดังกล่าว ทำให้สัตว์ต่างๆ ที่ได้กลิ่นสมุนไพรสาบเสือต่างไม่กล้าเข้าใกล้ เพราะเข้าใจว่าเป็นเสือ ด้วยเหตุนี้จึงเป็นที่มาของชื่อสมุนไพร “สาบเสือ”

“ใบหนาด” เป็นสมุนไพรอีกชนิดหนึ่งที่เป็นที่นิยมในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แก้อาการปวดเมื่อยต่าง ๆ ตามร่างกาย ด้วยวิถีชีวิตของชาวชนบท ส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนินกิจกรรมทางการเกษตร ทำให้ต้องใช้แรงงานในการทำงาน จึงมีอาการปวดเมื่อยล้าที่เกิดจากการทำงานระหว่างวัน ใบหนาดจึงถูกนำมาใช้ในการรักษาอาการปวดเมื่อยอยู่บ่อยครั้ง เพราะสามารถหาได้ง่ายในท้องถิ่นและราคาไม่แพง โดยเอามาต้มใส่น้ำอาบ เพื่อให้ซึมลงสู่ผิวหนัง อีกทั้งยังทำให้รู้สึกสดชื่น

“เปลือกต้นแค” แก้โรคร้อนใน โดยการนำเอาเปลือกข้างในต้นแคที่เป็นสีขาวมาเคี้ยวให้ยางของต้นแคจนเกิดรสชาติฝาดในปาก อมไว้ในปากประมาณ 2-3 นาที แล้วจึงคายทิ้งหรือสามารถกลืนเลยก็ได้ แทนการรักษาแผลร้อนในในปาดด้วยยาทาแผนปัจจุบัน

นอกจากนี้ยังมีเครื่องปรุงรสที่มีอยู่ในทุกบ้าน ๆ ในการช่วยรักษาอาการต่าง ๆ เช่น “เกลือแกง” เป็นเครื่องปรุงรสชนิดหนึ่งที่อยู่คู่กับครัวไทยมานานแสนนาน นอกจากเกลือแกงให้รสเค็มสำหรับการปรุงอาหารแล้ว ยังสามารถนำมาใช้ในการรักษาอาการปวดฟัน ปวดเหงือก ซึ่งสรรพคุณที่ช่วยในการขจัดหินปูน และฆ่าเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก และยับยั้งการเกิดกลิ่นปาก โดยเอาเกลือแกงมาใช้แทนยาสีฟัน หรือนำเกลือแกงทาบริเวณที่ปวดหรือนวดคลึงเพื่อบรรเทาอาการปวดในช่องปาก นอกจากนี้การนำเอาเกลือแกงมาผสมกับน้ำมะนาว ยัง ช่วยลดอาการไอขับเสมหะ ได้เป็นอย่างดี

นอกจากทางภาคเหนือจะมีหมอยาที่ทำหน้าที่รักษาอาการต่าง ๆ ทางสุขภาพโดยใช้สมุนไพรพื้นถิ่นในการรักษา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีหมอยาฮากไม้ที่ใช้รากของสมุนไพรต่าง ๆ ในการรักษาอาการต่าง ๆ เช่นกัน โดยจะมีการปรุงยารักษาตามอาการที่แสดง โดยนำเอารากสมุนไพรที่มีสรรพคุณต่าง ๆ มาฝน และจะมีพิธีการครอบครูหรือบูชาครูด้วยขันดอกไม้ ธูปเทียน เครื่องหอม และเงินจำนวนหนึ่ง จากนั้นจึงเริ่มฝนยา โดยนำรากสมุนไพรที่มีสรรพคุณรักษาอาการตามที่ได้รับแจ้งมาถูฝนกับแผ่นหินที่มีขนาดเท่าฝ่ามือ เมื่อฝนแล้วก็เอาแผ่นหินจุ่มลงน้ำ ตัวยาที่ฝนออกจะละลายในน้ำ เป็นน้ำยาที่สกัดออกมา ซึ่งในแถบภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะเรียกว่า “ยาซุม” สามารถนำมาดื่มแทนน้ำใช้ในการรักษาอาการต่างๆ

ถึงแม้ว่าวิวัฒนาการในปัจจุบันจะมีความก้าวล้ำในทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแล รักษาสุขภาพของมนุษย์อย่างแพร่หลาย แต่ยังมีภูมิปัญญาบางอย่างที่ยังทรงคุณค่าต่อการดำเนินชีวิตอย่างลึกซึ้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสุภาพสตรี ที่ไม่

ว่าระยะเวลาจะผ่านไปนานแสนนานแค่ไหน ภูมิปัญญาในการดูแลตนเองหลังคลอดยังคงเป็นตำนานที่สืบทอดจากรุ่นสู่รุ่น (อรทัย แซ่ตั้ง, 2556) ในภาคเหนือ เรียกว่า “การอยู่ไฟ” หรือ “การอยู่เดือน” ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะเรียกว่า “การย่างไฟ” “การอย่างไฟ” หรือ “การอยู่กรรม” ถึงแม้ชื่อจะเรียกแตกต่างกันไปตามท้องถิ่น แต่ขั้นตอนหรือวิธีกรรมไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ การอยู่ไฟเป็นการฟื้นฟูสุขภาพร่างกายของผู้หญิงหลังคลอด ลดความเจ็บปวดต่าง ๆ หลังคลอดได้เป็นอย่างดี มดลูกเข้าอู่ได้ไว ช่วงระยะเวลาที่อยู่ไฟจะต้องดื่มน้ำอุ่น อาบน้ำอุ่น ห้ามรับประทานของเย็น ระยะเวลาที่อยู่ไฟ ประมาณ 7-30 วัน ขึ้นอยู่กับความเชื่อของคนในแต่ละท้องถิ่น นอกจากนี้การอยาไฟยังมีขั้นตอนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอีก เช่น การนวดประคบโดยใช้ลูกประคบที่ห่อด้วยสมุนไพรต่างๆ เช่น ขมิ้น ตะไคร้ การบูร ใบส้มป่อย มานวดตามร่างกายและเต้านม เพื่อช่วยลดอาการปวดเมื่อยและรักษาแผลฝีเย็บหลังคลอด การเข้ากระโจมและการอบสมุนไพร เป็นการอบตัวด้วยไอน้ำ ที่มาจากน้ำต้มสมุนไพรต่าง ๆ ทำให้ผิวพรรณเปล่งปลั่ง การนาบหม้อเกลือหรือการทับหม้อเกลือ เป็นการใช้หม้อเกลือมาประคบหน้าท้อง และส่วนต่างๆ ของร่างกาย จะช่วยขับน้ำคาวปลาและช่วยให้มดลูกหดรัดตัว เข้าอู่เร็วขึ้น ซึ่งขั้นตอนต่างๆ ที่เกิดขึ้นของการดูแลหญิงหลังคลอดมักจะมีความละเอียดอ่อน เนื่องจากเป็นความเชื่อว่า สตรีที่เพิ่งคลอดลูกจะต้องดูแลตนเองมากกว่าปกติ เพราะต้องฟื้นฟูร่างกายตนเอง และเตรียมพร้อมเพื่อที่จะให้นมบุตร

คนในท้องถิ่นส่วนมากไม่นิยมไปหาแพทย์แผนปัจจุบัน เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการเดินทางอาจจะสูง หรือจำนวนผู้เข้ารับบริการทางการแพทย์ที่มีเป็นจำนวนมาก ทำให้คนในชนบทส่วนใหญ่มองว่าถ้าหากไม่ได้มีอาการเจ็บป่วยขั้นรุนแรง หรือล้มหมอนนอนเสื่อ ก็จะมักหาวิธีดูแลรักษาสุขภาพ ตามวิถีชีวิตในท้องถิ่นของตนเอง ดังนั้นประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ถูกได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพผ่านเรื่องเล่า พิธีกรรม การดำเนินชีวิตต่าง ๆ สะท้อนให้เห็นว่า องค์ความรู้ต่างๆ ไม่ได้ถูกถ่ายทอดบนตัวหนังสือแต่เพียงอย่างเดียว สามารถถ่ายทอดผ่านการเรียนรู้ด้วยตนเอง ประสบการณ์ต่าง ๆ ตลอดจนวิถีการดำเนินปฏิบัติต่างๆ มีการสืบทอดต่อกันเรื่อยมา ดังเช่นภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นเรื่องราวที่มีการสืบทอดจากรุ่นสู่รุ่น พิธีกรรมบางอย่างมีการปรับให้สอดคล้องกับยุคสมัย สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกิดขึ้นแต่ละแห่ง มักมีความแตกต่างกันในเรื่องของการดำเนินพิธีกรรม ชื่อเรียก เป็นต้น ซึ่งองค์ความรู้ต่างๆ ที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นพิธีกรรม หรือภูมิปัญญาต่าง ๆ มักจะเป็นเรื่องของความเชื่อ การประพฤติปฏิบัติตนอยู่ในศีลธรรมอันดี การส่งเสริมให้กำลังใจ เพื่อให้สามารถผ่านพ้นกับอุปสรรคดังกล่าวไปได้ เช่น การเสียขวัญและกำลังใจจากการประสบอุบัติเหตุ นอกจากนี้ภูมิปัญญาในการใช้สมุนไพรท้องถิ่นในการรักษาสุขภาพของตนเองเป็นสิ่งที่ปรากฏอย่างชัดเจนในอดีต (อุทิศ เชาวลิต, 2549) ในขณะที่ปัจจุบันความรู้ในการใช้สมุนไพรพื้นบ้านได้เลือนรางลงไป หจากความทันสมัยทางการแพทย์และการพยาบาลที่เข้ามามีบทบาทมากขึ้น อย่างไรก็ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นองค์ความรู้ที่มีการสืบต่อจากบรรพบุรุษ ถึงแม้ว่าจะมีการนำวิทยาการการักษาสมัยใหม่เขามาใช้ในการดูแลสุขภาพ แต่ก็ควรตระหนักถึงภูมิปัญญา โดยสามารถนำภูมิปัญญาและการรักษาแผนปัจจุบันมาใช้ร่วมกันในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพอย่างสูงสุด ประกอบกับเป็นการรักษาความรู้ ภูมิปัญญาต่าง ๆ ของคนไทยให้สืบต่อไปตราบนานเท่านาน

เอกสารอ้างอิง

กรมส่งเสริมวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม. (2559). *วัฒนธรรม วิถีชีวิต และภูมิปัญญา.* พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: รุ่งศิลป์การพิมพ์ จำกัด.

วรรณวดี เนียมสกุล และคณะ. (2557). *ประสบการณ์ชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในการบริการวิชาการที่บูรณาการงานทำนุบำรุงศิลปะวัฒนะรรมกับการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์1*. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, 6(2), หน้า 60-73.

วัฒนะ กัลป์ยาพัฒนกุล. (2551). *การสร้างสรรค์และการเผยแพร่วัฒนธรรมไทย*อ้างถึงในวัฒนธรรมไทย หน้า 189-207.มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย: กรุงเทพฯ.

สำนักการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สำนักสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม (สำนัก 6) สำนักงานกองทุนสุนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2554) *จดหมายข่าว: เพื่อสร้างสุข ภูมิปัญญาท้องถิ่น กับการสร้างเสริมสุขภาพ*. สืบค้นเมื่อ 11 กรกฎาคม 2560 จาก http://www.thaihealth.or.th/data/ecatalog/328/pdf/328.pdf

อรทัย แซ่ตั้ง. (2556). *รายละเอียดประสบการณ์ภาคสนาม (มคอ. 3) วิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 ประจำภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2556*.วิทยาลัยพยาบาลบรม-ราชชนนีอุตรดิตถ์: อุตรดิตถ์.

อุทิศ เชาวลิต. (2549). *ภูมิปัญญาไทยและภูมิปัญญาท้องถิ่น.*อ้างถึงในวิถีไทยหน้า 245-278 พิมพ์ครั้งที่ 4. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต:กรุงเทพฯ.