

สรุปผลงานทางวิชาการของอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๑

แหล่งเผยแพร่	ค่าน้ำหนัก	จำนวน	คะแนนรวม
วารสารในฐานข้อมูล TCI กลุ่ม ๑	๐.๘	๑๑	๘.๘
การประชุมวิชาการระดับนานาชาติ	๐.๕	๖	๓.๕
	คิดเป็นผลรวมถ่วงน้ำหนัก		๑๑.๒

ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการที่ตีพิมพ์เผยแพร่ปี พ.ศ. ๒๕๖๑

ของอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร

ลำดับ	ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย	ลักษณะงาน	ชื่อวารสาร	ระดับคุณภาพ	น้ำหนัก
๑	การเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ	ปานจันทร์ อิ่มหน้า เบญจมาศ ยศเสนา ศรีจันทร์ พลับจั่น	บทความวิจัย	ปัญญาวิวัฒน์ ปีที่ ๑๐ ฉบับที่ ๒ พฤษภาคม-สิงหาคม๒๕๖๑	TCI กลุ่ม ๑	๐.๘
๒	ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ	ปานจันทร์ อิ่มหน้า เบญจมาศ ยศเสนา ศรีจันทร์ พลับจั่น	บทความวิจัย	ประชากรศาสตร์ ปีที่ ๓๔ ฉบับที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๑	TCI กลุ่ม ๑	๐.๘
๓	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพลิ้วที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด	พรณี ไพศาลทักษิณ อภิรติ คำเงิน จันทร์จิรา ยานะชัย	บทความวิจัย	วารสารการพยาบาลการสาธารณสุข และการศึกษา Nursing Public Health and Education Journal ปีที่ ๑๙ฉบับที่ ๒ พฤษภาคม – สิงหาคม ๒๕๖๑	TCI กลุ่ม ๑	๐.๘
๔	การพัฒนาหุ่นจำลองดูดเสมหะ: version ๒ Suction Model ๒ for Suction Skill Practice.	เยาวลักษณ์ คุมขวัญ พรณี ไพศาลทักษิณ วัชรพร ลำเจียกเทศ เครือวัลย์ สารเดือนแก้ว อนุรักษ์ แสงจันทร์ วิภา เอี่ยมสำอางค์ จารามิลโล	บทความวิจัย	วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ ปีที่ ๑๐ ฉบับที่ ๒ กรกฎาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑	TCI กลุ่ม ๑	๐.๘
๕	การพัฒนาแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง	ถาวร ล่อกา	บทความวิจัย	วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ ๑๑ ฉบับที่ ๑ มกราคม – เมษายน ๒๕๖๑ pp ๖๖-๗๒	TCI กลุ่ม ๑	๐.๘

ลำดับ	ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย	ลักษณะงาน	ชื่อวารสาร	ระดับคุณภาพ	น้ำหนัก
๖	การพัฒนารูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพประชาชนของสถานพยาบาลของรัฐ ในพื้นที่จังหวัดลำปาง	ถาวร ล่อกา	บทความวิจัย	วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ ๑๑ ฉบับที่ ๑ มกราคม – เมษายน ๒๕๖๑ pp ๑๒๖-๑๓๓	TCI กลุ่ม ๑	๐.๘
๗	การวิจัยและพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน จังหวัดลำปาง	ณัฏฐ์ธรรณ ปัญจพันธ์ ถาวร ล่อกา	บทความวิจัย	วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ ๑๑ ฉบับที่ ๑ มกราคม – เมษายน ๒๕๖๑ pp ๓๖๖-๓๘๐	TCI กลุ่ม ๑	๐.๘
๘	ปัจจัยเชื่อมโยงมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา	ณัฏฐ์ธรรณ ปัญจพันธ์ ยงยุทธ แก้วเต็ม ถาวร ล่อกา สุวัฒนา คำสุข วลัยลักษณ์ ชันทากานต์สิริ นาครักษ์	บทความวิจัย	วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ ปีที่ ๑๑ ฉบับที่ ๑๒ พฤษภาคม-สิงหาคม ๒๕๖๑	TCI กลุ่ม ๑	๐.๘
๙	การพัฒนาแบบประเมินวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ ๒ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท	ณัฏฐ์ธรรณ ปัญจพันธ์	บทความวิจัย	วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีที่ ๑๑ ฉบับที่ ๑๓ กันยายน-ธันวาคม ๒๕๖๑	TCI กลุ่ม ๑	๐.๘
๑๐	ผลของการใช้กระบวนการจัดตปัญหาต่อความรู้ในการวางแผนครอบครัวของนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต ๕ จังหวัดชัยนาท	ณัฏฐ์ธรรณ ปัญจพันธ์	บทความวิจัย	วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้ ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๓ กันยายน-ธันวาคม	TCI กลุ่ม ๑	๐.๘
๑๑	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต	วรภรณ์ ทินวัง รุ่งนภา สุนันทิโสภาส	บทความวิจัย	วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ ๑๑ ฉบับที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๑, หน้า ๙๒-๙๙	TCI กลุ่ม ๑	๐.๘

ลำดับ	ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย	ลักษณะงาน	ชื่อวารสาร	ระดับคุณภาพ	น้ำหนัก
๑๒	การถอดบทเรียน : คุณค่าผู้สูงอายุในฐานะผู้ถ่ายทอดภูมิปัญญาในด้านการดูแลสุขภาพโดยนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง	ปานจันทร์ อิ่มหนา เบญจมาศ ยศเสนา ศรีจันทร์ พลับจั่น	บทความวิจัย	วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีที่ ๓๗ ฉบับที่ ๖ พฤศจิกายน - ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๑	TCI กลุ่ม ๒	๐.๔
๑๓	Ordinary Happiness from Being Mobile Aging: Experiences of Thai Older Persons Using Assistive Mobility Technologies	Thaworn Lorga	บทความวิจัย	Proceedings QRiNH๒๐๑๘	Proceedings การประชุมวิชาการระดับนานาชาติ	๐.๔
๑๔	Managing a Fine Line between Life Saving and Life Threatening: Experience of People Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis	Piyatida Junlapeeya, Thaworn Lorga	บทความวิจัย	Proceedings QRiNH ๒๐๑๘	Proceedings การประชุมวิชาการระดับนานาชาติ	๐.๔
๑๕	Maintaining Water Balance: A Principal Mechanism in Controlling Symptoms associated with Heart Failure	Piyatida Junlapeeya, Thaworn Lorga,	บทความวิจัย	Proceedings QRiNH ๒๐๑๘	Proceedings การประชุมวิชาการระดับนานาชาติ	๐.๔
๑๖	Experiential, Expressive and Equilibrium Belongingness: Psycho-spiritual Therapeutic Values of Senior Citizen Club for Octogenarian Members	Kesorn Maneewan Payom Thinuan Thaworn Lorga	บทความวิจัย	Proceedings QRiNH๒๐๑๘	Proceedings การประชุมวิชาการระดับนานาชาติ	๐.๔
๑๗	An Oral Tradition of Homeostasis: A Qualitative Study of Local Wisdoms Used by Postpartum Thai Women in Lampang	Prissana Naunboonruang, Thaworn Lorga,	บทความวิจัย	Proceedings QRiNH๒๐๑๘	Proceedings การประชุมวิชาการระดับนานาชาติ	๐.๔

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน :

ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสาร กลุ่มที่	สาขา
1	วารสารปัญญากวีวัฒน์	1906-7658	สถาบันการจัดการ ปัญญากวีวัฒน์	1	มนุษยศาสตร์และ สังคมศาสตร์

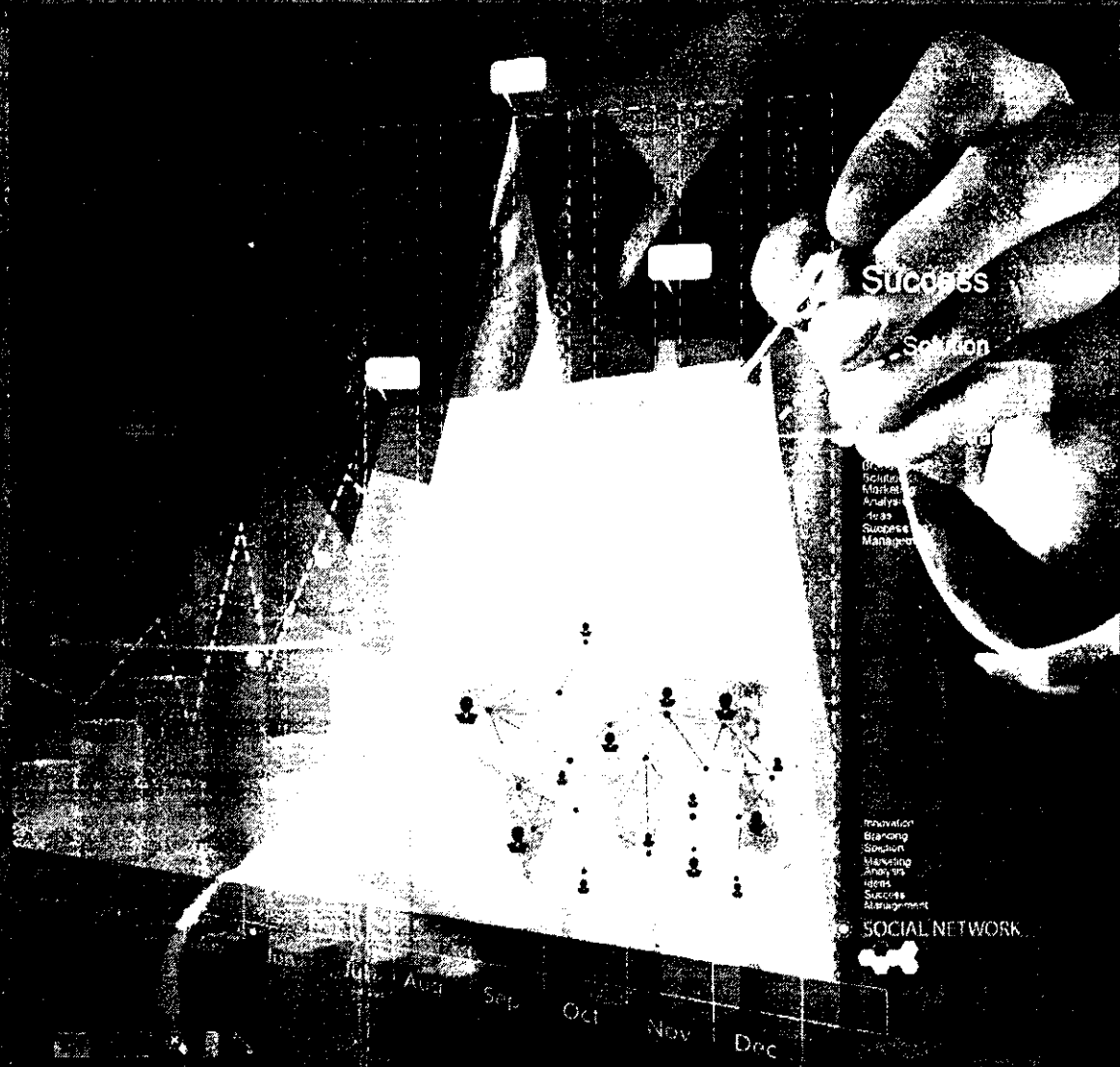
[Back to top](#)



๒๕๖๑

ปญญาภิวัฒน์

PANYAPIWAT JOURNAL
Volume 10 No. 2 May - August 2018



Success

Solution

Success
Solution
Management

Innovation
Branding
Solution
Marketing
Strategy
Success
Management

SOCIAL NETWORK



ISSN 1906-7658

วารสารปญญาภิวัฒน์ (PANYAPIWAT JOURNAL)

พจนานุกรมของศูนย์การพิมพ์และศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย
(Thai-Journal Citation Index Centre-TJCI) และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1
และอยู่ในฐานข้อมูล ASEAN Citation Index (ACI)

วารสารปัญญาภิวัฒน์ ปีที่ 10 ฉบับที่ 2
พฤษภาคม-สิงหาคม 2561

PANYAPIWAT JOURNAL Volume 10 No.2
May-August 2018

สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์

วารสารปัญญาภิวัฒน์ ปีที่ 10 ฉบับที่ 2

พฤษภาคม-สิงหาคม 2561

PANYAPIWAT JOURNAL Volume 10 No.2

May–August 2018

จัดทำโดย

งานบริหารจัดการปัญญาภิวัฒน์

85/1 หมู่ 2 ถนนแจ้งวัฒนะ

ตำบลบางตลาด อำเภอปากเกร็ด

จังหวัดนนทบุรี 11120

โทรศัพท์ 0-2855-1102, 0-2855-0908

โทรสาร 0-2855-0392

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์ เมธีบุรุษสงเคราะห์มหาวิทยาลัย

ถนนพญาไท ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 0-2218-3549-50 โทรสาร 0-2218-3612

<http://www.mprint.chulalongkorn.ac.th>

E-mail: supra.nit@outmail.com

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

การเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

WOMEN'S HEALTH PREPAREDNESS BEFORE ENTERING THE AGEING

ปานจันทร์ อัมหนา¹ เบนจมาศ ยศเสนา² และศรีจันทร์ พลับจัน³

Panjan Imnum¹ Benchamat Yotsena² and Srijan Pupjain³

^{1,2,3}วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

^{1,2,3}Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ 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) การเยี่ยมเยียนจากบุตรอย่างน้อยปีละ 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 ซึ่งอาจเป็นเพราะไม่มีเวลาหรือสุขภาพไม่เอื้ออำนวย โดยเฉพาะผู้ที่มีรายได้น้อยส่วนใหญ่จะไม่มีเวลา ต้องทำงานหนัก และไม่มีเวลาเพียงพอที่จะดูแลสุขภาพหรือเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ จึงทำให้ความสนใจต่อการดูแลสุขภาพลดลง ดังนั้นสตรีที่ไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมจึงควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพและได้รับการกระตุ้นเตือนหรือรณรงค์เพื่อให้มีสุขภาพหรือมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อมของสตรี ผู้สูงอายุ สุขภาพ

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 สภาพดังกล่าวบั่นทอนศักยภาพของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมดำเนินชีวิตประจำวัน และโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในสังคม รวมถึงผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติโดยรวมจากการที่ผู้ทุพพลภาพต้องพึ่งพาด้านการดูแลเกื้อหนุน รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ต้องมีมากขึ้น (Berkman & Harootyan, 2003) จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางประชากรดังกล่าวพบว่า ในภาพรวมของประเทศไทยในช่วงหลังศตวรรษที่ 20 อัตราการตายของผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลง แต่ภาวการณ์เจ็บป่วยและทุพพลภาพยังเพิ่มขึ้นอยู่ จึงเป็นสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเชิงสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุไทยที่ยังอยู่ในช่วงการขยายตัวของภาวการณ์เจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิงที่น่าจะเป็นกลุ่มที่มีการขยายตัวของภาวะทุพพลภาพมากกว่าชาย (Jitapunkul, 2000: 42-9) จากผลกระทบทางสุขภาพดังกล่าวที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงน่าจะเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการทุพพลภาพมากกว่าชาย แต่ปัญหาดังกล่าวก็มีแนวโน้มที่จะเพิ่มพูนความสำคัญในเพศชายเช่นกัน แม้ว่าข้อมูลงานวิจัยของไทยที่ศึกษาภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุยังมีไม่มาก และพบสอดคล้องกันว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสพบภาวะทุพพลภาพสูงกว่าเพศชาย ซึ่งเป็นผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมถึงผลจากปัจจัยหลายประการ อาทิ ปัจจัยด้านสังคม ชุมชน และครอบครัว (Boonyakawee, 2007)

ดังนั้นในการศึกษารุ่นนี้จึงเป็นการศึกษาสถานการณ์การเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อนำไปสู่การวางแผนและการจัดทำนโยบายในการส่งเสริมให้ประชากรไทยมีการเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น อันจะทำให้ประชากรของประเทศมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุทั้งด้านสุขภาพและสังคม ได้อย่างเหมาะสมตามเพศ

ทบทวนวรรณกรรม

ก. แนวคิดเกี่ยวกับเพศภาวะ (Gender) (Udry, 1994; Casado, 2006) เป็นแนวคิดพื้นฐานในความพยายามที่จะทำความเข้าใจถึงความเชื่อมโยงระหว่างเพศ บทบาทเพศที่เกิดขึ้นจากสถานภาพทางสังคม จนเกิดการตั้งคำถามถึงความแตกต่างระหว่างเพศ (sex) กับ บทบาทในการดำรงชีวิตของแต่ละเพศภาวะ (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 คนในทุกสังคมและวัฒนธรรมมีส่วนร่วม และเราไม่สามารถทำการเปลี่ยนแปลงสภาวะดังกล่าวได้ แต่ “เพศภาวะ” คือ คุณสมบัติที่ผันแปรไปตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรม

อีกทั้งนักสตรีนิยมหลายคนได้เชื่อว่า สามารถเปลี่ยนแปลงคุณสมบัติทางเพศภาวะได้ ซึ่งถือว่า ทศณะดังกล่าวสำคัญยิ่ง ทั้งนี้การให้คุณค่าแก่นมนุษย์แต่ละเพศไม่ทัดเทียมกัน 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 กับการเจ็บป่วยเป็นโรค และการทุพพลภาพ Yount & Agree (2005) ได้กล่าวว่า เป็นปัจจัยภาวะสุขภาพ มีอิทธิพลในระดับสูงต่อการทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ การมีโรคเรื้อรัง ปัญหาบกพร่อง ขาพิการ ซึมเศร้า สูบบุหรี่ และความบกพร่องในการมองเห็น (Stuck et al., 1999) นอกจากนี้ การมีโรคร่วมกันตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปมีความสัมพันธ์ต่อการทุพพลภาพและคุณภาพชีวิตเชิงสุขภาพที่ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญ (Lima et al., 2009) จากงานวิจัยต่างประเทศพบว่า การมีโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีผลต่อการทุพพลภาพแบบ ADL มากกว่า IADL โดยโรคเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีภาวะพึ่งพา ADL ได้แก่ หัวใจขาดเลือด ต้อกระจก และต้อหิน หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ข้ออักเสบ กระดูกพรุน โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน พาร์กินสัน สมอเสื่อม กระดูกสะโพกหัก และโรคปอดเรื้อรัง

การศึกษาวิจัยในประเทศไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 ปี 2549 พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีส่วนการเจ็บป่วย และจำนวนโรคเรื้อรังโดยเฉลี่ยที่มากกว่าเพศชาย ทุกกลุ่มอายุ จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการผู้สูงอายุปี 2549 พบว่า เพศหญิงพบโรคเรื้อรังมากกว่าเพศชาย ซึ่งเท่ากับร้อยละ 53.3 และ 41.4 โดยโรคที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพผู้สูงอายุตามความชุก ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อกระดูกร้อยละ 11.5 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 7.9 โรคต่อมไทรอยด์ และโรคเบาหวานร้อยละ 3.4 โรคหัวใจร้อยละ 1.9 และ

โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 1.6 และปัญหาการเจ็บป่วยไม่สบายเพศหญิงจะมีความชุกสูงกว่าเพศชายทุกกลุ่มอายุ และโดยรวมร้อยละ 40.3 และ 35.0 (Institute of Geriatric Medicine, 2010) นอกจากนี้สภาพการเจ็บป่วย และโรคที่พบบ่อย ที่มีความสัมพันธ์กับการทุพพลภาพในระดับสูงตามลำดับ ได้แก่ โรคอัมพฤกษ์อัมพาต โรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม โรคไต โรคหัวใจ โรคเกี่ยวกับการเห็น โรคการได้ยิน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน (Krungkrai 1997; Jitapunkul, 1997) โดยโรคหลอดเลือดสมอง และแขนขาอ่อนแรงเป็นโรคที่รุนแรง และมีความสัมพันธ์กับทุพพลภาพในผู้สูงอายุเพศหญิงมากที่สุด (Jitapunkul, 1997) ส่วนโรคข้อและกระดูกเสื่อมเป็นโรคที่พบเป็นปัญหาในเพศหญิงบ่อยที่สุด (Boonyakawee, 2007) แต่จะมีความสัมพันธ์กับการทุพพลภาพในระดับที่ไม่รุนแรง

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ว่า กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคซึมเศร้า เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติด้านจิตใจและอารมณ์ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และจะมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น โดยมีความชุกในชุมชนร้อยละ 8-15 แต่ถ้าวินิจฉัยทางการแพทย์จะสูงถึงร้อยละ 17-35 และจะพบมากขึ้นในกลุ่มที่ติดสุราและสารเสพติด รวมทั้งมีโรคเรื้อรังอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 40-60 และมีแนวโน้มนำไปสู่การฆ่าตัวตายร้อยละ 4-5 แต่ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมักจะไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้อง โดยเพศหญิงมีความชุกมากกว่าเพศชายประมาณ 2 เท่า ซึ่งอธิบายว่าส่วนหนึ่งมีความสัมพันธ์กับสารสื่อประสาทในสมองและฮัยนส์ รวมทั้งปัญหาทางจิตใจ เช่น การเสียบุตร คู่สมรส และความเครียด และโรคนี้ยังมีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยทุพพลภาพที่เกิดจากการป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ด้วย รวมไปถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมที่ลดน้อยลง ในวัยชรา (จากข้อมูลที่กำลังกล่าวมาจะเห็นได้ว่า เพศชายมีความชุกโรคเรื้อรังที่รุนแรงในระดับที่ใกล้เคียงกับเพศหญิง แต่เพศหญิงจะมีความชุกโรคเรื้อรังที่ไม่รุนแรงหลายโรคในระดับที่สูงกว่าชาย ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเหตุผลจากอัตรา

การตายของเพศหญิงที่ต่ำกว่า แต่อย่างไรก็ตาม ข้อมูลงานศึกษาวิจัยทั้งในและต่างประเทศได้แสดงให้เห็นว่าโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีความชุก และมีอิทธิพลต่อการทุพพลภาพในเพศหญิงมากกว่าชาย โดยเป็นผลจากสภาพการเจ็บป่วยรุนแรงแบบเฉียบพลันถึงตายที่มีน้อยกว่า และการฟื้นสภาพจากการเจ็บป่วยได้ยากกว่า ส่วนโรคที่รุนแรง เช่น โรคมะเร็ง และโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลต่อการทุพพลภาพในเพศชายมากกว่าหญิง จากสถานการณ์การทุพพลภาพของเพศหญิงที่เกิดขึ้นมากกว่าเพศชายในกลุ่มประชากรวัยสูงอายุ 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 ทำการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพจะใช้สถิติเชิง

พรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่และอัตราร้อยละ ในกรณีที่ข้อมูลในระดับช่วงขึ้นไปจะเพิ่มการนำเสนอข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย 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 ประกอบด้วยตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ซึ่งผลการวิเคราะห์มีดังนี้

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

2) สถานภาพสมรส พบว่า ตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 82.30 และเคยสมรส (หม้าย/หย่า/แยก) ร้อยละ 17.64 ส่วนสถานภาพโสด มีเพียงร้อยละ 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 ตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษา มีสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 76.01

รองลงมาคือ มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ปริญญาตรี ร้อยละ 8.39 ไม่เคยเรียน ร้อยละ 5.72 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษา ตอนปลายหรือเทียบเท่าในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 4.13 และร้อยละ 4.02 และระดับการศึกษาอื่นๆ หรือ ไม่ทราบ ร้อยละ 0.03

1.2 ปัจจัยทางสังคม

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

2) สถานภาพการทำงาน การทำงานของ ตัวอย่างพบว่า ทำงานเป็นผู้ช่วยธุรกิจส่วนตัวในครัวเรือน โดย ไม่ได้รับค่าจ้างมีสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 42.52 รองลงมา เป็นผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง ร้อยละ 33.83 เป็นลูกจ้างเอกชน ร้อยละ 12.29 ลูกจ้างรัฐบาล ร้อยละ 9.23 ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 0.35 และเป็นสมาชิก ของการรวมกลุ่มผู้ผลิต ร้อยละ 0.11 ตามลำดับ

3) สัมพันธภาพของบุคลากรในครัวเรือน แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

3.1) การเยี่ยมเยียนจากบุตร พบว่า ตัวอย่างร้อยละ 38.95 ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตร อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รองลงมาได้รับการเยี่ยมเยียน จากบุตรทุกเดือน ร้อยละ 25.02 ส่วนตัวอย่างที่ได้รับการ เยี่ยมเยียนจากบุตรทุกวันหรือเกือบทุกวันและได้รับการ เยี่ยมเยียนทุกสัปดาห์มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 16.58 และร้อยละ 15.74 ส่วนตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับ การเยี่ยมเยียนจากบุตรมีเพียงร้อยละ 3.71 ตามลำดับ

3.2) การพูดคุยทางโทรศัพท์ พบว่า ตัวอย่างที่ได้รับการพูดคุยกับสมาชิกในครัวเรือนทุกวัน หรือเกือบทุกวันและได้รับการพูดคุยทุกสัปดาห์มีสัดส่วน ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 38.45 และร้อยละ 36.39 รองลงมาคือ ได้พูดคุยกันทุกเดือน ร้อยละ 17.66 ไม่เคย

ติดต่อพูดคุยทางโทรศัพท์ ร้อยละ 6.05 และได้พูดคุยกัน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพียงร้อยละ 1.45 ตามลำดับ

3.3) การติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ต พบว่า ตัวอย่างเกือบทั้งหมดร้อยละ 94.11 ไม่เคยติดต่อ สมาชิกในครัวเรือนผ่านระบบอินเทอร์เน็ต รองลงมา เคยติดต่อทุกวันหรือเกือบทุกวัน ร้อยละ 3.80 ติดต่อกัน ทุกสัปดาห์ ร้อยละ 1.43 และเคยติดต่อกันทุกเดือนหรือ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพียงร้อยละ 0.51 และร้อยละ 0.15 ตามลำดับ

1.3 ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

1) รายได้ต่อปี พบว่า ตัวอย่างร้อยละ 32.62 มีรายได้ต่อปีระหว่าง 30,000-59,999 บาท รองลงมา มีรายได้ต่อปีระหว่าง 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 ตัวอย่างส่วนใหญ่ มีแหล่งรายได้หลักมาจากการทำงานถึงร้อยละ 84.79 รองลงมาจากคู่สมรส ร้อยละ 7.18 มาจากบุตร ร้อยละ 7.00 มาจากดอกเบี้ยเงินออม/เงินออม/ทรัพย์สิน ร้อยละ 0.90 มาจากพ่อแม่/พี่น้อง/ญาติ ร้อยละ 0.06 จาก บำเหน็จ/บำนาญ ร้อยละ 0.04 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 0.02 และมาจากกองทุนประกันสังคม ร้อยละ 0.01 ตามลำดับ

3) ความพึงพอใจในภาวะการเงินของ ตนเอง พบว่า ตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความพึงพอใจ ร้อยละ 77.30 ไม่พอใจในภาวะการเงินของตนเอง ร้อยละ 19.19 และมีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 3.51 ตามลำดับ

1.4 ความต้องการการทำงานต่อไปในอนาคต พบว่า ตัวอย่างไม่ต้องการทำงานในสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 49.22 ต้องการงานและกำลังทำงานหรือกำลังหางาน ทำ ร้อยละ 45.84 และต้องการงานแต่ไม่หางานทำ 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

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
ผู้ประกอบการธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง	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) การเยี่ยมเยียนจากบุตร		
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)

ตัวแปรตามในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ 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 และยังไม่มีสตรีถึงร้อยละ 28.18 ดื่มน้ำสะอาดไม่ถึง 8 แก้วต่อวันหรือดื่มเป็นบางครั้ง มีร้อยละ 26.16 ที่กินผักผลไม้เป็นบางครั้ง ซึ่งอาจเป็นเพราะไม่มีเวลาหรือสุขภาพไม่เอื้ออำนวย โดยเฉพาะผู้ที่มียาได้น้อยส่วนใหญ่จะไม่มีเวลา ต้องทำงานหนัก และไม่มีเวลาเพียงพอที่จะดูแลสุขภาพหรือเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ จึงทำให้ความสนใจต่อการดูแลสุขภาพลดลง สำหรับกรณีที่ยังมีสตรีบางส่วนดื่มแอลกอฮอล์ กรณีนี้ควรรณรงค์เพื่อลดอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในวัยสูงอายุเพื่อสตรีจะได้ปฏิบัติตนให้เหมาะสมต่อไป ดังตารางที่ 2

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ การเตรียมความพร้อมของสตรีทางด้านสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาของ Suwanaroogi (2013) การที่ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมที่ให้ความสนใจเรื่องการเจ็บป่วย และรับการตรวจสุขภาพ

ประจำปีในสัดส่วนที่สูงกว่า จะส่งผลให้เพศหญิงได้ประโยชน์จากการได้รับการวินิจฉัย คำแนะนำ และรักษาที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาการเจ็บป่วย ซึ่งเพศหญิงจะต้องประสบปัญหาเหล่านี้ในวัยสูงอายุมากกว่าชาย ดังนั้นปัจจัยนี้จึงน่าจะมีอิทธิพลช่วยลดการเจ็บป่วยทุพพลภาพในเพศหญิงได้มากกว่าชาย แม้ว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคที่ดีจะมีสัดส่วนที่สูงกว่าเพศชายอยู่บ้าง แต่พฤติกรรมเสี่ยงทั้งบุหรี่และสุรามีสัดส่วนในเพศหญิงน้อยกว่าชายค่อนข้างมาก รวมทั้งการตรวจร่างกายประจำปียังมีสัดส่วนในเพศหญิงที่สูงกว่า ดังนั้น ในภาพรวมผู้สูงอายุเพศหญิงน่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าเพศชาย และงานวิจัยต่างประเทศพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพหลายอย่างมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยทุพพลภาพในเพศหญิงมากกว่าชาย ได้แก่ การกินเหล้า สูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกายเพียงพอ ปัญหาด้านโภชนาการ (Casado, 2006; Jagger et al., 2006; Murtagh, Helen & Hubert, 2004) รวมทั้งข้อมูลงานวิจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพทั้งในและต่างประเทศที่ได้กล่าวมาแล้วพบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่ดี ทั้งการออกกำลังกาย การบริโภค ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง และการตรวจร่างกาย มีผลเชิงบวกต่อเพศหญิงมากกว่า ดังนั้นโดยรวมแล้ว ปัจจัยพฤติกรรมเชิงสุขภาพน่าจะมีอิทธิพลต่อการทุพพลภาพของเพศหญิงมากกว่าชาย ดังนั้นจึงควรมีการเตรียมความพร้อมให้กับสตรีก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างเร่งด่วน เพื่อลดปัญหาสุขภาพแก่สตรีสูงอายุ

สรุปและข้อเสนอแนะ

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

และการไม่สุขภาพดี ตามลำดับ ดังนั้นสตรีที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมหรือไม่ได้เตรียมความพร้อมทางสุขภาพในด้านต่างๆ เหล่านี้ควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพและได้รับการกระตุ้นเตือนหรือแรงจูงใจเพื่อให้มีสุขภาพหรือมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพที่ดีต่อไป

จากผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุของสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุที่พบว่า ผู้สูงอายุต้องการได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพระยะยาวจากหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลเน้นการดูแลแบบองค์รวมในมิติสุขภาพ เนื่องจาก

ประเทศไทยยังมีผู้สูงอายุบางส่วนที่ไม่สามารถเข้าถึงการเตรียมความพร้อมทางด้านสุขภาพจึงทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำของกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้นหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะหน่วยงานท้องถิ่น 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 Tambon Krabi-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., Nicholas, 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

หน้าแรก เกี่ยวกับ TCI ฐานข้อมูล TCI คำ TJIF การประชุม/อบรม งานวิจัยของ TCI เกณฑ์คัดเลือกว่าสาร กระดาษสนทนา FAO

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน :

ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสาร กลุ่มที่	สาขา
1	วารสารประชากรศาสตร์	0857-2143	วิทยาลัย ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	1	มนุษยศาสตร์และ สังคมศาสตร์

[Back to top](#)

Copyright 2005, Thai-Journal Citation Index (TCI) Centre. All rights reserved.

Contact: tci.thai@gmail.com

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพ ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

ปานจันทร์ อิ่มหนา¹

เบญจมาศ ยศเสนา²

ศรีจันทร์ พลับจัน³

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 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

² วิทยากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

³ วิทยากรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

ประชากรไทยมีการเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น อันจะทำให้ประชากรของประเทศมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุทั้งด้านสุขภาพและสังคม ได้อย่างเหมาะสมตามเพศ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1) เพิ่มพูนองค์ความรู้ ในการอธิบายการเตรียมความพร้อมของกลุ่มผู้สูงอายุของประเทศไทย รวมทั้งเป็นการศึกษานำร่อง ที่อธิบายความแตกต่างในด้านการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุของเพศหญิง เพื่อเป็นแนวทาง ปรับปรุงการศึกษาวิจัยด้านความแตกต่างทางเพศต่อไป ทั้งในเชิงประชากร เพศศึกษา ระบาดวิทยาเชิงสังคม และพหุศาสตร์วิทยาเชิงสังคมและการแพทย์

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

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาวิจัยในประเทศไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 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, โรคต่อมไทรอยด์และโรคเบาหวานร้อยละ 3.4, โรคหัวใจร้อยละ 1.9 และโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 1.6 และปัญหาการเจ็บป่วยไม่สบายเพศหญิงจะมีความชุกสูงกว่าเพศชายทุกกลุ่มอายุ และโดยรวมร้อยละ 40.3 และ 35.0 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2552) นอกจากนี้สภาพการเจ็บป่วย และโรคที่พบบ่อย ที่มีความสัมพันธ์กับการทุพพลภาพในระดับสูงตามลำดับ ได้แก่ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม โรคไต โรคหัวใจ โรคเกี่ยวกับการเห็น โรคการได้ยิน

โรคข้อเข่าเสื่อม โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน (นิสากร กรุงไกรเพชร, 2540; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2540) โดยโรคหลอดเลือดสมองและแขนขาอ่อนแรงเป็นโรคที่รุนแรง และมีความสัมพันธ์กับทุพพลภาพในผู้สูงอายุเพศหญิงมากที่สุด (Jitapunkul et al., 1994) ส่วนโรคข้อและกระดูกเสื่อมเป็นโรคที่พบเป็นปัญหาในเพศหญิงบ่อยที่สุด (นภาพร ขโยวรรณ และคณะ, 2539; Boonyakawee, 2006) แต่จะมีความสัมพันธ์กับการทุพพลภาพในระดับที่ไม่รุนแรง โดยเฉพาะเพศหญิงที่มักจะไม่ค่อยได้รับการดูแล และไม่ค่อยมีการเตรียมความพร้อมทางด้านสุขภาพเท่าที่ควร เนื่องจากในอดีตเพศหญิงเป็นเพศที่ทำงานอยู่ในบ้าน เพศชายจะเป็นเสาหลักของครอบครัว ทำให้ผู้ชายมักจะได้รับ การดูแลทางด้านสุขภาพมากกว่าเพศหญิง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะเป็นการศึกษาเพื่อดูว่าปัจจัยใดมีผลต่อการเตรียมความพร้อมทางด้านสุขภาพของสตรีก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เพราะถ้าหากสตรีมีการเตรียมความพร้อมก่อนย่อมลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ 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 ภาวะสุขภาพ และการตรวจสุขภาพประจำปี ดังแสดงในตารางที่ 1

1.1 ปัจจัยทางประชากร

ปัจจัยทางประชากร ประกอบด้วย ตัวแปรอายุ สถานภาพสมรสศาสนา ระดับการศึกษา ซึ่งผลการวิเคราะห์ มีดังนี้ อายุ ตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีอายุน้อยที่สุดคือ 50 ปี และอายุมากที่สุดคือ 59 ปี เนื่องจากเป็นทางการศึกษาการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของสตรี เนื่องจากเมื่อสตรีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งสตรีที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้มีอายุเฉลี่ยประมาณ 55 ปี **สถานภาพสมรส** พบว่า ตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 82.30 และเคยสมรส (หม้าย/หย่า/แยก) ร้อยละ 17.64 ส่วนสถานภาพโสดมีเพียงร้อยละ 0.06 **ศาสนา** พบว่า ตัวอย่างเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.10 รองลงมาคือ ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 3.18 ศาสนาคริสต์ร้อยละ 0.70 และศาสนาอื่นๆ เพียงร้อยละ 0.02 ตามลำดับ **ระดับการศึกษา** ระดับการศึกษาสูงสุดของตัวอย่าง พบว่า ตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษา มีสัดส่วนสูงสุด 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 **สัมพันธภาพของ**

บุคลากรในครัวเรือน แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ 3.1) การเยี่ยมเยียนจากบุตร พบว่า ตัวอย่างร้อยละ 38.95 ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รองลงมา ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรทุกเดือน ร้อยละ 25.02 ส่วนตัวอย่างที่ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรทุกวันหรือเกือบทุกวันและได้รับการเยี่ยมเยียนทุกสัปดาห์มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 16.58 และร้อยละ 15.74 ส่วนตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรมีเพียงร้อยละ 3.71 ตามลำดับ 3.2) การพูดคุยทางโทรศัพท์พบว่า ตัวอย่างที่ได้รับการพูดคุยกับสมาชิกในครัวเรือนทุกวันหรือเกือบทุกวัน และได้รับการพูดคุยทุกสัปดาห์มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 38.45 และร้อยละ 36.39 รองลงมาคือ ได้พูดคุยกันทุกเดือนร้อยละ 17.66 ไม่เคยติดต่อพูดคุยทางโทรศัพท์ร้อยละ 6.05 และได้พูดคุยกันอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพียงร้อยละ 1.45 ตามลำดับ และ 3.3) การติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ตพบว่า 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 จากบำนาญ/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 และมีภาวะสุขภาพไม่ดีมาก 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 สตรีที่มีอายุมากกว่ามีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 1.01 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 สตรีที่มีจำนวนบุตรมากกว่ามีโอกาที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพต่ำเป็น 0.93 เท่าของสตรีที่มีจำนวนบุตรน้อยกว่าซึ่งความสัมพันธ์นี้มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปว่าสตรีที่มีจำนวนบุตรที่น้อยกว่าจะมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพดีกว่าสตรีที่มีบุตรมากกว่า

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

2.3) สัมพันธภาพของบุคลากรในครัวเรือน

2.3.1) การเยี่ยมเยียนจากบุตรพบว่า สตรีที่ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรเป็นประจำ หรือเป็นบางครั้ง มีโอกาที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 1.59 และ 1.55 เท่าของสตรีที่ไม่เคยได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่า สตรีที่ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรจะมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุดีกว่าสตรีที่ไม่ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตร

2.3.2) การพูดคุยทางโทรศัพท์พบว่า สตรีที่ได้ติดต่อหรือพูดคุยทางโทรศัพท์กับสมาชิกในครัวเรือนเป็นประจำมีโอกาที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 1.23 เท่าของสตรีที่ไม่เคยได้รับการติดต่อหรือพูดคุยทางโทรศัพท์กับสมาชิกในครัวเรือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ในสตรีที่ได้รับการติดต่อหรือพูดคุยทางโทรศัพท์เป็นบางครั้ง จึงสรุปได้ว่า สตรีที่ได้รับการติดต่อหรือพูดคุยทางโทรศัพท์กับสมาชิกในครัวเรือนเป็นประจำจะมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุดีกว่าสตรีที่ไม่ได้รับการติดต่อหรือพูดคุยทางโทรศัพท์กับสมาชิกในครัวเรือน

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

ระบบอินเทอร์เน็ตจะมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุดีกว่าสตรีที่ไม่ได้รับ
บริการติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ต

3) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

3.1) รายได้ต่อปี พบว่า สตรีที่มีรายได้ต่อปีระหว่าง 10,000-29,999 บาท มีรายได้ต่อปีระหว่าง 30,000-59,999 บาท มีรายได้ต่อปีระหว่าง 60,000-99,999 บาท และมีรายได้ต่อปี 100,000 บาทขึ้นไปมีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 1.82 1.92 2.13 และ 2.77 เท่าของสตรีที่มีรายได้ต่อปีต่ำกว่า 10,000 บาท ซึ่งความสัมพันธ์นี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปว่า รายได้ต่อปีสูงจะส่งผลให้สตรีมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหรือมีความพร้อมด้านสุขภาพสูงกว่าสตรีที่มีรายได้ต่ำน้อยกว่า

3.2) แหล่งรายได้ พบว่าสตรีที่มีแหล่งรายได้จากครอบครัว (คู่สมรส/บุตร/พ่อแม่/พี่น้อง/ญาติ) มีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพต่ำเป็น 0.96 เท่าของสตรีที่มีรายได้จากการทำงาน และสตรีที่มีรายได้จากบำนาญ/บำนาญ/กองทุนประกันสังคม/ดอกเบี้ยเงินออม/เงินออม/ทรัพย์สินมีโอกาที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพต่ำเป็น 0.71 เท่าของสตรีที่มีรายได้จากการทำงานเช่นกัน แสดงว่าสตรีที่มีรายได้จากการทำงานมีโอกาที่จะมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุสูงกว่าสตรีที่มีรายได้จากแหล่งอื่นๆ แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่า แหล่งรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของสตรี

3.3) ความพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเอง พบว่า สตรีที่มีพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเองมีโอกาที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 1.16 เท่าของสตรีที่ไม่พึงพอใจในภาวะการเงินของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่า ความพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเองมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ

4) ความต้องการการทำงานต่อไปในอนาคต พบว่า สตรีที่ต้องการทำงานต่อไปในอนาคตมีโอกาที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 1.22 เท่าของสตรีที่ไม่ต้องการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 จึงสรุปได้ว่า ความต้องการทำงานต่อไปในอนาคตของสตรีมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ

5) ภาวะสุขภาพ พบว่า สตรีที่มีภาวะสุขภาพดีมีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพไม่แตกต่างจากสตรีที่มีภาวะสุขภาพไม่ดี และสตรีที่มีภาวะสุขภาพปานกลาง โอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพต่ำเป็น 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) การได้รับการติดต่อหรือเยี่ยมเยียนจากบุตรชายได้ต่อปี ความต้องการการทำงานต่อไปในอนาคต และการตรวจสุขภาพประจำปี ส่วนผลการพิจารณาเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุกับผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่าย พบว่า

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

2) การติดต่อพูดคุยทางโทรศัพท์กับสมาชิกในครัวเรือน จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่าย พบว่า สตรีที่เคยได้รับการติดต่อพูดคุยทางโทรศัพท์กับสมาชิกในครัวเรือนเป็นประจำมีโอกาที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงกว่าสตรีที่ไม่เคยได้รับการติดต่อพูดคุยทางโทรศัพท์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุกลับพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นการติดต่อพูดคุยทางโทรศัพท์กับสมาชิกในครัวเรือนของสตรีจึงไม่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ

3) การติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ต จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่ายพบว่า สตรีที่เคยได้รับการติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ตกับสมาชิกในครัวเรือนเป็นประจำหรือบางครั้ง มีโอกาที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงกว่าสตรีที่ไม่เคยได้รับการติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ต 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		
ผู้ประกอบการธุรกิจส่วนตัว/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)	
10,000-29,999 บาท	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		
บำนาญ/บำนาญ/กองทุน ประกันสังคม/ดอกเบี้ยเงินออม/เงิน ออม/ทรัพย์สิน	0.71 (0.43-1.89)	0.19		
ครอบครัว (คู่สมรสบุตรพ่อแม่พี่น้อง/ ญาติ)	0.96 (0.84-1.09)	0.54		
ความพึงพอใจในภาวะการเงิน ของตนเอง				
ไม่พอใจ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
พอใจ	1.16 (1.03-1.31)	0.012*	1.02 (0.90-1.15)	0.77
ความต้องการการทำงานต่อไป ในอนาคต				
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 พฤติกรรมการออกกำลังกาย การกินผัก/ผลไม้ การดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า การดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ ซึ่งผลการวิเคราะห์ พบว่า สตรีมีคะแนนการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพต่ำสุดเท่ากับ 2 คะแนน หรือมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพียงเรื่องเดียว และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 10 คะแนน หรือมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพในทุกเรื่องที่สตรีพึงกระทำก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ สตรีได้มีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสุ่วยร้อยละ 27.38 ซึ่งเมื่อพิจารณาการเตรียมความพร้อมในพฤติกรรมแต่ละด้าน แล้วสตรีส่วนใหญ่มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลสุขภาพ ในขณะที่พฤติกรรมที่สตรีไม่ได้เตรียมความพร้อมด้านสุขภาพมากที่สุดคือ การออกกำลังกาย การดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า การกินผักผลไม้ การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และการไม่สูบบุหรี่ ตามลำดับ ดังนั้นสตรีที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมหรือไม่ได้เตรียมความพร้อมทางสุขภาพในด้านต่างๆ เหล่านี้ควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพและได้รับการกระตุ้นเตือนหรือรณรงค์เพื่อให้มีสุขภาพหรือมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพที่ดีต่อไป

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของสตรีก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบง่าย พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ คือ สถานภาพโสดและสมรส ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา การมีบุตร สัมพันธภาพของบุคลากรในครัวเรือน (การเยี่ยมเยียนจากบุตร การพูดคุยทางโทรศัพท์ และการติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ต) รายได้ต่อปี ความพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเอง ความต้องการทำงานต่อไปในอนาคต และการตรวจสุขภาพประจำปี ทั้งนี้ผลจากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ ยังแสดงให้เห็นความสำคัญของการได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรเป็นประจำแสดงถึงความสนใจและความเอาใจใส่จากบุตร เช่น ซื้อมีผลไม้มาให้ พาไปออกกำลังกาย หรือร่วมพูดคุยถึงเรื่องสุขภาพ ซึ่งจะทำให้สตรีรับรู้ถึงความเอาใจใส่นั้น ซึ่งอาจส่งผลให้สตรีมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และการตรวจสุขภาพประจำปีของสตรีแสดงถึงความสนใจทางด้านสุขภาพของตนเอง การได้รับการตรวจสุขภาพทั้งจากสถานบริการรัฐและเอกชนจะทำให้สตรีได้ทราบถึงโรคหรือความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้น และจะได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการมีพฤติกรรมกระดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม ออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ นอกจากนี้สตรียังมีความต้องการทำงานต่อไปในอนาคตซึ่งแสดงให้เห็นว่า สตรีที่ยังคงต้องการทำงานต่อไปในอนาคตน่าจะเป็นผู้ที่สุขภาพดี มีกำลังใจที่จะทำงาน 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 Tambon Krabi-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. *European Journal of Public Health* 15(5): 494-497.
- Casario, R. L. (2006). *Gender different in association between disability and mortality in the elderly*. Doctoral Thesis. Health and Life Sciences Faculty, Pompeu University.
- Dunail, A. (2005). *Women's Health*. In Denis L Kasper, Braunwald E et al. (eds), *Harrison'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 Panel 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: UNFPA.
- 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). Harrison'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), Harrison'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 Epidemiol* 18(8): 623-30.
- Stuck, A.E.; Walther, J.M.; Nicholas, 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). สังคมศาสตร์กับผู้หญิงสมาคม สังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2545). แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564). กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี
- นิสากร กรุงไกรเพชร. (2540). ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตจังหวัดภาคกลาง ของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์คณะแพทยศาสตร์สาขาเวชศาสตร์ชุมชนจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ชัยวรรณ, จอห์น โนเดล. (2539). รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2550). คู่มือผู้สูงอายุ: ฉบับเตรียมตัวก่อนสูงอายุ (เตรียมตัวก่อนเกษียณการงาน). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- รุ่งโรจน์ สงสระบุญ. (2557). รูปแบบการบริการสุขภาพที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยในแผนก อายุรกรรมโรงพยาบาลเอกชน. *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร ฉบับภาษาไทย*. 34 (3) : 151-170.
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์. (2553). สรุปการประชุมวิชาการเรื่อง พัฒนางานผู้สูงอายุไทยอย่าง ก้าวหน้าและยั่งยืน. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2554). คนไทยเตรียมการเพื่อยามสูงวัยเพียงพอหรือยัง. In วิพรรณ ประจวบเหมาะ & วรเวชม์ สุวรรณระดา (Eds.), 100 ปี ปรีดีเปรม (pp. 17). กรุงเทพมหานคร: สร้างสื่อ.
- วิราพรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ. (2557). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้อง พึ่งพาผู้อื่น. *วารสารสถานพยาบาล* : 29 (3) ; 104-115.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2552). โครงการวิจัยเรื่องการศึกษาาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มี ความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส). (2549). การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP).(2547). ภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของคนไทย ปี พ.ศ.2547 (รายงานชั้นกลาง). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2543). การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพโภชนาการในประเทศไทย: สมมุติฐานที่เริ่มจากข้อมูลงานวิจัยผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพญามาติยา 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	จัดอยู่ในวารสาร กลุ่มที่	สาขา
1	วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการ ศึกษา	0859-3949	วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี พะเยา	1	วิทยาศาสตร์และ เทคโนโลยี

[Back to top](#)



วารสาร การพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา

Public Health and Education Journal

Volume 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561 ISSN 0859-39

แนวทางการการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ

* อภิชาติ ไชยกุล, กฤตทิพย์ ภักดิ์

การพยาบาล

* อภิชาติ ไชยกุล, กฤตทิพย์ ภักดิ์

ประสบการณ์ของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ

* อภิชาติ ไชยกุล, กฤตทิพย์ ภักดิ์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ

อย่างมีประสิทธิภาพ

* อภิชาติ ไชยกุล, กฤตทิพย์ ภักดิ์

ความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดกับการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

การจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบต้นโพรงที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด

* พรานทิพย์ ไชยกุล, อภิชาติ ไชยกุล, จันทิมา งามน้อย, ณัฐนิชาภรณ์ เกษมทอง

ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ

* อภิชาติ ไชยกุล, กฤตทิพย์ ภักดิ์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ

* อภิชาติ ไชยกุล, กฤตทิพย์ ภักดิ์

ปัจจัยที่มีผลต่อการเปิดโอกาสให้กับผู้ป่วยโรคหัวใจที่อายุน้อย

* จันทิมา งามน้อย, อภิชาติ ไชยกุล, อภิชาติ ไชยกุล

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสำเร็จของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน

* อภิชาติ ไชยกุล, อภิชาติ ไชยกุล, อภิชาติ ไชยกุล, อภิชาติ ไชยกุล

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์

ของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ

* อภิชาติ ไชยกุล, กฤตทิพย์ ภักดิ์, อภิชาติ ไชยกุล

การพัฒนาโมเดลการดูแลสุขภาพ

* อภิชาติ ไชยกุล, กฤตทิพย์ ภักดิ์

การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ

* อภิชาติ ไชยกุล, กฤตทิพย์ ภักดิ์

การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ

* อภิชาติ ไชยกุล, กฤตทิพย์ ภักดิ์

การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ

* อภิชาติ ไชยกุล, กฤตทิพย์ ภักดิ์

* อภิชาติ ไชยกุล



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพลิ้วที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด

พรณี ไพศาลทักษิณ

อภิรดี คำเงิน

จันทร์จิรา ยานะชัย

ณัฐติมาภรณ์ เคนหงษ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดและการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพลิ้วที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทานมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำปาง จำนวน 259 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.64 , 0.93 และ 0.79 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูงตามลำดับ (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 ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพลิ้ว



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

Panee Paisarntuksin

Apiradee Khumngoon

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 arrhythmias who treated with anticoagulants. Of 259 cardiac arrhythmias patients who treated with oral anticoagulant therapy at the outpatient department, Lampang Hospital were recruited in the study. The questionnaire about knowledge in anticoagulants, social support and self-management were used for data collection. The content was verified. 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 personnel'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) the 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 $r = 0.161$, $p \leq 0.01$, ตามลำดับ)

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



บทนำ

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว(atrial fibrillation) เป็นภาวะที่จุดกำเนิดไฟฟ้าในหัวใจไม่ได้เกิดจาก SA node แต่เกิดจากจุดกำเนิดในหัวใจห้องบนมากกว่า 1 จุด ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะขึ้น สามารถแบ่งภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ 1) First diagnosed atrial fibrillation คือ หัวใจห้องบนสั่นพลิ้วที่วินิจฉัยพบเป็นครั้งแรก 2) Paroxysmal atrial fibrillation คือ หัวใจห้องบนสั่นพลิ้วที่เกิดขึ้นและกลับเป็นปกติได้เองภายใน 24 ชั่วโมง แต่อาจเป็นนานได้ถึง 7 วัน 3) Persistent atrial fibrillation คือ หัวใจห้องบนสั่นพลิ้วต่อเนื่องเกิน 7 วัน หรือไม่กลับมาเป็นปกติได้ต้องรักษาด้วยการช็อกไฟฟ้าปรับการเต้นของหัวใจ 4) Long standing persistent atrial fibrillation คือ หัวใจห้องบนสั่นพลิ้วที่เกิดขึ้นต่อเนื่องนานกว่า 1 ปี โดยแพทย์และผู้ป่วยได้พยายามรักษาให้กลับมาเต้นปกติแล้ว และ 5) Permanent atrial fibrillation คือ ไม่สามารถรักษาให้กลับมาเต้นเป็นปกติได้ หรือแพทย์และผู้ป่วยตัดสินใจไม่พยายามให้หัวใจกลับมาเต้นเป็นปกติแต่จะคุมอัตราการเต้นของหัวใจเท่านั้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2555)

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นอันตรายถึงร้อยละ 20 (Berry, Padgett, & Holton, 2015) ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดซึ่งอาจทำให้เกิดการอุดตันในระบบไหลเวียนของเลือดในร่างกาย เช่น โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โรคหลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน (ชินขจร าลายลักษณะดำรง, 2559) การรักษาดังกล่าวจะสามารถลดการเกิด thromboembolic complications ลงได้ก็ตาม แต่พบว่าการใช้ยาก็อาจก่อให้เกิดภาวะเลือดออกได้ไม่ว่าจะเป็นในระดับ

เล็กน้อยหรือขั้นรุนแรงโดยเฉพาะการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง (บุญจง, 2558) ในการติดตามผลของ Warfarin เพื่อการควบคุมขนาดยาที่เหมาะสมด้วยการรายงานผลเป็นค่า INR (International Normalized Ratio) ระดับการต้านการแข็งตัวของเลือดที่เหมาะสมนั้นแตกต่างกันไปตามข้อบ่งใช้ซึ่งค่า therapeutic INR นี้ควรอยู่ในระดับ 2.5 ± 0.5 ถ้าการควบคุมระดับ INR ได้ตามเกณฑ์ดังกล่าวก็จะลดภาวะแทรกซ้อนลงได้ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การเกิดเลือดออก โดยเฉพาะเลือดออกในสมอง จะเห็นได้ว่า warfarin เป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง มีอาการไม่พึงประสงค์ทำให้เกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ และมีช่วงการรักษาแคบ (narrow therapeutic index) การกำหนดขนาดยาที่ใช้ในผู้ป่วยแต่ละคนจะประเมินจากการติดตามผลค่า INR และนอกจากประเมินค่า INR แล้วยังจำเป็นต้องประเมินปัจจัยต่าง 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(สุกัจฉริ์ สุขะ และวาสนา รวยสูงเนิน, 2556)



จากแนวคิดการจัดการตนเองมีพื้นฐานมาจากกระบวนการคิด การตัดสินใจ และการเรียนรู้ทางสังคม แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003) เป็นการที่บุคคลเลือกในการปรับมุมมองและทักษะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาและปฏิบัติพฤติกรรมใหม่รวมถึงรักษาความมั่นคงทางอารมณ์ประกอบไปด้วย 1) การจัดการทางการแพทย์หรือปฏิบัติตามแผนการรักษา (medical management) 2) การจัดการเกี่ยวกับบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน (role management) 3) การจัดการด้านอารมณ์ (emotional management) จากการศึกษาการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจชนิดรับประทุษของนัลทพร สืบเสาะและชวนพิศ ทำนอง (2553) พบว่าการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจชนิดรับประทุษจำนวน 90 รายพบภาวะแทรกซ้อนเลือดออกผิดปกติร้อยละ 54.54 ค่า INR ไม่อยู่ในช่วงเป้าหมายร้อยละ 55.56 การที่บุคคลจะมีการจัดการตนเองที่ดีได้นอกจากจะต้องมีความรู้ที่ดีแล้ว ยังต้องมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี สนิษ 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

พี่น้อง เพื่อนบ้าน หรือบุคลากรทางการแพทย์ก็ได้ (House, 1981)

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ Permanent atrial fibrillation นั้น ไม่สามารถรักษาให้กลับมาเต้นเป็นปกติได้ และผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสที่จะเกิดลิ่มเลือดไปอุดตันอวัยวะที่สำคัญต่างๆ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง มีอาการไม่พึงประสงค์ทำให้เกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าความรู้ในการรับประทุษด้านการแข็งตัวของเลือด การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับทั้งจากบุคคลในครอบครัวและจากบุคลากรสาธารณสุข กับพฤติกรรมการจัดการตนเองว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไร ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางในการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีพฤติกรรมจัดการตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้การรักษาด้วยยาลดลิ่มเลือดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ในการรับประทุษด้านการแข็งตัวของเลือดการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพลิ้วที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจชนิดรับประทุษ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการรับประทุษด้านการแข็งตัวของเลือดการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพลิ้วที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจชนิดรับประทุษ



ระเบียบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Study) ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ชนิด atrial fibrillation (AF) กลุ่ม Permanent atrial fibrillation และได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด 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. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด warfarin เป็นเวลานานมากกว่า 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 ประวัติการมีเลือดออกผิดปกติ ไอเอนอาร์ในวันที่มาพบแพทย์ ประวัติการมีจ้ำเลือดหรือเลือดออกใต้ผิวหนังความสามารถในการมองเห็นและความสามารถในการอ่าน

2. แบบสอบถามความรู้ในการรับประทาน Warfarin ที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจาก

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Warfarin) ของสุภจิร สุขะ (2556) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมโดยกำหนดข้อคำถามให้มีการตอบ ถ้าใช่เท่ากับ 1 คะแนน ถ้าไม่ใช่หรือไม่ทราบ เท่ากับ 0 คะแนน จำนวนข้อคำถามเท่ากับ 15 ข้อ คะแนนสูงสุดจึงเท่ากับ 15 คะแนน และต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน ดังนั้นจึงเอาคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับความรู้ $15-0/3$ เท่ากับ 5 ผู้วิจัยจึงสามารถจัดระดับความรู้ได้ 3 ระดับ ดังนี้ ระดับสูงคะแนนอยู่ระหว่าง 11-15 คะแนน ระดับปานกลางคะแนนอยู่ระหว่าง 6-10 คะแนน และระดับต่ำคะแนนอยู่ระหว่าง 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 ข้อ ได้แก่ ด้านอารมณ์ 6 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 7 ข้อ ด้านการประเมินค่า 5 ข้อ และด้านทรัพยากร 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและลบ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้สอบถามกลุ่มตัวอย่างใน 2 มิติ เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากบุคลากรสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหารายข้อ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93

4. แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพริ้วที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดดัดแปลงมาจาก



ของ สุพิชา อัจฉิตการ (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 ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาารายข้อ(IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลลำปาง ได้รับหมายเลขรับรอง No 28/60 ลงวันที่ 10 เมษายน 2560

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยนำหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปางไปยังโรงพยาบาลลำปางเพื่อขอความร่วมมือไปยังผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพริ้วที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดเข้ารับการรักษานอกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำปาง จำนวน 259 ราย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างมิถุนายน 2560 – กรกฎาคม 2560 จำนวน 259 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลข้อมูล คะแนนความรู้ในการรับประทายาต้านการแข็งตัวของเลือด การสนับสนุนทางสังคมพฤติกรรมจัดการตนเองโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการรับประทายาต้านการแข็งตัวของเลือด การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพริ้วที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั่นพริ้ว กลุ่ม Permanent atrial fibrillation ที่ได้รับยา Wafarin จำนวน 259 คน มีอายุระหว่าง 33 - 90 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 63.61 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.1) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.8) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 56.0) รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 6,825 บาททั้งหมดมีประวัติโรคตับ (ร้อยละ 0.4) ประวัติโรคไต 5 คน (ร้อยละ 1.9) ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดในการรักษาโรคอยู่ระหว่าง 1-30 ปี ($\bar{X}$ = 5.11, S.D. = 4.49) และส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติในระหว่างการรับประทายาต้านการแข็งตัวของเลือด (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) (ร้อยละ 72.2) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหนังสือได้ (ร้อยละ 10.0) และมีความสามารถในการมองเห็นไม่ปกติ (ร้อยละ 5.8) ทั้งนี้ได้มีการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะตอบคำถามอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ โดยการอ่านข้อคำถามให้ฟัง

ความรู้ในการรับประทายาต้านการแข็งตัวของเลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในการรับประทายาต้านการแข็งตัวของเลือดในระดับปานกลางและระดับสูง (ร้อยละ 47.9 , 46.3 ตามลำดับ) โดย



ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบได้ถูกต้องมากที่สุด คือ การได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดจะต้องสังเกตภาวะเลือดออกง่ายอยู่เสมอ (ร้อยละ 96) และตอบได้ถูกต้องน้อยที่สุดคือการรับประทานผักใบเขียว เช่น ผักโขม ผักกาดและกระหล่ำต่างๆ ในปริมาณมากหรือต่อเนื่องจะทำให้การออกฤทธิ์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ร้อยละ 10)

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.=2.77 ตามลำดับ) ส่วนด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 24.51, S.D.=5.08) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสุขภาพเมื่อ

พิจารณาเป็นรายด้าน 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)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่า 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)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดกับการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่ามีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดกับการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง (N=259)

ตัวแปร	พฤติกรรมการจัดการตนเองในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน	
	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) และตอบได้ถูกต้องน้อยที่สุดคือการรับประทานผักใบเขียวปริมาณมากหรือต่อเนื่องจะทำให้การออกฤทธิ์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ร้อยละ 10) อาจเนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ มีอายุระหว่าง 33 - 90 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 63.61 ปี รวมถึงส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 56.0) และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่า INR น้อยกว่าค่าเป้าหมาย (2.5-3.5) (ร้อยละ 72.2) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้ไม่เพียงพอที่จะปฏิบัติตัว ให้ถูกต้อง จึงควรนำข้อคำถามที่ได้คะแนนน้อย ไปเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเข้าใจ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุ อาจต้องให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วม เช่น การอธิบายความหมาย และเป้าหมายของค่า INR ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง ข้อปฏิบัติหากลิ้มรับประทานยา อันตรกิริยาระหว่างยา (Drug interaction) อาหารเสริมและสมุนไพรและชนิดอาหารที่มี vitamin K สูง และผลที่มีต่อค่า INR (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2554) เพราะเนื่องจากถ้าผู้ป่วยได้รับยาฟาร์วินในขนาดที่น้อยเกินไปก็มีโอกาสที่จะเกิดลิ่มเลือดอุดตันได้ทั้งนี้พบว่าภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั้นพรีวเป็นสาเหตุสำคัญ 1 ใน 5 ของการเกิดเส้นเลือดสมองอุดตัน (Shorten, 2015) จึงควรที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีในการป้องกันการเกิดเส้นเลือดสมองอุดตัน ประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นเป็นรายบุคคลเพื่อ

วางแผนให้การป้องกันและการรักษาที่เหมาะสม (Louise, 2018)

2. ความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในระดับปานกลางและระดับสูง (ร้อยละ 47.9 ,46.3 ตามลำดับ) แต่ก็ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้มีการผิดปกติในระหว่างการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ร้อยละ 94.6) ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ยเท่ากับ 63.61 ปี) แต่การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอทั้งกับตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้มีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้นและปฏิบัติตามคำแนะนำและนำไปสู่ความมีวินัยในการรับประทานยา ส่งผลให้เพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรักษา (สุภังกร 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 เภสัชกรและพยาบาลจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยเฉพาะถ้าหากผลเลือด INR ไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติแต่จากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวด้านข้อมูลข่าวสารยังอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพูดคุย ปรีกษาปัญหาสุขภาพ รวมถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่อได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดกับบุคลากรสุขภาพมากกว่าที่จะปรึกษาสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากบุคลากรสุขภาพเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ รวมถึงการพบปะผู้ป่วยที่มีความหลากหลาย ตลอดจนถึงการถ่ายทอดองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละรูปแบบ ทำให้สามารถ



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

3. พฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=130.73, S.D.=9.11$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดจากบุคลากรสาธารณสุขที่ประจำคลินิกวารฟาริน 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 การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการตนเองพบว่ามีความสัมพันธ์

ทางบวกในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดมาเป็นเวลานานอย่างน้อย 1 ปี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะต้องมาพบแพทย์ตามนัด และในแต่ละครั้ง บุคลากรทางการแพทย์จะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยเฉพาะถ้าหากผลเลือด INR ไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีตามมาสอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา บุญญประสิทธิ์ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ และชนนาต สุ่มเงิน (2016) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้ในการดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระดับปานกลาง ($r = 0.65, .36, .30$ ตามลำดับ) และมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง และปัจจัยทำนายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่าอายุ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($p < 0.01$) และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ร้อยละ 41 ($p < 0.001$) (สุพิชา อาจคิดการ ลินจง โปธิบาล และดวงฤดี ลาคุชะ, 2556)

ข้อเสนอแนะ

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



ทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 63.61 ปี รวมถึงส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 56.0) และ ค่า INR น้อยกว่าค่าเป้าหมาย (2.5-3.5) ถึงร้อยละ 72.2 ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรแสวงหาแนวทางการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองเพื่อสามารถคงระดับยาในช่วงการรักษา (INR 2-3) และลดปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดจากการรับประทานยาและค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายรวมทั้งการวางแผนร่วมกับบุคคลในครอบครัวในการวางแผน

ที่จะช่วยจัดการ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการเต้นของหัวใจเต้นผิดจังหวะและอาการไม่พึงประสงค์ของการแข็งตัวของเลือด

2. พัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีในการป้องกันการเกิดเส้นเลือดสมองอุดตัน โดยการประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นเป็นรายบุคคลเพื่อวางแผนให้การป้องกันและการรักษาที่เหมาะสม เช่น กลุ่มที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งจะมีเกณฑ์การรักษาและค่า INR เป้าหมาย 2.5-3.5 เป็นต้น



เอกสารอ้างอิง

- ชนิษฐา ลายลักษณ์ดำรง. (15 สิงหาคม 2559). การดูแลตัวเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับยาแอสไพริน (WARFARIN) สืบค้นเมื่อ 24 ธันวาคม 2560, จาก <http://med.nu.ac.th/dpMed/2015/?mod=knowledge&dep=1>
- นัทพร สืบเสาะ และชนวนพิศ ทำนอง.(2553). การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเส้นหัวใจที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 25 (suppl).
- บุญจง แซ่จิ่ง, นวรัตน์ สุทธิพงศ์ และนวลจันทร์ พันธุ์ธมมาตย์. (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.
- สินินุช หลวงพิทักษ์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว. วิทยาลัยการพยาบาลมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุจิตราบุญญประสิทธิ์ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ และชนวนัด สุ่มเงิน (2016).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกุญแจ, 32(1), 44-54.
- สุพิชา อาจคิดการ, ลินจง โปธิบาล และดวงฤดี ลาคุยะ. (2556). พฤติกรรมการจัดการตนเอง และปัจจัย ทำนายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. *พยาบาลสาร*(40) ฉบับพิเศษ ธันวาคม, 22-32.
- สุภจิณรี สุยะ และวสนา รวยสูงเนิน.(2556). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการมีวินัยในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด. *วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ*, 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 Following cardiac valve implantation: A contribution of clinical and genetic factors. *Cardiovascdrugther*; 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, 14(2),84-90.
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003).Self-management education: History,definition, 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 stroke prevention in atrial fibrillation,Stroke association supplement. *British Journal of Neuroscience Nursing*,14(2),84-90.

การพัฒนาหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 2

Suction Models 2 for Suction Skill Practice

เยาวลักษณ์ คุ่มขวัญ (Yaowalak Kumkwan)¹พรรณี ไพศาลทักษิณ (Pannee Paisantuksin)²เครือวัลย์ สารเถื่อนแก้ว (Kruawan Santhuankaew)³วัชรพร ลำเจียกเทศ (Watchareeporn lamchiakthet)⁴อนุรักษ์ แสงจันทร์ (Anurak SangJan)⁵วิภา เอี่ยมสำอางค์ จารามิลโล (Wipa Iamsumang Jaramillo)⁶

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ (version) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 2 คน อาจารย์พยาบาล 2 คน นายช่างเทคนิค หน่วยอุปกรณ์การแพทย์ 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) มีข้อปอด 2 ข้าง 2) สามารถปรับความเข้มข้นของเสมหะและใส่เสมหะลงในหุ่นได้สะดวกขึ้น 3) ขนาดของลูกโป่งมีขนาดใกล้เคียงกับปอดจริง

2. ประสิทธิภาพหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 2 พบว่าอาจารย์พยาบาลเห็นว่าประสิทธิภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 4.31, SD. = .60) นักศึกษาเห็นว่าประสิทธิภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี

1 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลนครลำปาง

Rn., Professional level, Boromarajonani College of nursing, Nakorn Lampang

2 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลนครลำปาง

Rn., Senior Professional level, Boromarajonani College of nursing, Nakorn Lampang

3 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลนครลำปาง

Rn., Practitronal level, Boromarajonani College of nursing, Nakorn Lampang

4 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลนครลำปาง

Rn., Professional level, Boromarajonani College of nursing, Nakorn Lampang

5 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลนครลำปาง

Rn., Practitronal level, Boromarajonani College of nursing, Nakorn Lampang

6 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลนครลำปาง

Rn., Professional level, Boromarajonani College of nursing, Nakorn Lampang

อีเมล: yaowalak_ann@hotmail.com

E-mail: yaowalak_ann@hotmail.com

อีเมล: ppaisarntuksin@gmail.com

E-mail: ppaisarntuksin@gmail.com

อีเมล: wikojung@hotmail.com

E-mail: wikojung@hotmail.com

อีเมล: lamchiakthet@yahoo.com

E-mail: lamchiakthet@yahoo.com

อีเมล: nu_rak13@hotmail.com

E-mail: nu_rak13@hotmail.com

อีเมล: towipa@gmail.com

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 skillling, The development of innovation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่ควบคู่กันไปตลอดหลักสูตร โดยเฉพาะการสอนภาคทฤษฎีจะมีการสอนภาคทศสองด้วยการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ เพื่อให้ผู้เรียนมีความเข้าใจและเกิดทักษะในการฝึก

ปฏิบัติ ประกอบกับการจัดสถานการณ์ในแต่ละกิจกรรมเพื่อให้ผู้เรียนมีโอกาฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดและไม่สามารถทำได้ทุกครั้ง ดังนั้นการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองในห้องปฏิบัติการจึงเป็นประสบการณ์ที่สำคัญเพื่อให้ผู้เรียนได้มีโอกาฝึกทักษะ เพิ่มความรู้ความเข้าใจก่อนไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย (Susanha & Sopa,

2013) โดยนักศึกษาจะเริ่มฝึกทักษะการพยาบาลที่ไม่ซับซ้อนไปสู่ทักษะที่ซับซ้อนขึ้นเรื่อยๆ (Yaowalak & Preeyasatit, 2011)

หนึ่งในทักษะที่มีความยุ่งยากและซับซ้อนทักษะหนึ่งคือ การดูแลหะ เนื่องจากมีขั้นตอนที่ต้องระมัดระวังเป็นอย่างมาก ถ้ามีการปฏิบัติผิดพลาดหรือไม่ถูกต้องอาจทำให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เกิดการขาดออกซิเจน หรือเกิดความไม่สุขสบายขึ้น ประกอบกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ได้มีการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ที่จะปลูกฝังให้ผู้เรียนดูแลให้ผู้ป่วยบริการได้รับการดูแลที่ดีที่สุดและมีความปลอดภัย เพื่อให้สามารถตอบโจทย์ในประเด็นดังกล่าว ทีมวิจัยจึงได้มีการพัฒนาหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหะ version 1 เพื่อป้องกันการปฏิบัติผิดพลาดและเสริมสร้างความมั่นใจให้นักศึกษาก่อนที่จะปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง ทั้งนี้ได้มีการประดิษฐ์และทดลองใช้มาแล้วที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ส่งผลให้นักศึกษามีทักษะในการดูแลหะดีขึ้น และผลการประสิทธิผลการอยู่ในระดับดีมีคุณลักษณะตรงกับความต้องการในการใช้เป็นการสอนในสถาบันการศึกษาโดย 1) เป็นการประหยัดค่าใช้จ่าย 2) มีความคุ้มค่าในการนำไปใช้ 3) มีความสะดวกในการทำหะและ การเก็บรักษา 4) มีความสะดวกในการใช้งาน (Preeyasatit & Yaowalak, 2017) แต่การพัฒนาหุ่นดังกล่าว ยังมีข้อที่ต้องปรับปรุงแก้ไขคือ ความใกล้เคียงกับความเป็นจริงในด้านรูปลักษณ์ ลักษณะ และรายละเอียด (Yaowalak & Preeyasatit, 2014) โดยหุ่นดูแลหะนั้นได้มีการพัฒนาเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อการใช้งานในลักษณะต่างๆ เช่น การติดตั้งสัญญาณไฟกระพริบในตำแหน่งต่างๆ เป็น

ต้น (Rawipa, 2015) รวมถึงหุ่นดูแลหะที่เป็นของต่างประเทศที่ใช้ในห้องปฏิบัติการของวิทยาลัยในปัจจุบันพบว่า สามารถใส่น้ำได้แต่ไม่สามารถใส่ดูแลหะเทียมได้เนื่องจากปัญหาด้านการทำความสะอาด ประกอบกับมีข้อจำกัดในการใช้งบประมาณในการซื้อหุ่นจำลองจากต่างประเทศซึ่งมีราคาค่อนข้างแพง การบำรุงรักษาและซ่อมแซมค่อนข้างลำบาก เนื่องจากต้องอาศัยชิ้นส่วนที่สั่งมาจากต่างประเทศ ทำให้หุ่นที่ใช้ปัจจุบันมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้เรียน โดยหุ่นจำลอง 1 ตัว มีค่าใช้จ่ายไม่ต่ำกว่า 100,000 บาท (Yaowalak & Preeyasatit, 2014) ขณะที่หุ่นจำลองที่ประดิษฐ์ขึ้นมีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยตัวละไม่เกิน 1,000 บาท จุดเด่นของหุ่นที่ประดิษฐ์ขึ้นคือ ราคาถูกกว่าราคาหุ่นจริง น้ำหนักเบาสามารถเคลื่อนย้ายได้ง่าย และสามารถดูแลหะออกมาได้เหมือนกับผู้ป่วยจริง (Preeyasatit & Yaowalak, 2017)

หุ่นดูแลหะ version 1 การใส่ดูแลหะเทียมทำได้ยากเนื่องจากต้องใส่ดูแลหะทางท่อ endotracheal tube ถ้าดูแลหะมีลักษณะเข้มนั้นมากจะไม่สามารถใส่ได้ ประกอบกับมีขั้วหลอดข้างเดียวและลูกโป่งมีขนาดเล็ก จึงไม่เหมือนกับมนุษย์จริง ทีมวิจัยจึงได้มีการพัฒนาต่อยอดหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหะ version 2 ขึ้นโดยมีการปรับกลไก รูปลักษณ์และลักษณะให้เหมือนจริงมากขึ้น เพื่อใช้เป็นทางเลือกหนึ่งที่จะทดแทนการนำเข้าของหุ่นจำลองจากต่างประเทศ ซึ่งช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย เป็นประโยชน์ต่อการจัดการศึกษาพยาบาล และช่วยให้การเรียนการสอนมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้เรียนเกิดความเข้าใจในเนื้อหาและมีทักษะการดูแลหะพร้อมที่จะไปปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจริงด้วยความมั่นใจ

อีกทั้งเพื่อให้สามารถเกิดการขยายการใช้
หุ่นจำลองกับกลุ่มอื่นมากขึ้น เช่น ญาติผู้ป่วยเพื่อ
ใช้ฝึกการดูแลหัดให้กับผู้ป่วยก่อนการดูแลหัด
ให้ผู้ป่วยจริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

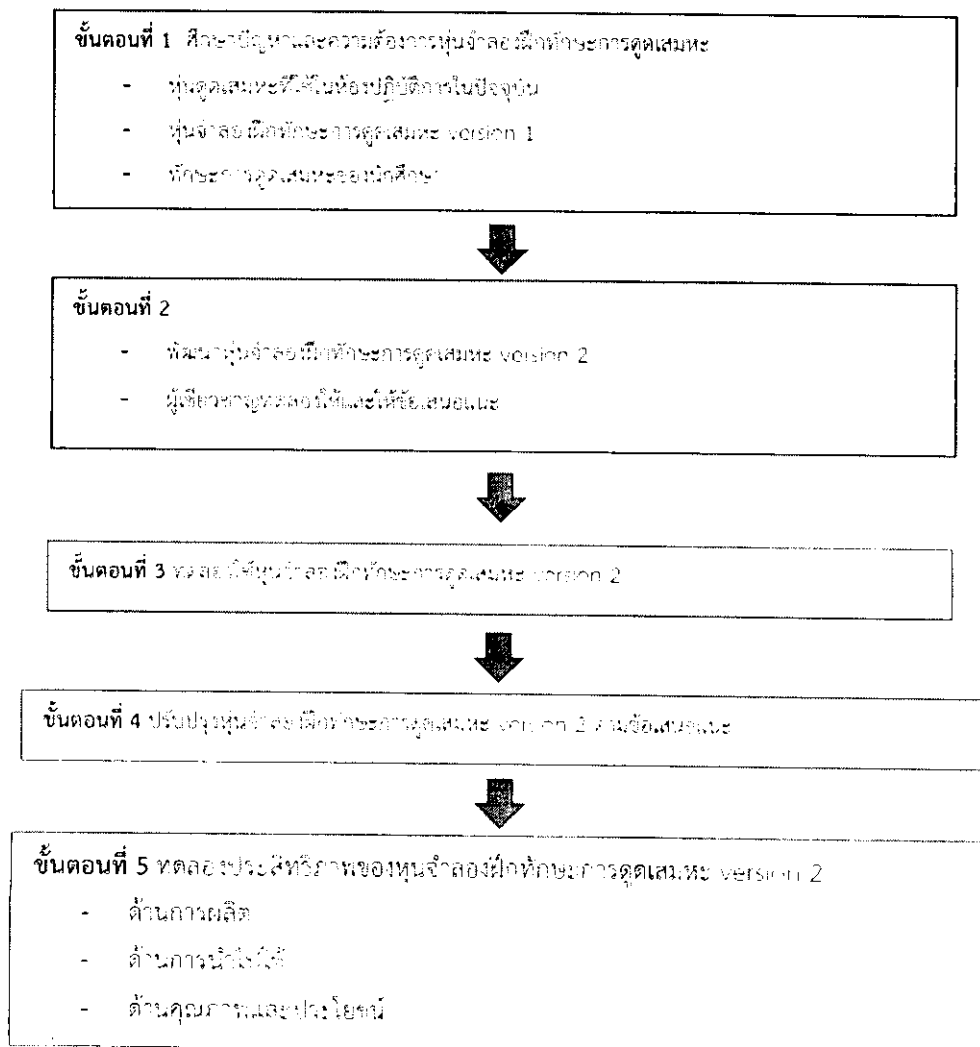
1. เพื่อพัฒนาหุ่นจำลองฝึกทักษะ
การดูแลหัด version 2

2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของ
หุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหัด version 2

คำถามการวิจัย

1. หุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแล
หัด version 2 มีกลไกการทำงานอย่างไรบ้าง
2. ประสิทธิภาพของหุ่นจำลองฝึก
ทักษะการดูแลหัด version 2 เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 2 โดยเก็บข้อมูลจากอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2561 ในช่วงเดือน สิงหาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นกลุ่มประชากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ มี 2 กลุ่มดังนี้

1. อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ที่สอนวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล ในภาคทดลอง จำนวน 18 คน

2. นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ที่เรียนวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล ในภาคทดลอง จำนวน 197 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ได้รับหมายเลขรับรอง E 2561/14 ลงวันที่ 30 กรกฎาคม 2561 สำหรับขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับคือจะช่วยให้มีความชำนาญในทักษะการดูดเสมหะ โดยเฉพาะการฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย แต่จะต้องใช้เวลาในการดูดเสมหะจากหุ่นทดลอง และตอบสอบถามไม่เกิน 20 นาที ผู้วิจัยอธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนการวิจัยและระยะเวลาการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทุก

คนทราบทุกราย 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 แบบประเมินประสิทธิภาพหุ่นจำลอง การดูแลหยาเพื่อฝึกทักษะการดูแลหยา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับ เพศ อายุ ตำแหน่ง และส่วนที่2 แบบประเมินประสิทธิภาพ หุ่นจำลองการดูแลหยาเพื่อฝึกทักษะการดูแลหยา จำนวน 8 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับด้านการผลิต จำนวน 4 ข้อ ด้านการนำไปใช้ จำนวน 3 ข้อ และด้านคุณค่าและประโยชน์ จำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบของแบบสอบถาม เป็นมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ซึ่งมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

5	หมายถึง	ดีมาก
4	หมายถึง	ดี
3	หมายถึง	ปานกลาง
2	หมายถึง	พอใช้
1	หมายถึง	ควรปรับปรุง

การแปลผลคะแนนประสิทธิภาพของการใช้ของ หุ่นจำลอง แบ่งเป็นระดับดังนี้

1.00-1.50 หมายถึง ประสิทธิภาพของ หุ่นจำลองอยู่ในระดับควรปรับปรุง

1.51-2.50 หมายถึง ประสิทธิภาพของ หุ่นจำลองอยู่ในระดับพอใช้

2.51-3.50 หมายถึง ประสิทธิภาพของ หุ่นจำลองอยู่ในระดับปานกลาง

3.51-4.50 หมายถึง ประสิทธิภาพของ หุ่นจำลองอยู่ในระดับดี

4.51-5.00 หมายถึง ประสิทธิภาพของ หุ่นจำลองอยู่ในระดับดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยได้นำแบบประเมิน ประสิทธิภาพหุ่นจำลองการดูแลหยาเพื่อฝึก ทักษะการดูแลหยา มาตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องมือ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรง ตามเนื้อหา คือ .93 และนำไปทดลองใช้กับนักศึกษา พยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จำนวน 20 ราย คำนวณหาค่าความ เชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้วิธีการ หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Alpha Cronbach's Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นของ แบบสอบถามเท่ากับ .72

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัญหาและความต้องการหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหยา โดยการสำรวจหุ่นดูแลหยาที่ใช้ในห้องปฏิบัติการในปัจจุบัน ศึกษาและวิเคราะห์ข้อเสนอแนะหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหยา version 1 และประเด็นปัญหาเกี่ยวกับทักษะการดูแลหยาของนักศึกษา ปริญญาผู้เชี่ยวชาญหลังจากนั้น รวบรวมข้อมูล สรุปผล และเขียนกรอบแนวคิดการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหยา version 2 โดยทีมวิจัยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดทฤษฎี และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหยา version 2 ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) กำหนดรูปแบบ โครงสร้างของหุ่น บนพื้นฐานความเหมือนจริง ประหยัดทรัพยากร และสามารถใช้ได้จริง

2) ตรวจสอบลักษณะหุ่น โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิช่วยตรวจสอบลักษณะ และกลไกการทำงานของหุ่นจำลอง จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 2 คน อาจารย์พยาบาล 2 คน และนายช่างเทคนิค หน่วย อุปกรณ์การแพทย์ 1 คน โดยใช้แบบประเมินประสิทธิภาพของหุ่นทักษะการดูแลหยาเพื่อพัฒนา ผลการประเมินประสิทธิภาพอยู่ในระดับดีมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.85 (SD = .18) จากนั้นคณะผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาพิจารณาปรับแก้ความคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ (ปรับปรุงหุ่น ครั้งที่ 1)

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้หุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหยา version 2 คณะผู้วิจัยนำหุ่นไปให้นักศึกษาชั้นปีที่ 4 ซึ่งมีประสบการณ์ผ่านการดูแลหยาในผู้ป่วยจริงมาแล้ว ทดลองดูแลหยาจากหุ่นจำลอง และให้นักศึกษาประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองการดูแลหยาเพื่อฝึกทักษะการดูแลหยา และให้ข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหยา version 2 ตามข้อเสนอแนะ คณะผู้วิจัยนำผลที่ได้และข้อเสนอแนะมาปรับปรุงหุ่น (ปรับปรุงหุ่นครั้งที่ 2)

ขั้นตอนที่ 5 ทดลองประสิทธิภาพของหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหยา version 2 โดยให้อาจารย์พยาบาล 18 คนและ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 197 คน ที่ต้องฝึกทักษะการดูแลหยาทดลองใช้หุ่น หลังจากสิ้นสุดการทดลองใช้หุ่น กลุ่มตัวอย่างประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองการดูแลหยาเพื่อฝึกทักษะการดูแลหยา และให้ข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูล

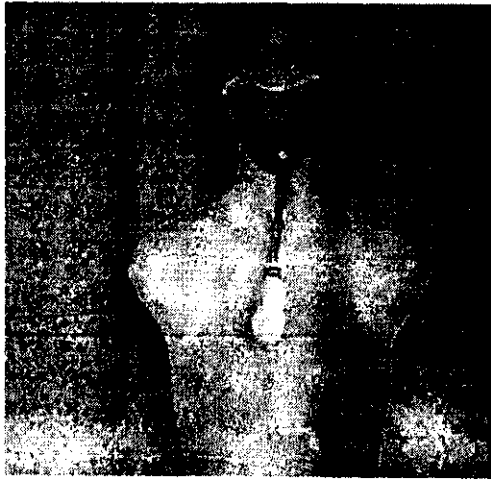
วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลข้อมูล คะแนนแบบประเมินประสิทธิภาพหุ่นจำลองการดูแลหยาเพื่อฝึกทักษะการดูแลหยา โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหยา version 2

คณะผู้วิจัยได้พัฒนาหุ่นจำลองการดูแลหยาเพื่อฝึกทักษะการดูแลหยา version 2 โดยการต่อยอดและปรับปรุงมาจาก version 1 ซึ่งมีข้อแตกต่างจาก version เดิมคือ คือ สามารถ

ปรับความเข้มข้นของเสมหะได้และใส่เสมหะลงใน
หุ่นได้สะดวกขึ้น มีข้อปอด 2 ข้างและขนาดของ



หุ่น version 1

ลูกโป่งมีขนาดใกล้เคียงกับปอดจริง หุ่น version 1
และ version 2 ที่พัฒนาเรียบร้อยแล้วดังภาพ



หุ่น version 2

2. ประสิทธิภาพของหุ่นจำลองฝึกทักษะ การดูดเสมหะ version 2

คณะผู้วิจัยได้ศึกษาปัญหาและความ
ต้องการของหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ
พบว่าในห้องปฏิบัติการมีหุ่นฝึกทักษะน้อยซึ่งไม่
เพียงพอกับจำนวนนักศึกษาและหุ่นจำลองไม่
สามารถใส่เสมหะเทียมได้ใส่ได้เฉพาะน้ำเปล่าซึ่งไม่
เหมือนเสมหะจริง เนื่องจากถ้าใส่เสมหะเทียมลง
ไปจะเกิดความยากลำบากในการทำความสะดวก
จากนั้นทีมผู้วิจัยได้มีการต่อยอดและพัฒนา
หุ่นจำลองการดูดเสมหะเพื่อฝึกทักษะการดูด
เสมหะจาก version 1 เป็น version 2 และนำ
หุ่นไปให้นักศึกษาชั้นปีที่ 4 ทดลองฝึกดูดเสมหะ
และประเมินประสิทธิภาพของหุ่นโดยผลการ
ประเมินประสิทธิภาพของหุ่นพบว่าอยู่ในระดับดี
มาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.76 (SD = .19) และ
ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะคือ เชื่อมข้อต่อต่างๆให้
สนิทเนื่องจากมีการรั่วของเสมหะเทียม หลังจาก

นั้นให้อาจารย์พยาบาล จำนวน 18 คน และ
นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตจำนวน 197 คน
ได้ทดลองดูดเสมหะจากหุ่นจำลองและประเมิน
ประสิทธิภาพของหุ่นจำลองดูดเสมหะ พบว่า
อาจารย์และนักศึกษาพยาบาลประเมิน
ประสิทธิภาพหุ่นจำลองการดูดเสมหะโดยรวมอยู่
ในระดับดี ($\bar{X} = 4.12$, SD. = .68 ; $\bar{X} = 3.86$,
SD .56 ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า อาจารย์
และนักศึกษาพยาบาลประเมินประสิทธิภาพ
หุ่นจำลองการดูดเสมหะด้านการผลิตรายในระดับดี
($\bar{X} = 4.12$ 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 อาจารย์และนักศึกษาพยาบาลประเมิน
ประสิทธิภาพหุ่นจำลองการดูแลหอยู่ระดับดี
มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3.51 ขึ้นไป โดยข้อ
คำถามด้านคุณภาพและประโยชน์ เกี่ยวกับการที่

ได้ฝึกดูแลหอยู่กับหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแล
หอยู่ทำให้นักศึกษามีความมั่นใจที่จะไป
ปฏิบัติการดูแลหอยู่จริง มีค่าคะแนนเฉลี่ยมาก
ที่สุดคือ 4.13 ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 แสดงผลการประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหอยู่ของอาจารย์โดยรวมและรายด้าน (n = 18)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ด้านการผลิต			
1.1 วัสดุในการผลิตหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหอยู่เหมาะสม	4.00	.64	ดี
1.2 รูปถ่ายลักษณะหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหอยู่มีความใกล้เคียงกับของจริง	4.00	.87	ดี
1.3 หุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหอยู่มีส่วนประกอบต่างๆที่สมบูรณ์	4.06	.80	ดี
1.4 หุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหอยู่ ถูกใช้งานและจัดการทางวิชาการแล้ว	4.39	.61	ดี
ผลการประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองดูแลหอยู่ด้านการผลิต	4.13	.68	ดี
2. ด้านการนำไปใช้			
2.1 หุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหอยู่สามารถใช้ได้เหมือนของจริง	4.28	.50	ดี
2.2 หุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหอยู่ใช้ในการดูแลหอยู่ได้เหมาะสมกว่าไม่จับต้อง	4.61	.50	ดีมาก
2.3 หุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหอยู่มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้เพื่อฝึกหัดการดูแลหอยู่	4.61	.61	ดีมาก
ผลการประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองดูแลหอยู่ด้านการนำไปใช้	4.50	.59	ดี
3. ด้านคุณภาพและประโยชน์			
3.1 การที่ได้ฝึกดูแลหอยู่กับหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหอยู่ทำให้นักศึกษามีความมั่นใจที่จะไปปฏิบัติการดูแลหอยู่จริง	4.50	.71	ดี
ผลการประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองดูแลหอยู่ด้านคุณภาพและประโยชน์	4.50	.71	ดี
ผลการประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองดูแลหอยู่โดยรวม	4.31	.60	ดี

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหอยู่ของนักศึกษาโดยรวมและรายด้าน (n = 97)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ด้านการผลิต			
1.1 วัสดุในการผลิตหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหอยู่เหมาะสม	3.77	.84	ดี
1.2 รูปถ่ายลักษณะหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหอยู่มีความใกล้เคียงกับของจริง	3.67	.88	ดี
1.3 หุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหอยู่มีส่วนประกอบต่างๆที่สมบูรณ์	3.68	.82	ดี
1.4 หุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหอยู่ ถูกใช้งานและจัดการทางวิชาการแล้ว	3.87	.73	ดี
ผลการประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองดูแลหอยู่ด้านการผลิต	4.13	.78	ดี
2. ด้านการนำไปใช้			
2.1 หุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหอยู่สามารถใช้ได้เหมือนของจริง	3.68	.75	ดี
2.2 หุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหอยู่ใช้ในการดูแลหอยู่ได้เหมาะสมกว่าไม่จับต้อง	4.11	.69	ดี
2.3 หุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหอยู่มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้เพื่อฝึกหัดการดูแลหอยู่	3.95	.73	ดี
ผลการประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองดูแลหอยู่ด้านการนำไปใช้	3.75	.65	ดี
3. ด้านคุณภาพและประโยชน์			
3.1 การที่ได้ฝึกดูแลหอยู่กับหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหอยู่ทำให้นักศึกษามีความมั่นใจที่จะไปปฏิบัติการดูแลหอยู่จริง	4.13	.78	ดี
ผลการประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองดูแลหอยู่ด้านคุณภาพและประโยชน์	3.91	.60	ดี
ผลการประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองดูแลหอยู่โดยรวม	3.86	.56	ดี

การอภิปรายผล

1. การพัฒนาหุ่นจำลองการดูดเสมหะ เพื่อฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 1 มีการพัฒนาและต่อยอดโดยการให้มีแขนงปอด 2 ข้างเพื่อความเสมือนจริง เปลี่ยนช่องใส่เสมหะเทียมจากใส่ทาง endotracheal tube เป็นเจาะรูเพื่อใส่เสมหะทางแขนงปอดและใช้ syringe เป็นตัวดันเสมหะใส่ในหุ่นซึ่งทำให้สามารถใส่เสมหะเทียมที่มีความเข้มข้นได้ และเปลี่ยนขนาดลูกโป่งเพื่อให้มีลักษณะใกล้เคียงกับปอดซึ่ง version เดิมจะมีแขนงปอดเพียงข้างเดียว และใส่เสมหะเทียมทาง endotracheal tube ถ้าเสมหะเทียมมีความเข้มข้นมากจะใส่ลงในหุ่นได้ลำบาก และลูกโป่งแต่เดิมมีขนาดเล็กซึ่งไม่เหมือนกับปอดผู้ใหญ่จริง ลักษณะช่องเพื่อพัฒนาให้เป็นนวัตกรรมกรรมที่ใช้ได้จริง มีคุณค่าสร้างประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม และสามารถตอบโจทย์ของผู้ใช้ ซึ่งในปัจจุบันจำเป็นอย่างยิ่งที่การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล ที่จำเป็นต้องการถ่ายทอดทักษะสู่การปฏิบัติงานทางคลินิก โดยการใช้หลักฐานการศึกษาจากการใช้สถานการณ์จำลอง (Ross, 2015)

2. ประสิทธิภาพการใช้หุ่นจำลองการดูดเสมหะเพื่อฝึกทักษะการดูดเสมหะ

ผลการประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะของอาจารย์ที่ โดยรวมและทุกด้านอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะข้อที่เกี่ยวกับหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะใช้ในการดูดเสมหะได้ง่าย สะดวกไปจับช้อน และหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้เพื่อฝึกหัดการดูดเสมหะอยู่ในระดับดีมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.61 (SD = 50) และ 4.61 (SD = 61) ตามลำดับ และผลการประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองฝึกทักษะการ

ดูดเสมหะของนักศึกษาทั้งโดยรวมและทุกด้านอยู่ในระดับดี 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 สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแผนการสอนเพื่อส่งเสริมการฝึกทักษะการเก็บสิ่งคัดหลั่งจากแผลเพาะเชื้อในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 พบว่าความมั่นใจต่อการฝึกทักษะการเก็บสิ่งคัดหลั่งจากแผลเพาะเชื้อของนักศึกษาภายหลังการฝึกทักษะโดยใช้แผนการสอนเก็บ พบว่า นักศึกษาให้คะแนนความมั่นใจ

ต่อการฝึกทักษะเฉลี่ยเท่ากับ 3.78 (SD = .41) อยู่ในระดับพอใจมากที่สุด (Natthacha & Jinda, 2016) ทั้งนี้กลุ่มผู้ทดลองใช้ทั้งอาจารย์และนักศึกษาได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงหุ่นคือ ควรจะมีการเพิ่มน้ำหนักของหุ่นเนื่องจากขณะบีบ self-inflating bag หุ่นมีการขยับไปมาและอยากให้พัฒนาลูกโป่งให้มีความจุเท่ากับปอดจริง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาครั้งต่อไป โดยจะปรับปรุงรูปร่างโครงสร้างของหุ่นเสมอ เพื่อเป็นการเพิ่มคุณค่าและสามารถใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น

1.1 จัดทำโครงสร้างหุ่นจำลองดูเหมาะสม โดยการหล่อเป็นเรซินหรือใช้ผลิตภัณฑ์ยางพารา เพื่อให้มีความแข็งแรง ไม่ขยับไปมา

1.2 พัฒนาลูกโป่งที่ทำหน้าที่เสมือนปอด ทั้งสองข้างขณะที่บีบลมเข้าไปให้เสมือนจริง โดยที่ จะสามารถวัดปริมาตรของอากาศที่ใส่เข้าไปได้

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ สถาบันการศึกษาพยาบาล สามารถใช้ หุ่นจำลองดูเสมอเพื่อเตรียมความพร้อมนักศึกษา พยาบาลก่อนขึ้นฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย เพื่อ ความปลอดภัยต่อผู้ป่วย

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).
- Preeyasaili, 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.
- Susantha, Y. (2015). Developing simulation model for training clinical skill of health science students. *Nursing Journal*, 43(2), 142-151. (in Thai).
- Susantha, 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 Chakirak nursing college*. Rajcahbur: Chakirak nursing college.

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน :

 ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสาร กลุ่มที่	สาขา
1	วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ	1906-2605	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์	1	วิทยาศาสตร์และ เทคโนโลยี

[Back to top](#)

วารสาร

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

Research and Development Health System Journal



ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2561

VOL.11 No.1 JANUARY - APRIL 2018

ISSN : 1906 - 2605



วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT IN HEALTH SYSTEM JOURNAL

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2561 VOL.11 NO.1 JANUARY – APRIL 2018

สารบัญ

รายการวิจัย	หน้า
การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ในผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลนาเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด.....	1
ฉัตรลดา ศิพร้อม, พัชรารรรณ จันทร์เพชร, เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ	
การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการของเสียของโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง	8
จักรพันธ์ ฉัตรวาทย์, ณรงค์ศักดิ์ ไชยสิทธิ์, เพ็ญศรี วัฒนละอาน	
ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนาคตนเองของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร	14
สุนันทา สมใจ, วิชุดา กิจธรรม, วิไลลักษณ์ ลังกา	
การส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืนในผู้สูงอายุ	22
พรรณธิดา เอี่ยมศิริปริดา, อังศรา ประเสริฐสิน, นริศรา พึ่งโพธิ์สก	
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ บ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น	29
ชัยภรณ์ โพธิ์ผล, ประจักษ์ บัวผัน	
การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น	40
อังคณากรณ์ พลบำรุง, วิพร เสนารักษ์	
การพัฒนากลุ่มอาหารสุขภาพพริกขี้หนู ตำบลเชียงแหว อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี.....	49
ปิยะนุช ไชยสาส์น, ลัณวิ ปิยะบัณฑิตกุล	
ผลการรักษาด้วยการกินยาและการกินยาร่วมกับการนวดประคบสมุนไพรต่ออาการปวด ในผู้ป่วยทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ.....	57
ชัยวุฒิ อาจการ	
การพัฒนาแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง	67
บุณยาพร อารยวุฒิกุล, ถาวร ถ่อกา	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานสารสนเทศของบุคลากรสาธารณสุข เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง	74
บุญญพัฒน์ ไชยเมธ, สมเกียรติยศ วรเดช, สุทธิพงษ์ รักเล่ง, ภาณุมาศ พิภู, รัตนา รุ่งแสง, จุติมา ชูใหม่ และ อนุชิต ชุมคง	
การศึกษาประสิทธิภาพของเอนไซม์ในการบำบัดน้ำเสียจากภาวะน้ำท่วมขัง บ้านโพธิ์ตากตำบลนางาม อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด	82
อรุณรัตน์ ปัญจะ กลิ่นเกษร, เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ	
การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคในหัตถ์ใหญ่ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2559	89
ไพรัตน์ สงคราม, สุรเชษฐ์ ภูสุวรรณ, วุฒิพงษ์ นรวิวัฒน์, พรทิพา ฉางกลาง	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จในการจัดการความรู้ : กรณีศึกษา เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง	94
สมเกียรติยศ วรเดช, บุญญพัฒน์ ไชยเมธ, สุกันยา นัครามนตรี, จักรินทร์ ปริมาณนท์, ช่อผกา หนูรอด, หนึ่งฤทัย เกื้อเอียด, ณัฐวดี สุขสง	
ผลของการให้ข้อมูลโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ต่อความเครียดของมารดาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย	100
สังจวรรณค์ พวงศรีเคน	
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์	110
ฉวีวรรณ ชมพูเขา	
แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ จังหวัดอุดรธานี สปป.ลาว	118
Inpanh Inthirath , ชัญญา ยภิบาลกุล	
การพัฒนาแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพประชาชนของสถานพยาบาลของรัฐใน	
พื้นที่จังหวัดลำปาง	126
วรรณดา คำเนินสวัสดิ์, ถาวร ถ่อกา	
โปรแกรมการพัฒนาความรู้ ทักษะการรับรู้ และพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ในสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป ตำบล	
หนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด	134
เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ, พัชรารรรณ จันทร์เพชร, ฉัตรลดา ศิพร้อม	

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

สารบัญ (ต่อ)

รายการวิจัย	หน้า
ประสิทธิภาพของโปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์	141
สุรศักดิ์ ศิลการขันธ์	
ภาวะสุขภาพ และการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	152
ศุภตรา บัวทิ , ขนิษฐา รักษาเคน	
แนวปฏิบัติที่ดีสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย	162
ยุวดี รอดจากภัย	
การพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล	168
ภูษณิศ มินาเขตร , สุพรรณิ อะโองิ , ธีรวิทย์ เอกะกุล	
พฤติกรรมการใช้ยาที่แพทย์ไม่ได้สั่งจ่ายและอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลชุมชนน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ...	177
ทิวารวรรณ สกุลจันทร์	
การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A(H3) ในวัดแห่งหนึ่งจังหวัดอำนาจเจริญ เดือนตุลาคม 2560	184
ปฐมพงศ์ ปุโรโปรง , สำราญ เหล็กงาม , วารุณี นาสินพูน	
การพัฒนาแบบแผนการจัดการปัญหาอุบัติเหตุภายใต้การจัดการระบบสุขภาพอำเภออำเภอดำรงวิทยะ จังหวัดกาฬสินธุ์	192
ฉวีวรรณ ชมภูษา , กฤตเมธ อัฒมิ	
การพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากร ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	200
พิบูลย์ พิมพ์จำปา , วิริติ ปานศิลา , สุรพร ลอยหา	
ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมกรรมการนวดเท้าเพื่อลดอาการเท้าชาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	210
ศิริพร แสงกุลัง , นิรมล เมืองโสม	
การพัฒนาแนวทางประสานบริการของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี และโรงพยาบาลบริการด้านโรคมะเร็งในนครหลวงเวียงจันทร์	219
สุลัดรีรัตน์ สารรัตน์ , สุวิญญา ธนสีลังกูร , ชลกร ทรงศรี	
การพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม(AIC)	229
สาโรช สมชอบ	
การพัฒนาทักษะการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	239
วัชราภรณ์ ศรีไพรวรรณ , อรสา กงคาล	
การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	249
รัชนิวรรณ ราชพลแสน , เกษราวัลดี นิลวางกูร	
แรงจูงใจที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น	259
ประภัสสร ชาลีสาร , ประจักษ์ บัวผัน	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทชายที่อาศัยอยู่ในชุมชนอีสาน	268
ครุณี รุ่งกรกานต์ , สุรดา จันศิริระยอม , ชนกวร ศรีประสาร	
การปรับตัวของผู้ประกอบการในการผลิตอาหารพื้นเมืองจากอุตสาหกรรมในครัวเรือนสู่การผลิต เพื่อการค้า : กรณีศึกษา หมี่โคราชตรา	277
ดอกจิก อำเภอนามนสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา	
ประภาพร สุทธิลัง , สุณิพร สุวรรณมณีพงศ์ , ปัญญา หมั่นเก็บ	
ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแวง	287
น้อย จังหวัดขอนแก่น	
ปัญชา ณ พัทลุง , ชัญญา อภิบาลกุล	
การพัฒนาแบบแผนบริการสุขภาพปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 8	297
ณภัทร สิทธิศักดิ์	
การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุข สำหรับนักศึกษาพยาบาล	308
นลินี เกิดประสงค์ , ภัทริรา ธีรสวัสดิ์ , ศิริยุภา พูลสุวรรณ , สุวิณี วิวัฒนาวนิช	
ประสิทธิภาพของโปรแกรมทันตสุขภาพที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และวัฒนธรรมพื้นบ้าน	318
หมอลำต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุบ้านหนองโสน ตำบลหนองโสน อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์	
วันเฉลิม รัตพร , วิศรุต ทองวรรณ , ศุภตรา วัฒนเสน , นันทิยา รมณียรัตนากุล	
ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น	328
ลักษณะนาพรณ แก้วมูลมุข , สุวิทย์ อุดมพาณิชย์	

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

สารบัญ (ต่อ)

รายงานวิจัย	หน้า
ผลของการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรมต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุราษฎร์ธานี	339
อรนรินทร์ แท่นอ่อน , เปรมฤทัย น้อยหมื่นไว , ญะจุร เจือดี	
ผลของการออกกำลังกายแอโรบิกควบคู่กับการควบคุมอาหารและการใช้ยาโดยการสนับสนุนของครอบครัวต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	349
พงษ์พัฒน์ ธรรมธะสาร , เบญจา มุกตพันธุ์	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดสกลนคร	358
ศิริบุญ ศรี ไชยบุญพงษ์	
การวิจัยและพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน จังหวัดลำปาง	365
กุลรัตน์ ไชยพรม , ณัฐฐาภรณ์ ปัญจพันธ์ , ถาวร ล่อกา	
ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุเขตกิ่งเมือง อำเภอลอง จังหวัดกำแพงเพชร	380
ธนัช กนกเทศ , ศุคนธรณ์ ศิริวรรณะไชย	
แนวทางการจัดการน้ำเสียแบบมีส่วนร่วมสำหรับชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์	386
ผดุงศักดิ์ คำยศ , ธันวา ใจเที่ยง , ชรินทร์ สุวรรณเรือง	
การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเสถภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด	395
วร ภาณ นันทวงศ์ , สุวิทย์ อุดมพานิช	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อของโรคพยาธิใบไม้ตับในอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์	403
อนุวัฒน์ เฟื่องฟูม , จุฬามาศ สุขจิต , คุณศักดิ์ เทพจันทร์ , พุทธิไกร ประมวล	
ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการจัดการขยะมูลฝอยในเขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลกุดรัง	411
อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม	
วิวิดา พิศรี , ชัยรัช จันทร์สมุด	
การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู	418
รวมพล เหล่าหวัน	
การพัฒนาระบบการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วม อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู	427
ดวงสุดา คาวเศรษฐ์	
ความรู้และพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยของประชาชนในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม	435
ปวิชา ศรีน้อยขาว , ชัยรัช จันทร์สมุด	
ภูมิปัญญาการใช้พืชสมุนไพรในท้องถิ่นของชุมชนสองเหนือตำบลตลาด อำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม	443
ชนนาถ แปลงมลาย	
การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น	452
ณิศา คงแสง , ชนะพล ศรีฤาชา	
พฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา	465
เนตรนภา พลพิจิต , วิพร เสนาวัณษ์	
การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน บ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 ตำบลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์	472
มัทธนา ศรีภพ , เพชรไสว ถัมตระกุล	
การพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในชุมชน	481
แกนกร โพชะโน , วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์ , เกศินี สราญฤทธิชัย	

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

สารบัญ (ต่อ)

รายงานการวิจัย	หน้า
ผลของอุณหภูมิและเวลาต่อการลดลงของชนิดและปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ในการอบฆ่าด้วยเตาไมโครเวฟในจังหวัดกาฬสินธุ์	491
อรรคพล ภูผาจิตต์ , ศรวิวรรณ เศรษฐธรรม	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกส่วนภูมิภาค	501
นิภาวรรณ ขวงวิภักดิ์ , มาริสา ไกรฤกษ์	
การดูแลตนเองของเกษตรกรปลูกมะเขือเทศ	513
ประมวศศิลป์ ปิ่นทะวงษ์ , เกษราวัลณ์ นิลวรรณ	
การพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินคำมั่ง-สามชัย ปี พ.ศ.2560	521
นิติกาญจน์ ภูวินทร์	
คุณภาพการสื่อสารส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกทางวิสัญญีสู่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	530
ทองเย็นม บัญสวัสดิ์	
ผลการยับยั้งเชื้อก่อโรคฟันผุของสารสกัดหยาบใบผักคราดหัวแหวนและใบยางนา	535
ปิยะวรรณ เอมอ้อมนันต์	
ปัจจัยกำหนดทางสังคมของความไม่เสมอภาคทางสุขภาพในพื้นที่เขตเมือง	541
ชัยณรงค์ สังข์จ้าง	
ชนิดของน้ำตาลและระยะเวลาต่อการเจริญเติบโตของเชื้อสเตรปโตคอคคัส มิวแทนส์	549
ปิยะวรรณ เอมอ้อมนันต์	
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ	554
อภิญา วรศักดิ์โยธา, สุรชาติ สิทธิปกรณ์ , อุบลลักษณ์ สุทธิเจริญ	

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

การพัฒนาแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

Development of a Framework for M.O.P.H Core Values Development among Lampang Provincial

Public Health Office's Personnel

บุญยาพร อารยวุฒิกุล¹ และ ทาวอร์ ล่อกา²

Boonyaporn Arayawudhikul¹ and Thaworn Lorga²

บทคัดย่อ

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

ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติตามค่านิยมร่วม MOPH ทุกด้านของบุคลากรอยู่ในระดับดี สำหรับกรอบแนวคิดการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH เป็นการบูรณาการการพัฒนาค่านิยม MOPH ทุกด้านเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือประชาชนมีสุขภาพดี แนวคิดการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH เชื่อว่านวัตกรรมโดยบุคลากรจะทำให้เกิดการพัฒนาลักษณะสุขภาพของประชาชน แต่การจะเกิดนวัตกรรมบุคลากรต้องเป็นผู้ที่มีความอ่อนน้อมถ่อมตน และเป็นนายตนเอง 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 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ บุคลากรของหน่วยงานใน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

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 (ริเริ่มสร้างสรรค์) 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 ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ผู้วิจัยได้พัฒนาและสร้างขึ้น และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ในการตรวจสอบความเที่ยงและความตรง และนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) รายด้านของแบบสอบถามได้แก่ เป็นนายตัวเอง ริเริ่มสร้างสรรค์ ใส่ใจประชาชน และ ถ่อมตนอ่อนน้อม ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) 0.940, 0.946, 0.968 และ 0.961 ตามลำดับ

ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัย ครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ที่สะท้อนถึงการปฏิบัติตามค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จากนั้นพัฒนาแบบสอบถามการปฏิบัติตามค่านิยม

ร่วม MOPH ดำเนินการสำรวจการปฏิบัติตามค่านิยมร่วม MOPH และ วิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 2 นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับผลการทบทวนวรรณกรรมมาพัฒนากรอบแนวคิดเชิงความสัมพันธ์ระหว่าง Mastery, Originality, People-centredness และ Humility ได้กรอบแนวคิดดังแผนภูมิที่ 1 หลังจากนั้น กรอบแนวคิดเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้บริหาร เพื่อพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะ ได้กรอบแนวคิดการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ดังแผนภูมิที่ 2 พร้อมแนวทางการดำเนินงานตามกรอบแนวคิด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ 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 ปีมากที่สุด ร้อยละ 64.5 ประเภทของบุคลากรปฏิบัติงานในตำแหน่งของข้าราชการมากที่สุด ร้อยละ 64.1 และหน่วยงานที่สังกัดส่วนใหญ่ทำงานที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 71.4

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



2.1 ค่านิยม M : Mastery (เป็นนายตนเอง) รายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติสูงสุด คือ รับผิดชอบงานในหน้าที่ และที่ได้รับมอบหมาย รองลงมาคือ ปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และข้อบังคับ และใช้หลักคุณธรรม และจริยธรรมในการทำงาน ส่วนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ แสวงหาความรู้เพื่อการพัฒนา และ กำหนดเป้าหมาย ที่ท้าทายในการปฏิบัติงาน

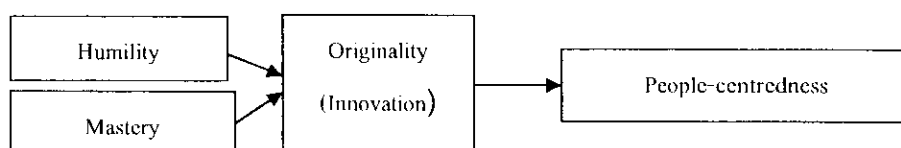
2.2 ค่านิยม Originality (สร้างสรรค์สิ่งใหม่) รายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติสูงสุด คือ พัฒนาบริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ รองลงมาคือ พัฒนาแนวทางในการให้บริการ หรือทำงานเพื่อเพิ่มผลลัพธ์ในงาน และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการทำงาน ส่วนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ผลิดและเผยแพร่ผลงานวิจัย และ ผลิตรายการเพื่อพัฒนางาน

2.3 ค่านิยม People centered (ใส่ใจประชาชน) รายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติสูงสุด คือ ให้บริการประชาชน ด้วยความและเท่าที่สุภาพเป็นมิตร รองลงมาคือ มุ่งประโยชน์ของประชาชนเป็นเป้าหมายสำคัญในการทำงาน และเคารพการตัดสินใจของประชาชนหรือผู้รับบริการ ส่วนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ พัฒนาสื่อสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าใจข้อมูลและความรู้ได้ง่าย และพัฒนาวิธีการและเครื่องมือในการส่งเสริมประชาชนให้ประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะสุขภาพไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน

2.4 ค่านิยม Humility (ถ่อมตนอ่อนน้อม) รายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติสูงสุด คือ ผิดตนเองให้เมตตาผู้อื่น รองลงมาคือ กล่าวขอโทษเพื่อการแสดงการยอมรับในกรณีที่ตนเองได้ทำผิดพลาด และเตือนตัวเองเสมอว่าคนเราไม่ได้รู้หรือเชี่ยวชาญทุกเรื่อง ชื่นชม ยกย่องความสำเร็จของเพื่อนร่วมงาน/สมาชิกทีม ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ประเมินจุดอ่อนและจุดแข็งของตนเองอย่างตรงไปตรงมาฝึกคนให้เป็นผู้ที่รู้เท่าทันความรู้สึกนึกคิดของตนเอง และ ค้นหาและชื่นชมความสามารถของเพื่อนร่วมงาน

2. การจัดทำแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

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



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

2.2 ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตามค่านิยมร่วม MOPH และ ร่างกรอบแนวคิดการพัฒนา ค่านิยมร่วม MOPH ต่อผู้บริหาร และ ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อรับทราบสถานการณ์จากข้อมูล และ ร่วมกันพิจารณา ร่างรูปแบบการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของหน่วยงานภายใต้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ที่ประชุมเสนอให้จัดทำแนวทางการพัฒนาค่านิยม MOPH เชิงบูรณาการภายใต้

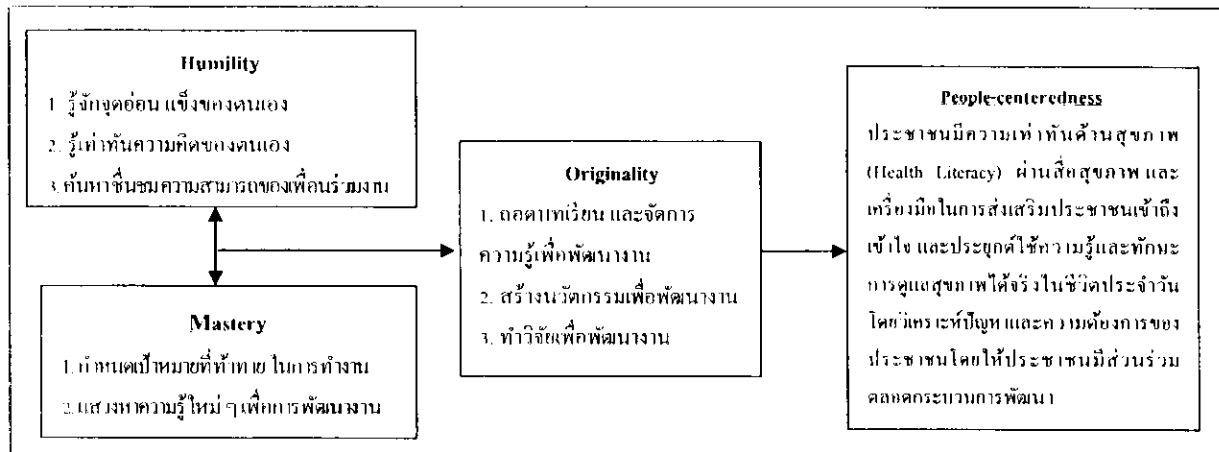
โครงการริเริ่มที่มีกรอบแนวคิดเชื่อมโยงค่านิยมแต่ละด้านเพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกิจกรรมการพัฒนา แทนที่จะดำเนินการพัฒนาค่านิยมแบบแยกส่วน ซึ่งต้องใช้ค่าใช้จ่าย ในการกิจกรรมพัฒนาสูง และ ใช้เวลากับกิจกรรมการพัฒนามาก จำซ้อน ไม่เหมาะสมกับภาระงานที่มีมากอยู่แล้วของบุคลากรและหน่วยงาน นอกจากนี้ยังเสนอให้เลือกประเด็น รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติน้อยที่สุด จำนวน 2-3 ข้อ ใน



วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

แต่ละด้านของค่านิยม MOPH มาเป็นเป้าหมายในการพัฒนาในโครงการริเริ่มการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสาธารณสุขในเชิงบูรณาการ เริ่มจากการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมของบุคลากร และการเสริมสร้าง Result based /Strategic Management เพื่อพัฒนาบุคลากรให้รู้จักจุดแข็งจุดอ่อน รู้เท่าทันความคิดของตนเอง เปิดใจรับการพัฒนาและเสริมสร้างองค์ความรู้ วิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์เพื่อให้เข้าใจสภาพการทำงานและปัญหา เพื่อนำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหา และกำหนดเป้าหมายที่ท้าทาย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ เพื่อนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมทางด้านสาธารณสุข หรือการเผยแพร่ผลงานวิจัย เพื่อให้แก่ประชาชนสูงสุดต่อประชาชน รวมทั้งเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการแสดงความเห็น ความต้องการ

ในการจัดทำสื่อสุขภาพ เพื่อให้ตรงตามความต้องการของประชาชน เข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวัน เพื่อให้เกิด Health Literacy (ปริศนา นวลบุญเรือง, ปณจันทร์ อิ่มหน้า และ ถาวร ล่อกล, 2560) นอกจากนี้ ต้องมีการกำหนดทิศทาง นโยบายที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสาธารณสุขไปยังหน่วยบริการทุกแห่งทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ซึ่งหากมีการดำเนินการตามพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสาธารณสุข สุดท้ายจะเห็นผลได้ในประชาชน โดยประชาชนจะเข้าถึงสื่อสุขภาพมากขึ้น และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2. แนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH แบบบูรณาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

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 วิเคราะห์ปัญหา และความต้องการของประชาชน วิเคราะห์บริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดความต้องการ

3.2 ผลิदनวัตกรรมสื่อในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ 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 ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางมาพร้อมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.19$, $SD=.504$) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า ค่านิยม Humility (ถ่อมตนอ่อนน้อม) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=4.43$, $SD=.556$) รองลงมาคือ ค่านิยม Mastery (เป็นนายตนเอง) ($\bar{X}=4.32$, $SD=.490$), ค่านิยม People centered (ใส่ใจประชาชน) ($\bar{X}=4.22$, $SD=.596$) และ ค่านิยม Originality (สร้างสรรค์สิ่งใหม่) ($\bar{X}=3.80$, $SD=.649$) ตามลำดับ

จากผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้จัดทำแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง โดยทำการทบทวนวรรณกรรมเพื่อค้นหากรอบแนวคิดเชิงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมร่วม Mastery, Originality, People-Centeredness และ Humility สำหรับใช้เป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH สำหรับบุคลากรภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความอ่อนน้อมถ่อมตน (Humility) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการสร้างนวัตกรรม (Innovation หรือ Originality) ภายในองค์กร⁽⁴⁾ นอกจากนี้

ยังพบว่านวัตกรรมส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ และ คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ^(5,6) โดยนำเสนอผลการวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตามค่านิยมร่วม MOPH และร่างกรอบแนวคิดการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH คัดเลือกผู้บริหาร และ ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อรับทราบสถานการณ์จากข้อมูล และ ร่วมกันพิจารณาว่ารูปแบบการพัฒนา ค่านิยมร่วม MOPH ของหน่วยงานภายใต้สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ที่ประชุมเสนอให้จัดทำแนวทางการพัฒนา ค่านิยม MOPH เชิงบูรณาการภายใต้โครงการริเริ่มที่มีกรอบแนวคิดเชื่อมโยงค่านิยมแต่ละด้านเพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกิจกรรมการพัฒนา แทนที่จะดำเนินการพัฒนาค่านิยมแบบแยกส่วน ซึ่งต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการกิจกรรมพัฒนาสูง และ ใช้เวลากับกิจกรรมการพัฒนามาก ซ้ำซ้อน ไม่เหมาะสมกับการะงานที่มีมากอยู่แล้วของบุคลากรและหน่วยงาน นอกจากนั้นยังเสนอให้เลือกประเด็นรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติน้อยที่สุดจำนวน 2-3 ข้อ ในแต่ละด้านของค่านิยม MOPH มาเป็นเป้าหมายในการพัฒนาในโครงการริเริ่มการพัฒนา ค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสาธารณสุขในเชิงบูรณาการ เริ่มจากการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมของบุคลากร และการเสริมสร้าง Result based /Strategic Management เพื่อพัฒนาบุคลากรให้รู้จักจุดแข็ง จุดอ่อน รู้เท่าทันความคิดของตนเอง เปิดใจรับการพัฒนา และเสริมสร้างองค์ความรู้ วิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์เพื่อให้เข้าใจสภาพการทำงานและปัญหา เพื่อนำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหากล่าวหา และกำหนดเป้าหมายที่ท้าทายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมทางด้านสาธารณสุข หรือการเผยแพร่ผลิตผลงานวิจัย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดคือประชาชน รวมทั้งเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ความต้องการในการจัดทำสื่อสุขภาพ เพื่อให้ตรงตามความต้องการของประชาชน เข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพเพื่อนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวัน เพื่อยุติให้เกิด Health Literacy⁽⁷⁾ นอกจากนี้ต้องมีมาตรการกำหนดทิศทาง นโยบายที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสาธารณสุขไปยังหน่วยบริการทุกแห่งทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ



วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ทุกแห่ง ซึ่งหากมีการดำเนินการตามพัฒนาการร่วมกัน
MOPH ของบุคลากรสาธารณสุข สุดท้ายจะเห็นผลได้ใน
ประชาชน โดยประชาชนจะเข้าถึงสื่อสุขภาพมากขึ้น และ
มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. นำแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH แบบ
บูรณาการ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำปาง (Integrated
Framework of MOPH Core Values Development) มาทดลองใช้

ในหน่วยบริการทุกแห่งทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

2. ประเมินผลการนำแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม
MOPH แบบบูรณาการ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำปาง
(Integrated Framework of MOPH Core Values Development) ที่
ทดลองใช้ในหน่วยบริการทุกแห่งทั้งสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน
และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. **แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)**. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข. นนทบุรี, 2559.
2. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน จุดยืน
วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย และค่านิยม และยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข**. นนทบุรี, 2559.
3. ชุติเดช คาม-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. เจริญพร นวลบุญเรือง, ปานจันทร์ อ่อนหนา และ ถาวร ล้อกล. การพัฒนาเอกสารให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมโดยใช้กระบวนการปรึกษาผู้ใช้: การวิจัยและ
พัฒนา. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 10(1), 2560: 156-167.

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน :

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสาร กลุ่มที่	สาขา
1	วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ	1906-2605	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์	1	วิทยาศาสตร์และ เทคโนโลยี

[Back to top](#)

การพัฒนา รูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพประชาชน
ของสถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่จังหวัดลำปาง

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

วรรณดา ดำเนินสวัสดิ์¹ และ ธาวORN ล่อกา²

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 การปรับปรุงรายการยาสมุนไพร ในบัญชียาหลักแห่งชาติ 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. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง



บทนำ

ปัจจุบันการแพทย์แผนไทยกำลังได้รับความนิยมและเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายจากประชาชน ทำให้มีความพยายามในการผลักดันให้การแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์กระแสหลักของชาติไทย ในปี พ.ศ.2549 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยการเพิ่มสิทธิประโยชน์มากขึ้น ทำให้ประชาชนหันมาให้ความสำคัญกับการแพทย์แผนไทย โดยมีกรมการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานขับเคลื่อนระบบการแพทย์แผนไทยให้พัฒนาและสอดคล้องเข้าไปในระบบบริการของรัฐ โดยจัดให้มีบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลประจำอำเภอ และโรงพยาบาลประจำจังหวัด เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึง^(1,2)

จังหวัดลำปาง โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ได้กำหนดมาตรการ สนับสนุนให้สถานบริการจัดบริการการแพทย์แผนไทย มาตั้งแต่ปี 2544 โดยคำนึงถึงความพร้อมของสถานบริการที่ได้มาตรฐาน 5 ด้านตามเกณฑ์ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด⁽³⁾ ได้แก่ 1)มาตรฐานด้านโครงสร้างสถานที่ 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) ส่งผลให้การขับเคลื่อนการนำองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยไปสู่การบริการสุขภาพแก่ประชาชนไม่ประสบความสำเร็จในแง่การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย

ของประชาชน ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยและพัฒนา รูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพประชาชนของสถานพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการและการดำเนินงานการจัดบริการการแพทย์แผนไทยให้เกิดเป็นรูปธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพประชาชนของสถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่จังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรสุขภาพต่อมาตรการส่งเสริมสนับสนุนการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพประชาชน ของสถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่จังหวัดลำปาง

การศึกษครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (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 มีลักษณะการวัดเป็นมาตร ส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) และ ความเหมาะสมและเพียงพอของมาตรการทั้ง 6 จำนวน 1 ข้อ และมีคำถามปลายเปิดให้กลุ่มตัวอย่างแสดง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

ความคิดเห็นต่อการจัดบริการแพทย์แผนไทย

ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1. วิเคราะห์สถานการณ์ ครอบคลุมประเด็น การจัดบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย และ ปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการแพทย์แผนไทย โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการกำกับติดตามและประเมินผลงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง โดยดำเนินการระหว่างเดือน มกราคม 2560

ระยะที่ 2. นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับผลการทบทวนวรรณกรรมมาจัดทำรูปแบบการแพทย์แผนไทยให้บริการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพประชาชน และรวมทั้งจัดทำคู่มือ และเอกสารประกอบการดำเนินงาน เพื่อใช้ในการพัฒนารูปแบบที่ได้กำหนดไว้และนำรูปแบบไปใช้กับหน่วยงานในสังกัดที่ให้บริการแพทย์แผนไทย โดยดำเนินการระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2560 – มีนาคม 2560

ระยะที่ 3. ประเมินการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยของผู้รับบริการ และ ความคิดเห็นของบุคลากรที่ให้บริการแพทย์แผนไทย โดยดำเนินการในเดือน มกราคม 2561 นำผลการประเมินที่ได้จากข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพมาพัฒนาข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแบบให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

เครื่องมือวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ คือ ความถี่ ร้อยละ ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา

1. การจัดบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย และ ปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการแพทย์แผนไทย โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการกำกับติดตามและประเมินผลงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง พบว่า สถานบริการมีการจัดบริการยาสมุนไพร จำนวน 155 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 แต่จำนวนรายการยา

สมุนไพรในสถานบริการแต่ละแห่ง และแต่ละระดับมีจำนวนรายการยาที่ไม่เท่ากัน เช่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนใหญ่จะมีแค่ยาสมุนไพรเดี่ยวเฉลี่ย 3-10 รายการ ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง มีทั้งรายการยาสมุนไพรเดี่ยวและสมุนไพรตำรับ แต่มีจำนวนรายการยา 6-25 รายการซึ่งไม่เป็นไปตามมาตรฐานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด คือสถานบริการระดับโรงพยาบาลต้องมีจำนวนรายการยาขั้นต่ำ 30 รายการ ทั้งนี้สถานบริการส่วนใหญ่ โดยเฉพาะระดับโรงพยาบาลมีมูลค่าการส่งขายยาสมุนไพรในอัตราที่ต่ำ โดยพบว่า ร้อยละมูลค่ายาสมุนไพรเทียบกับยาแผนปัจจุบันในปี 2559 คิดเป็นร้อยละ 0.82 สำหรับสถานบริการที่มีการจัดบริการ นวด อบ ประคบสมุนไพร ระดับโรงพยาบาล ครบทั้ง 13 แห่ง แต่ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีเพียง 43 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 30.28 ทั้งนี้ข้อมูลการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยนอก พบว่าร้อยละของผู้ป่วยนอกที่รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยเทียบกับผู้ป่วยนอกทั้งหมด ตั้งแต่ปี 2557-2559 คิดเป็นร้อยละ 9.06, 10.69 และ 13.01 ตามลำดับ ซึ่งยังเป็นอัตราที่ต่ำกว่าเป้าหมายที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนดคือร้อยละ 18.5 (เป้าหมายปี 2560) โดยมีปัจจัยดังต่อไปนี้

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

1.2 ขาดงบประมาณจ้างผู้ช่วยแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานด้านการนวดด้วยข้อจำกัดของงบาร่าง

1.3 ผู้ปฏิบัติงานด้านการนวดที่มีคุณสมบัติลาออกเดินทางไปทำงานต่างประเทศและต่างจังหวัด

1.4 การสนับสนุนรายการยาสมุนไพรจาก CUP สู่ PCU ไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน (ไม่ครอบคลุมกลุ่ม



อาการของโรค มีจำนวนรายการต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด
จึงเกิดปริมาณการเบิกจ่ายจาก CUP)

1.5 ผู้บริหารสนับสนุนเรื่องการใช้น้ำสมุนไพร
น้อย อาจเนื่องจาก ใช้น้ำสมุนไพรมีราคาแพง เมื่อเปรียบเทียบกับ
ยาแผนปัจจุบัน หากสั่งใช้มาก จะเพิ่มภาระให้กับ
โรงพยาบาล ซึ่งหลายแห่งประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน

1.6 บุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่
เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยา อาทิ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล
และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขาดความรู้ความเข้าใจในศาสตร์
แผนไทยและขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนรวมทั้งขาด
ประสบการณ์ในเรื่องยาสมุนไพร ทำให้ไม่มั่นใจในการสั่ง
ใช้น้ำสมุนไพร

1.7 ขาดการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้
ศาสตร์การแพทย์แผนไทยให้ทั้งบุคลากรวิชาชีพและ
ประชาชน รับรู้คุณประโยชน์ และช่องทางการรับบริการ
ดังกล่าว

2. การพัฒนารูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผน ไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์สถานการณ์มาจัดทำ
รูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์
แผนปัจจุบันในสถานบริการ แบ่งเป็น 2 รูปแบบหลัก
ได้แก่ รูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับ
การแพทย์แผนปัจจุบัน และ รูปแบบการส่งเสริมสนับสนุน
การบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผน
ปัจจุบัน โดยใช้มาตรการเป็นตัวขับเคลื่อน โดยมี
รายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 รูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทย กับการแพทย์แผนปัจจุบัน

1) รูปแบบการใช้น้ำสมุนไพร เน้นการใช้น้ำ
สมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งแพทย์แผนปัจจุบัน
สามารถสั่งจ่ายสมุนไพรได้โดยตรง หรือปรึกษาแพทย์
แผนไทยในสถานบริการหากมีข้อสงสัยในการสั่งใช้ ใน
ส่วนของแพทย์แผนไทยสามารถปรึกษากับแพทย์แผน
ปัจจุบัน และเภสัชกร ในกรณีที่มีการใช้น้ำสมุนไพร
ร่วมกับยาแผนปัจจุบัน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้

ยา และเป็นกรณีสนับสนุนผู้รับบริการให้มีการใช้น้ำ
สมุนไพรมากขึ้น

2) มีรูปแบบการจัดระบบบริการคลินิก ซึ่ง
กิจกรรมบริการประกอบด้วย ให้บริการซักประวัติ ตรวจ
ร่างกาย วินิจฉัย สั่งการรักษา การให้บริการนวดไทย การ
ประคบสมุนไพร การอบไอน้ำสมุนไพร การทำหัตถ์เอกลี
ให้คำแนะนำ เรายุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเฉพาะโรค ให้
สุขภาพการออกกำลังกายและญาติ โดยให้ความรู้ สอน
สาธิต ปรับพฤติกรรม ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ มีการบูร
ณาการร่วมกันระหว่างแพทย์แผนไทย และแพทย์แผน
ปัจจุบัน โดยการคัดกรอง และส่งต่อผู้ป่วยตามความ
เหมาะสม โดยเน้นใน 4 โรคหลักคือ ข้อเข่าเสื่อม อัมพฤกษ์
อัมพาต ภูมิแพ้ทางเดินหายใจ ไผ่ผื่น เช่น ในผู้ป่วยอาการ
การปวดเรื้อรังจากข้อเข่าเสื่อม หรือการฟื้นฟูร่างกายจาก
อัมพฤกษ์อัมพาต จะมีการวางแผนการรักษาร่วมกันทั้งการ
ทำกายภาพบำบัด และการนวดไทย ในผู้ป่วยภูมิแพ้
ทางเดินหายใจให้มีการอบไอน้ำสมุนไพรร่วมกับการรักษา
ทางแผนปัจจุบัน นอกจากนี้ต้องมีการติดตามผลการรักษา
เพื่อประเมินประสิทธิผลของการรักษา ฟื้นฟู ความบริการ
ทางคลินิกที่ดีให้

2.2 รูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนการบูรณา การการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยใช้ มาตรการเป็นตัวขับเคลื่อน ดังนี้

มาตรการที่ 1: การกำหนดให้สถานบริการทุก
แห่งมีการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ
(First-line drugs) จำนวน 2 รายการ ได้แก่ ยาขมิ้นชัน และ
ยาฟ้าทะลายโจร

มาตรการที่ 2: การกำหนดให้สถานบริการ
จัดบริการหัตถบำบัดเช่น นวด อบ ประคบ ดูแลหลังคลอด
ตามความเหมาะสม

มาตรการที่ 3: การสนับสนุนสื่อแนวทางการ
สั่งใช้ยาสมุนไพรสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่สั่งการ
รักษา (เวงบนโต๊ะตรวจ)

มาตรการที่ 4: การสนับสนุนคู่มือแนวทางการ
ปฏิบัติการบริการแผนไทย



วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

มาตรการที่ 5.1: การนิเทศในพื้นที่โดยทีมจังหวัด เพื่อกระตุ้นการส่งยาสมุนไพรและบริการคัดบำบัดอย่างสมเหตุผล

มาตรการที่ 5.2: การสร้างช่องทางการสื่อสารเพื่อให้คำแนะนำและคำปรึกษาในกรณีที่มีข้อสงสัย หรืออุปสรรคในการปฏิบัติตามมาตรการ

มาตรการที่ 6.1: การติดตามความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ในที่ประชุมผู้บริหารทุกเดือน (การประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล: กป.)

มาตรการที่ 6.2: การสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน บริการการแพทย์แผนไทยบูรณาการกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ในการนำมาตรการลงสู่การปฏิบัติ จากนั้นผู้วิจัยได้นำมาตรการทั้ง 6 ลงสู่การปฏิบัติ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางได้ประกาศเป็นนโยบายให้หน่วยงานคํ เน้นการตามมาตรการดังกล่าว

3. การประเมินผลรูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

3.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง พบว่าบุคลากรสุขภาพที่ให้บริการการแพทย์แผนไทยมีทั้งแพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และ แพทย์ ส่วนใหญ่ที่ตอบแบบสอบถามเป็นผู้หญิง (72.4%) มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี (33.9%) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (92.1%) และ มีประสบการณ์ในการให้บริการการแพทย์แผนไทยมากกว่า 5 ปี (59.8%) โดยที่กว่าครึ่งให้บริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (56.7%) และอีกครึ่งหนึ่งให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน

3.2 การเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทย ภายหลังการนำรูปแบบและมาตรการไปสู่การปฏิบัติ พบว่าการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 23.5 เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้าพบว่าอัตราการเข้าถึงเพิ่มขึ้นร้อยละ 10

ตาราง 1 การเข้าถึงบริการก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ

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

มาตรการสนับสนุนการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างน้อยเพียงใด	ระดับความคิดเห็น N (%)					ค่าเฉลี่ย (SD)	การแปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เห็นเลย		
มาตรการที่ 1 : การกำหนดให้สถานบริการทุกแห่งมีการส่งยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ (First line drugs) จำนวน 2 รายการได้แก่ ยาชמןจัน และยาฟ้าทะลายโจร	47 (37.0)	71 (55.9)	0 (0.0)	7 (5.5)	2 (1.6)	4.21 (0.83)	มาก
มาตรการที่ 2 : การกำหนดให้สถานบริการจัดการคัดบำบัดแก้เจ็บ 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

มาตรการสนับสนุนการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างน้อยเพียงใด	ระดับความคิดเห็น N (%)					ค่าเฉลี่ย (SD)	การแปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เห็นเลย		
มาตรการที่ 3 : การสนับสนุนสื่อแนวทางการสื่อชี้แจงจากสมุนไพรรักษาโรคน้ำที่ท่าหน้าที่ส่งการรักษ (วางแผนได้สะดวก)	28 (22.0)	81 (63.8)	0 (0.0)	16 (12.6)	2 (1.6)	3.92 (0.93)	มาก
มาตรการที่ 4 : การสนับสนุนคู่มือแนวทางการปฏิบัติการบริการ แผนไทย	23 (18.1)	83 (65.4)	0 (0.0)	13 (10.2)	8 (6.3)	3.79 (1.05)	มาก
มาตรการที่ 5.1 : การนิเทศในพื้นที่โดยที่มีจังหวัด เพื่กระตุ้นการส่งชี้แจงสมุนไพรรักษาโรคน้ำที่ท่าหน้าอย่างสมเหตุผล	24 (18.9)	81 (63.8)	0 (0.0)	13 (10.2)	9 (7.1)	3.77 (1.09)	มาก
มาตรการที่ 5.2 : การสร้างช่องทางสื่อสารเพื่อให้คำแนะนำและคำปรึกษาในกรณีที่มีข้อสงสัย 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 ในที่ประชุมผู้บริหารทุกระดับ (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 บริการการแพทย์แผนไทยบูรณาการกับการแพทย์แผนปัจจุบัน 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 ข้อเสนอสนับสนุนการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันในระดับ สนับสนุนมาก

ระดับความพึงพอใจต่อมาตรการได้ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับความพึงพอใจปานกลาง โดยร้อยละ 79.5 ของบุคลากรคิดว่ มาตรการทั้ง 6 ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทองได้กำหนดไม่เพียงพอ

3.4 ข้อเสนอแนะของบุคลากรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพรูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน พบว่า การขับเคลื่อนการบริการแพทย์แผนไทย จำเป็นต้องดำเนินการเพิ่มในประเด็นดังต่อไปนี้ 1) ผู้บริหารต้องให้การสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างจริงจัง 2) เพิ่มการสนับสนุนงบประมาณ 3) เพิ่มการประชาสัมพันธ์ในวิทยาสหกิจแห่งชาติ 4) พัฒนาศักยภาพและสมรรถนะบุคลากรด้านการบริการแพทย์แผนไทย 5) ปรับรูปแบบ

บริการให้เกิดการบูรณาการอย่างแท้จริง 6) ให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพคนไทยและบริการการแพทย์แผนไทย

สรุปและอภิปรายผล

จากการปรับใช้รูปแบบการบริการ และมาตรการสนับสนุนการบูรณาการระหว่างแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบันพบว่า มีการใช้บริการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 อาจเนื่องมาจากการใช้มาตรการขับเคลื่อนการทำงาน ทำให้บุคลากรมีความตื่นตัวในการพัฒนางานมากขึ้น ทำให้เกิดความรับผิดชอบต่องานมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่มีผลต่อคุณภาพการบริการทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ⁽⁴⁾ พบว่าความรับผิดชอบต้องเป็นปัจจัยจูงใจที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพการบริการที่ดีขึ้น ซึ่งเมื่อคุณภาพในการบริการดีขึ้นแล้วย่อมส่งผลที่ดีต่อภาพลักษณ์ในการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

ให้บริการ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้มีผู้มาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น

ในส่วนของการคิดเห็นของบุคลากรสุขภาพนั้น มีความเห็นว่ามาตรการทั้ง 6 ข้อสนับสนุนการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันในระดับภาค แต่โดยรวมแล้วมีความพึงพอใจต่อมาตรการส่งเสริมสนับสนุนรูปแบบบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันในระดับปานกลาง ซึ่งไม่ได้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากภาระงานที่มากขึ้นและอาจไม่มีความยืดหยุ่นมากพอจึงไม่สามารถนำไปใช้ได้โดยสะดวก และสอดคล้องกับงานประจำ ดังจะเห็นได้ว่าบุคลากรส่วนใหญ่เห็นว่า “มาตรการทั้ง 6 ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางได้กำหนด” ไม่เพียงพอต่อการสนับสนุนการจัดบริการการแพทย์แผนไทยบูรณาการกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ให้ประสบความสำเร็จ แสดงให้เห็นว่าการปรับรูปแบบการให้บริการเชิงบูรณาการที่สถานการณ์อาจไม่เพียงพอสำหรับการนำไปปฏิบัติจริง ดังที่ ศิริवाद คงศิริ และคณะ (2561)⁽¹⁾ ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า ผู้กำหนดนโยบายเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติทุกขั้นตอน เพื่อให้มีความเข้าใจในการถ่ายทอดนโยบายทุกระดับของการปฏิบัติการ

นอกจากนี้แล้ว บุคลากรสุขภาพต่าง ให้ข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพรูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งสามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้

1. ผู้บริหารต้องให้การสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างจริงจัง เนื่องจากในปัจจุบัน การรักษาโดยใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยยังขาดการพิสูจน์องค์ความรู้ให้เห็นเชิงประจักษ์ งานสามารถเป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ได้ ฉะนั้น เพื่อให้ผู้บริหารสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างจริงจัง ควรเริ่มจากการประกาศใช้แพทย์แผนไทยในการรักษากลุ่มอาการที่ไม่รุนแรง หรือโรคที่ง่าย ๆ และโรคที่สามารถอธิบายได้ในทางวิทยาศาสตร์ หรือมีงานวิจัยรองรับในประสิทธิผลของการรักษา⁽²⁾

2. เพิ่มการสนับสนุนงบประมาณ ผู้ให้บริการควรมีการรวบรวมข้อมูลเปรียบเทียบด้านงบประมาณในกลุ่มโรคเดียวกันในการใช้แผนปัจจุบัน และยาสมุนไพรเพื่อ

การรักษา เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับให้ผู้บริหารสามารถนำมาใช้ในการตัดสินใจ ว่าการเพิ่มงบประมาณสนับสนุนด้านการให้บริการแพทย์แผนไทยในแต่ละหน่วยบริการจะเพิ่มความคุ้มค่าในภาพรวม หากมีการสนับสนุนการใช้งบประมาณเพิ่ม

3. จากข้อเสนอแนะให้มีการเพิ่มรายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ หากพิจารณาในหลักเกณฑ์การเพิ่มรายการยาหลักที่จะถูกเสนอให้มีการประกาศใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาสมุนไพรดังกล่าวจะต้องได้รับการยืนยันถึงประสิทธิผล และความปลอดภัยในการใช้ จึงจะสามารถเสนอเพื่อการประกาศใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติได้

4. พัฒนาศักยภาพและสมรรถนะบุคลากรด้านการบริการแพทย์แผนไทย โดยกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นที่ต้องการในการพัฒนาศักยภาพ และสนับสนุนให้มีการต่อยอดจากการศึกษาต่อเนื่องในศาสตร์แผนไทยที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติได้

5. การปรับรูปแบบบริการให้เกิดการบูรณาการอย่างแท้จริง ควรมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทย และแพทย์แผนปัจจุบัน ในการนำมาใช้เพื่อให้เกิดรูปแบบการบริการที่ผสมผสานศาสตร์ทั้งสองได้อย่างชัดเจน

6. ส่งเสริม และให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแผนไทยและบริการการแพทย์แผนไทย โดยปรับเปลี่ยนมุมมองให้ผู้รับบริการ เข้าใจและเห็นคุณค่าของแพทย์แผนไทยที่มีมาอย่างยาวนาน

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพประชาชนของสถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่จังหวัดลำปาง มีข้อเสนอแนะรูปแบบที่ควรจะเป็นในการบูรณาการ การแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ เพื่อนำไปสู่คุณภาพบริการและการเข้าถึงบริการของประชาชน ทั้งนี้จะทำให้การแพทย์แผนไทยเป็นสิ่งที่น่าเชื่อถือในระดับบุคลากร สาธารณสุข ต้องได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้บริหารอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็น



ปัจจัยสำคัญในการ สร้างการรับรู้ เชื่อมัน ซอมและยอมรับ
ในการ นำบริการการแพทย์แผนไทยบูรณาการกับ
การแพทย์แผนปัจจุบันในการกำาบัดรักษา พื้นฟู ส่งเสริม
สุขภาพและป้องกันโรคที่เหมาะสม

2. การศึกษาการพัฒนา รูปแบบการบูรณาการ
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแล
สุขภาพประชาชนของสถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่
จังหวัดลำปาง ควรมีการศึกษาและพัฒนาต่อให้ถึงขั้น
นำไปใช้แก้ปัญหาเชิงระบบ บริการสาธารณสุขส่วนใหญ่
ความเหลื่อมล้ำ ของระบบบริการ ขาดการดูแลสุขภาพด้วย
ตนเอง ความแออัดของผู้มารับบริการ ลดการใช้ยาแผน
ปัจจุบันโดยเฉพาะยาต้านเชื้อแบคทีเรีย และการรักษา
อาการเจ็บป่วยของกลุ่มอาการโรคอื่นๆ ที่แพทย์แผนไทย
ดูแลรักษาได้ความคุ้มค่ากับการแพทย์พื้นบ้าน และการใช้ตำรับ
ยาสมุนไพรเพื่อจะได้ใช้ศักยภาพของการแพทย์แผนไทย
ได้อย่างเต็ม ความสามารถ

3. รูปแบบการจัดบริการการแพทย์แผนไทยโดย
ส่วนใหญ่เป็นนโยบายโดยตรงมาจากสำนักปลัดกระทรวง
สาธารณสุขโดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและ
การแพทย์ทางเลือก โดยกำหนดเป้าหมาย กลวิธีการ
ดำเนินงานหรือโครงการต่างๆ ส่วนมากค่นับการใน
ลักษณะการนำนโยบายจากส่วนกลางไปใช้ในลักษณะ
เฉื่อยช้าทุกพื้นที่ การดำเนินการในลักษณะดังกล่าว ขาด

การวิเคราะห์ความต้องการที่แท้จริงของหน่วยงานในแต่ละ
พื้นที่ ซึ่งอาจมีความต้องการการรูปแบบบริการที่แตกต่าง
กันจึงส่งผลให้ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการหรือ
ทีมสหวิชาชีพ ในพื้นที่และส่งผลกระทบในการเข้าถึง
บริการของประชาชน ดังนั้น ควรที่จะให้หน่วยงานจัดหา
รูปแบบการดำเนินงานด้านต่างๆดังนี้

3.1 นำรูปแบบที่ได้มากำหนดเป็นนโยบายและ
มาตรการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงระบบบริการ การแพทย์
แผนไทยการแพทย์ทางเลือกบูรณาการให้เป็นส่วนหนึ่ง
ของระบบการดูแลสุขภาพ ผสมผสานนโยบายคลินิกหมอ
ครอบครัว

3.2 นำรูปแบบที่ได้มาพัฒนา เร่งสร้างค่านิยม แผน
ไทยเฟิร์ส เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

3.3 พัฒนาเชื่อมโยงระบบข้อมูล การวิจัย
นวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร เพื่อให้
เกิดประโยชน์ในระบบสุขภาพ ส่งเสริมเศรษฐกิจอย่างครบ
วงจร สร้างสรรค์ต่อยอดภูมิปัญญาได้ นวัตกรรมและ
เทคโนโลยี

3.4 ส่งเสริมการวิจัยการใช้บริการการแพทย์แผนไทย
การแพทย์พื้นบ้านในการกำาบัดรักษาโรคต่างๆต่อเนื่อง

3.5 การพัฒนามาตรฐานคุณภาพ ระบบบริการ
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ภายใต้กรอบของ
นโยบายกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.กระทรวงสาธารณสุข.การจัดระดับบริการการแพทย์แผนไทย, 2557. [17 ตุลาคม 2560].
2. สุวนพร กิจรัตน์. *ทิศทาง การวิจัยและพัฒนา การแพทย์แผนไทย มุมมองและประสิทธิภาพของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*
ในการพัฒนาแพทย์แผนไทยประยุกต์กับการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้ยั่งยืน ศูนย์วิชาการพิมพ์. กรุงเทพมหานคร. 2554.
3. คูณสารณ เทียงบูรณธรรม ภูมิตา อิบทรประสงค์ วันเพ็ญ แก้วปาน จุฑาธิป ห่อบุตร. *แรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่มีผลต่อคุณภาพการบริการ
ทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพหรือโรงพยาบาลพลญไทย กรุงเทพมหานคร.วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*.
9(2), 2554: 143-53.
4. วิภาณงค์ หวัง, สุภาวดี แสนศักดิ์, ชนัดดา พลอยเลื่อมแสง, วรรณพร พรหมสัจจพวด, สมัทนา กลางนคร. *ทฤษฎีและกรอบแนวคิดของการวิจัย
เพื่อนำนโยบายสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ. การวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อแก้ปัญหาลดผลกระทบการปฏิวัติความนโยบายที่มีประสิทธิภาพ.*
วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 12 (1), 2561: 7-26.

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน :

 ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสาร กลุ่มที่	สาขา
1	วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ	1906-2605	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์	1	วิทยาศาสตร์และ เทคโนโลยี

[Back to top](#)

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

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}, นัทธพจน์ ปัญจพันธ์^{*2}, ถาวร ล่อกา^{*3}

Kulrut Chaiprom^{*1}, Nutthaporn Panchakhan^{*2}, Thaworn Lorga^{*3}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กและมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป้าหมาย จำนวน 15 คน เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม ประชากร คือ บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน รวม 306 คน เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล 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 ด้านวัตถุประสงค์คือ มีการใช้ฐานข้อมูลหลากหลาย วัตถุประสงค์ไม่เพียงพอ 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 โดยใช้ตัวแบบสมการ โครงสร้าง 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) การจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่องประกอบด้วย ระบบฐานข้อมูล การมีส่วนร่วมของเครือข่าย วัตถุประสงค์ การรณรงค์ให้ความรู้ การคัดกรอง การติดตาม การกระตุ้น การส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ การกระตุ้น และการส่งเสริมสุขภาพเด็ก และวิธีการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข คือ 1) พัฒนานตนเองให้เกิดความมั่นใจ ในด้านความรู้และทักษะ 2) การทบทวน สะท้อนผลงานของตนเอง 3) ส่งเสริมการเรียนรู้ของทีมงาน โดยจะทำให้ขับเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพและนำไปใช้ได้

คำสำคัญ : การวิจัยและพัฒนา, ระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

Abstract

Research and development was performed 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 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง



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 ส่งเสริมพัฒนาการเติบโต หากพบเด็กมีปัญหาพัฒนาการผิดปกติ จะต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและช่วยเหลืออย่างเหมาะสมโดยเร็วที่สุดจะสามารถแก้ไข บำบัดฟื้นฟู และส่งเสริมให้มีพัฒนาการที่ก้าวหน้าขึ้น ในช่วงเวลาที่สมองยังมีความสามารถยืดหยุ่นฟื้นตัวได้ดี ทำให้ลดความพิการและเข้าใจถึงความปกติมากที่สุด

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559) และนโยบาย ยุทธศาสตร์การพัฒนเด็กปฐมวัย (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 จึงได้จัดทำโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ 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 พบเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 23.30 ซึ่งได้รับการติดตามในระดับพัฒนาการร้อยละ 56.0 หลังการกระตุ้น 30 วัน พบเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 94.36 โดยได้มีการพัฒนาทักษะในการคัดกรอง ทบทวนเครื่องมือและอุปกรณ์การตรวจตามคู่มือ DSPM (Developmental Surveillance and Promotion Manual) เพื่อเพิ่มคุณภาพในการคัดกรองพัฒนาการเด็กใน 4 ช่วงอายุ ให้มีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งเด็กพัฒนาการล่าช้า ต้องได้รับ การส่งต่อพบพยาบาลจิตเวชที่โรงพยาบาลชุมชน⁽²⁾ ซึ่งมีการดำเนินงานคัดกรองประเมิน กระตุ้น ติดตาม ส่งเสริมพัฒนาการเด็กในคลินิกสุขภาพเด็กดี อย่างไรก็ตามพบว่า มีคลินิกสุขภาพเด็กดีในโรงพยาบาลชุมชน ผ่านเกณฑ์คุณภาพร้อยละ 63.3 โดยพบว่า ผู้ปฏิบัติงานไม่มีทักษะในการใช้เครื่องมือ ทำให้ส่งผลกระทบต่อให้คำแนะนำพ่อแม่ ผู้ปกครอง ด้านสื่ออุปกรณ์มีไม่เพียงพอ ความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดีของเด็ก และระบบการเฝ้าระวังและดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุมทั่วประเทศ⁽³⁾

จังหวัดลำปางปี 2559 พบเด็กพัฒนาการสมวัยร้อยละ 85.31 ความครอบคลุมการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กใน 4 ช่วงอายุ ร้อยละ 27.13 และติดตามเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 43.30 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่าเป้าหมาย โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ได้ใช้กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการดำเนินงาน เนกลุ่มสตรีและเด็ก 0-5 ปี และมีทีม Child Project Manager :CPM ระดับจังหวัด อำเภอ ทำหน้าที่กำกับดูแลติดตามการดำเนินงาน มีการประชุมชี้แจงและพัฒนาศักยภาพบุคลากร รวมทั้งบูรณาการร่วมกับภาคเครือข่ายจากการนิเทศงาน พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมียังไม่สามารถให้บริการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างเต็มที่ ยังเน้นการให้วัคซีนตามเกณฑ์อายุเป็นหลัก เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ อีกทั้งผู้ปฏิบัติงานในระดับอำเภอและตำบล ไม่เข้าใจในระบบการบันทึกข้อมูล ขาดการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ขาดความรู้และทักษะในการดำเนินงาน ผู้ปกครองไม่สนใจในเรื่องการดูแลสุขภาพเด็ก อุปกรณ์เครื่องมือไม่เพียงพอ คลินิกสุขภาพเด็กดียังไม่ได้

มาตรฐาน ส่งผลให้คุณภาพของข้อมูลและความครอบคลุมการดำเนินงานพัฒนาการเด็กไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะดำเนินการวิจัยและพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน จังหวัดลำปาง เพื่อให้ได้ระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบงาน การบริหารจัดการให้มีระบบที่ดีและมีประสิทธิภาพประสิทธิผล อันจะส่งผลดีต่อการพัฒนาระบบสุขภาพเด็กของจังหวัดลำปางและระดับประเทศ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน
2. เพื่อศึกษาตัวแบบสมการ โครงสร้าง (Structural equation model) ที่อธิบายระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน
3. เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่มีประสิทธิภาพการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และความเหมาะสม

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน โดยใช้การสนทนากลุ่มเพื่อนำสู่การยกร่างพัฒนาระบบและปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการดำเนินงาน

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

ระยะที่ 3 การค้นหารูปแบบทางสถิติ โดยใช้ตัวแบบสมการ โครงสร้าง (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 บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน รวม 306 คน

กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กและมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป้าหมาย จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลลำปาง รวม 15 คน

ประชากรที่ใช้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็ก ทั้งผู้รับผิดชอบหลักและรอง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชนฯ แห่งละ 2 คน รวม 306 คน และผู้ส่งแบบสอบถามคืน จำนวน 281 ชุด คิดเป็นร้อยละ 91.83

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

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

2. แบบสอบถามระดับการปฏิบัติงานพัฒนาการเด็ก (Questionnaires) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของไลเคิร์ต (Likert's Rating Scale)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โดยการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน แล้วนำผลประเมินของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าเฉลี่ย เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยใช้สูตร Index of Concordance ได้ค่า IOC ทั้งฉบับเท่ากับ 0.885 นำแบบสอบถามไปทดสอบคุณภาพของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับบุคคลที่ไม่ใช่กลุ่ม

ประชากร (try out) ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 30 คน แล้วนำคำตอบมาคำนวณค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.985

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้จัดการสนทนากลุ่ม บุคลากรมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป้าหมาย จำนวน 15 คน

2. การวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ การยินยอมตอบแบบสอบถาม และรายละเอียดข้อคำถามของแบบสอบถามแก่ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กระดับอำเภอ เพื่อให้อธิบายบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนในการตอบแบบสอบถาม และเก็บรวบรวมข้อมูลส่งผู้วิจัย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาตรวจความถูกต้อง ความสมบูรณ์ จากนั้นนำมาจัดทำบันทึกผลและนำมาวิเคราะห์ผลด้วยสถิติการวิจัย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การวิเคราะห์ระดับการปฏิบัติตามเกณฑ์ของเบสท์⁽⁴⁾ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้ Factor Analysis เพื่อหาลักษณะร่วมของข้อคำถาม และตั้งชื่อกลุ่มตัวแปร การวิเคราะห์ด้วยแบบโครงสร้าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ Smart PLS⁽⁵⁾

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยนำโครงร่างวิจัยและแบบสอบถาม เสนอขอการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง 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

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

การอบรมทักษะเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และอยู่ในทีมคณะทำงานเด็กของแต่ละอำเภอ แต่ยังพบปัญหาของการดำเนินงาน ดังนี้ 1) ด้านบุคลากร (Man) พบว่าผู้บริหารของหน่วยงานให้ความสำคัญกับงานพัฒนาการเด็กน้อย และผู้รับผิดชอบงานบางส่วนขาดสมรรถนะในการปฏิบัติและขาดความตระหนัก มีภาระงานมาก บุคลากรไม่เพียงพอ อีกทั้งผู้ร่วมงานและผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร 2) ด้านกระบวนการ (Method) พบว่า ขาดการประสานงานระหว่าง การส่งเสริมสุขภาพกับคลินิกอื่นๆ และขาดความต่อเนื่องของการคัดกรอง ติดตาม กระตุ้น ส่งต่อบริการแก่ผู้เชี่ยวชาญ และการส่งเสริมสุขภาพ 3) ด้านวัสดุ อุปกรณ์ (Material) พบว่ามีการใช้ฐานข้อมูลหลายระบบ เทคโนโลยี สื่อ คู่มือ และอุปกรณ์ในการกระตุ้นพัฒนาการไม่เอื้อต่อการดำเนินงานและไม่เพียงพอ 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 มอช.ขาดสมรรถนะในการประเมินพัฒนาการเด็ก 5) ขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก และมีภาระงานหลายด้าน 6) ผู้ร่วมงานไม่เข้าใจธรรมชาติของงาน
ด้านกระบวนการ (Method)	1) การทำงานแยกส่วน ขาดการประสานงานกับคลินิกสุขภาพเด็ก 2) ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินการของระบบพัฒนาการเด็ก
ด้านวัสดุ อุปกรณ์ (Material)	1) มีฐานข้อมูลหลากหลาย 2) เทคโนโลยีและสื่อไม่เอื้อต่อการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก 3) วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ

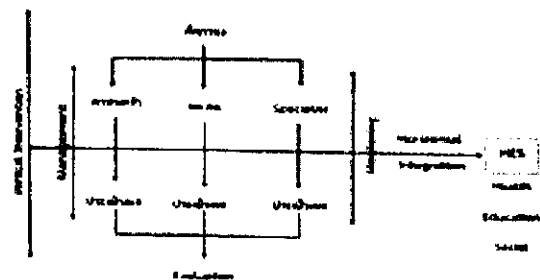
โดยทางกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และชี้แนะแนวทางในการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน เพื่อนำไปปรับใช้ในพื้นที่ดังนี้

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

ด้านกระบวนการ (Method) 1) บูรณาการงานพัฒนาการเด็กทั้งแนวตั้งและเนวราบ 2) ใช้ระบบการนิเทศงานทั้งเชิงบริหารและปฏิบัติการต่อเนื่อง จะทำให้เกิดความร่วมมือในการทำงานด้วยดี

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

1



ภาพประกอบ 1 ระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
อายุ 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 เพื่อสื่อความหมายที่สอดคล้องกับตัวแปรของแต่ละองค์ประกอบ ให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ต่อไป ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านสมรรถนะของบุคลากร มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 8 ตัว คือ

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

2. องค์ประกอบด้านการจัดระบบ มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 11 ตัว คือ

ตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ	Compo Nent 2
65 ท่านและเครือข่ายติดตามประเมินผลหลังการกระตุ้น	0.637
64 ท่านวางแผนร่วมกับผู้ปกครองเพื่อนัดหมาย	0.619
66 ท่านให้ความรู้และติดตามประเมินผู้ปกครอง	0.581
58 ท่านมีแนวทางที่ชัดเจน ปฏิบัติได้ง่ายในการส่งต่อเด็ก	0.553
70 ท่านส่งเสริมเลี้ยงดูถูกด้วยนมแม่ การใช้สมุดบันทึกสุขภาพ	0.548
69 ท่านจัดกิจกรรมให้ความรู้ ก่อนตั้งครรภ์ หลังคลอด	0.522
59 เครือข่ายของท่านมีระบบการส่งและรับข้อมูล	0.519
62 ท่านติดตามตามผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ	0.516
63 MCH Board นำข้อมูลมาวิเคราะห์และหาแนวทาง	0.503

ตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ	Compo Nent 2
60 ท่านมีการประสานเครือข่าย ในการจัดบริการรับส่ง	0.487
61 ท่านส่งต่อเด็กส่งสัฒนาการล่าช้าทุกราย	0.430

3. องค์ประกอบด้านการถ่ายทอดความรู้ มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 21 ตัว คือ

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

4. องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ของชุมชน มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 18 ตัว คือ

ตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ	Compo Nent 4
75 การจัดทำนโยบายสาธารณะร่วมกับประชาชน	0.853
73 การหาข้อตกลงร่วมกันกับชุมชน	0.837

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

ตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ	Compo Nent 4
77การติดตามและประเมินผล	0.802
78การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	0.800
76การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	0.789
72การประสานเครือข่าย ศพค. ชุมชน	0.744
ตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ	Compo nent
79ประชุมคืนข้อมูลที่แสดงถึงปัญหาสุขภาพเด็ก	0.738
81จัดกิจกรรมการพัฒนาทักษะที่จำเป็น	0.715
74การประชาสัมพันธ์แก่ประชาชน	0.658
82มีการจัดกิจกรรมการศึกษาดูงาน	0.647
80มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ	0.605
68ทบทวนประสานเครือข่ายเพื่อขอรับการสนับสนุน	0.601
57ทดสอบของทำนบประเมินผลการติดตาม	0.511
34ทบทวนสนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมผู้ปกครอง	0.511
67ทบทวนสนับสนุนสื่อ อุปกรณ์ที่เพียงพอและเหมาะสม	0.480
10ทบทวนได้ร่วมกำหนดบังคับใช้มาตรการทางสังคม	0.465
71การประสานเครือข่าย ศพค. ชุมชน	0.413
49ประเมินทักษะการคัดกรองจากผู้เชี่ยวชาญ	0.295

5. องค์ประกอบด้านการจัดการกระบวนการ มีตัวบ่งชี้
ขององค์ประกอบ 12 ตัว คือ

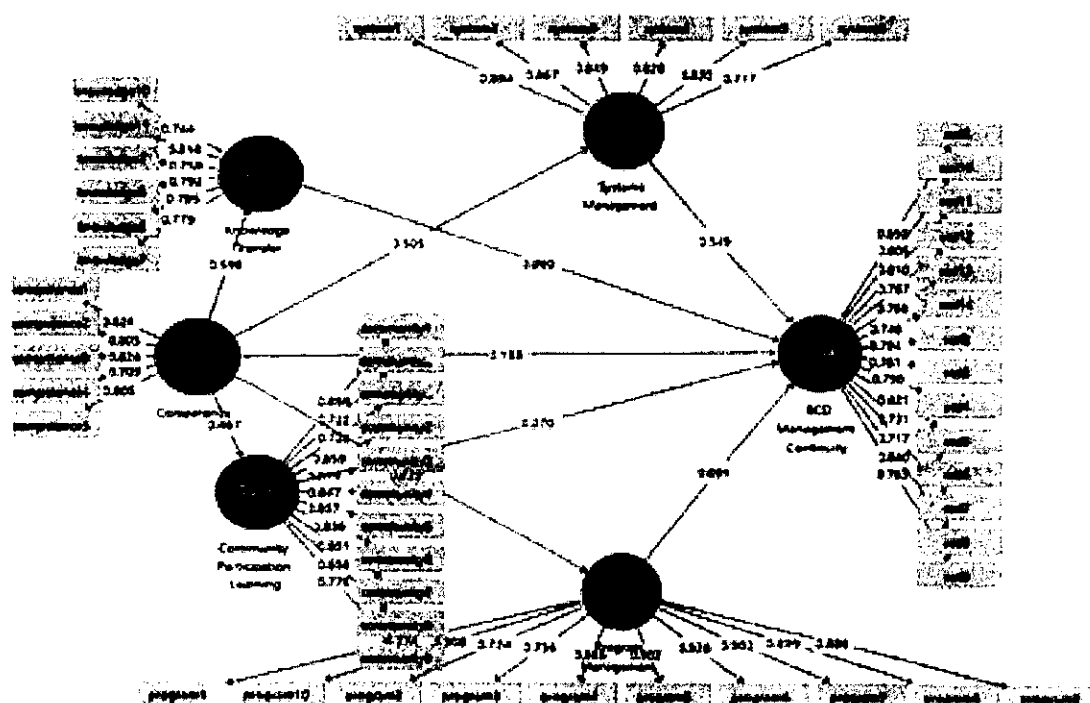
ตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ	Compo Nent 5
84มีการนำโครงการสู่การปฏิบัติ	0.735
85มีการประเมินผลโครงการ	0.732
83มีการเขียนโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ	0.702
14นำประเด็นไปบูรณาการกับโครงการที่มีอยู่เดิมของรพ ศค.	0.502
13นำประเด็นพัฒนาเด็กไปบูรณาการกับหน่วยงานอื่น	0.420
88นำผลการวิเคราะห์มาเป็นแนวทางในการกำหนดประเด็น	0.807
87มีการนำข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ค้นหาสาเหตุของปัญหา	0.794
89การนำผลการวิเคราะห์มากำหนดแผนการดำเนินงาน	0.791
90นำข้อมูลมาใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน	0.744
86มีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อระบุปริมาณและความรุนแรง	0.726
92นำผลการประเมินไปพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	0.693
91มีการคืนข้อมูลแก่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง	0.665

6. องค์ประกอบด้านการจัดการพัฒนาการเด็กอย่าง
ต่อเนื่อง มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 22 ตัว คือ

ตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ	Compo nent 6
46ทบทวนวางแผนการกระตุ้นพัฒนาการและการส่งต่อ	0.778
44ทบทวนสรุปผลการประเมินและแจ้งผลให้แก่ผู้ปกครอง	0.767
40ทบทวนเตรียมสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์การประเมินให้พร้อม ใช้	0.754
42ทบทวนดำเนินการคัดกรองโดยใช้เครื่องมือ DMPA	0.735
43ทบทวนสร้างสัมพันธภาพกับผู้ปกครองและเด็ก	0.727
52ทบทวนติดตามเด็กที่ไม่มาตรวจตามนัดภายในเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์	0.681
33ทบทวนทำทะเบียนข้อมูลเด็กและผู้ปกครองครบถ้วน	0.641
41ทบทวนเตือนการประเมินพัฒนาการเด็ก	0.632
51ทบทวนมีแผนและดำเนินการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้า รายบุคคล	0.632
45ทบทวนประเมินภาวะจิตใจของผู้ปกครอง	0.626
47ประสานเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ	0.620
55ทบทวนบันทึกผลครบถ้วน ทุกห้อง ทุกเวลา	0.600
53ทบทวนประสานให้ อสม.ติดตามเด็กภายใน 2 สัปดาห์	0.583
54ทบทวนประสานให้ เจ้าหน้าที่(มอช.) ติดตาม	0.550
50ทบทวนประเมินความเข้าใจของผู้ปกครองในการกระตุ้น	0.536
39ทบทวนฝึกการใช้ข้อคำถามในการประเมินพัฒนาการเด็ก	0.536
37ทบทวนศึกษาข้อมูลสถานการณ์ ภูมิหลังของเด็ก	0.534
31ทบทวนเข้าร่วมการกำหนดแนวทางการแจ้งผลการประเมิน	0.502
38ทบทวนกำหนดแผนการคัดกรอง โดยเตรียมข้อมูลเด็ก 1ค.	0.484
56ทบทวนประสานเครือข่ายเพื่อการติดตามเด็ก	0.470
48ทบทวนมีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์และประเมินผล	0.462
1ทบทวนกำหนดเป้าหมายผลการดำเนินงานพัฒนาการเด็กให้ สูงสุดที่จะเป็นไปได้	0.443

ระยะที่ 3 รูปแบบทางสถิติ โดยใช้ตัวแบบสมการ
โครงสร้าง (Structural equation model)

1. องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับระบบเฝ้า
ระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42
เดือน ตามภาพ 2 และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวแปร
ตามตาราง 2



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

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อดัชนีประจักษ์

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



วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

Note. TE = Total Effect, DE = Direct Effect, IE = Indirect Effect, N/A = Non Applicable, Competence = สมรรถนะของบุคลากร
สาธารณสุข, ECD Management & Community = การจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง, Community Participation & Learning = การมี
ส่วนร่วมของชุมชนและการเรียนรู้, Systems Management = การจัดการระบบ, Program Management = การจัดการกระบวนการ, Knowledge
Transfer = การถ่ายทอดความรู้

จากภาพ 2 และตาราง 2 เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มี
อิทธิพลต่อตัวแปรตาม พบว่า สมรรถนะมีผลทางตรงต่อ
ปัจจัยทั้ง 5 ด้าน และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อตัวแปรตาม มี
รายละเอียดดังนี้

ด้านที่ 1 สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข พบว่ามี
อิทธิพลทางตรงต่อการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง
เท่ากับ 0.168 มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการจัดการพัฒนาการเด็ก
อย่างต่อเนื่อง เท่ากับ 0.403 และมีอิทธิพลรวมต่อการจัดการ
พัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง เท่ากับ 0.571

ด้านที่ 2 สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข พบว่ามี
อิทธิพลทางตรงต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนและการเรียนรู้
เท่ากับ 0.467

ด้านที่ 3 สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า

มีอิทธิพลทางตรงต่อการจัดการระบบ เท่ากับ 0.505

ด้านที่ 4 สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า

มีอิทธิพลทางตรงต่อการจัดการกระบวนการ เท่ากับ 0.439

ด้านที่ 5 สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า

มีอิทธิพลทางตรงต่อการถ่ายทอดความรู้ เท่ากับ 0.598

2. รูปแบบระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

อายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน โดยการทดสอบสมมติฐาน ดัง
ตาราง 3

ตาราง 3 ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 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: สมรรถนะของบุคลากรส่งผลต่อการจัดการกระบวนการ	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: การมีส่วนร่วมของชุมชนและการเรียนรู้ส่งผลต่อการจัดการ พัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง	0.070	1.036	.301	ไม่สนับสนุน
H9: การจัดการกระบวนการส่งผลต่อการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง	0.091	1.520	.125	ไม่สนับสนุน

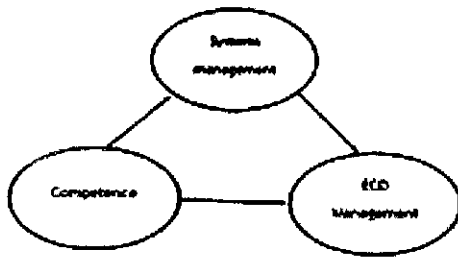
จากตาราง 3 พบรูปแบบระบบเฝ้าระวังและส่งเสริม
พัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือนที่มีเชื่อมโยง
สัมพันธ์กัน จำนวน 6 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) สมรรถนะของ
บุคลากรมีความสัมพันธ์กับการจัดการระบบ 2) สมรรถนะ
ของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการถ่ายทอดความรู้ 3)
สมรรถนะของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม
ของชุมชนและการเรียนรู้ 4) สมรรถนะของบุคลากรมี
ความสัมพันธ์กับการจัดการกระบวนการ 5) สมรรถนะของ

บุคลากรมีความสัมพันธ์กับการจัดการพัฒนาการเด็กอย่าง
ต่อเนื่อง 6) สมรรถนะของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการ
จัดการระบบ และการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง

2.2 องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับระบบเฝ้าระวัง
และส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน
จังหวัดลำปาง พบว่า บุคลากรสาธารณสุขที่มีสมรรถนะ
และการจัดการระบบที่มีประสิทธิภาพ นำไปสู่ระบบเฝ้า



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



หมายเหตุ: Coef.= 0.572, t= 6.360,

ภาพประกอบ 3 ระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก อายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน จังหวัดลำปาง

จากภาพประกอบ 3 พบว่าระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน จังหวัดลำปางมีองค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน คือ สมรรถนะของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง สมรรถนะของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการจัดการระบบ และการจัดการระบบมีความสัมพันธ์กับการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ 1) บุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญในการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก จะมีความมั่นใจในการวางแผนการดำเนินงาน ปฏิบัติตามแผนงาน การตรวจสอบและปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง 2) บุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้ ทักษะ และการทบทวนการทำงานอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เกิดความพร้อม ความมุ่งมั่น ในการดำเนินงานรณรงค์ให้ความรู้ คัดกรอง กระตุ้น ติดตาม ประเมินพัฒนาการเด็ก และการประสานการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) การจัดการระบบ โดยมีการวางแผนงานจากวัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย และการปฏิบัติตามขั้นตอนในแผนงาน รวมทั้งการตรวจสอบ ปรับปรุง จัดทำมาตรฐานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง จะสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เข้ากับสถานการณ์และพื้นที่ได้ ส่งผลให้การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กมีประสิทธิภาพ 4) องค์ประกอบทั้ง 3 ตัวมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีการจัดการระบบเป็นตัวแปรคั่นกลาง ระหว่าง

สมรรถนะของบุคลากรและการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 4 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กและการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยการสนทนากลุ่ม (focus group)

1. การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้พบว่า ระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน จังหวัดลำปาง พบว่า มีค่าเฉลี่ยรวมทุกองค์ประกอบ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.52$, $SD = .271$) 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 การติดตามการกระตุ้น การส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ และการส่งเสริมสุขภาพพัฒนาการเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน

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

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

อภิปรายผล

1. สถานการณ์การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน

1.1 ปัญหาการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ได้แก่ ด้านบุคลากร คือ ผู้บริหารยังให้

ความสำคัญกับงานพัฒนาการเด็กน้อย และผู้รับผิดชอบงาน
ยังขาดสมรรถนะและขาดความตระหนัก ภาระงานมาก
บุคลากรไม่เพียงพอ ผู้ร่วมงานและผู้ปกครองไม่ให้ความ
ร่วมมือ ด้านกระบวนการ คือ ขาดการประสานงาน ขาดความ
ต่อเนื่องของการดำเนินงาน ด้านวัสดุอุปกรณ์ คือ มีการใช้
ฐานข้อมูลหลากหลาย วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ดังการศึกษา
ของ กมลรัตน์ เกตุบรรลุ และคณะ (2552)⁽⁶⁾ พบว่า การเฝ้า
ระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับปฐมภูมิ มี
ลักษณะการให้บริการคือ ไม่ได้ตรวจพัฒนาการเด็กทุกราย มี
การตรวจและแปลผลไม่ถูกต้อง ขาดระบบการส่งต่อที่ดี อีกทั้ง
ทั้งการศึกษาของ พรพิมล ชีรนนันท์ และคณะ (2557)⁽⁷⁾
พบว่า ปัญหาการจัดระบบบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านสถานที่ และด้านขีดความสามารถ

1.2 แนวทางในการดำเนินงานเฝ้าระวังและ
ส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ได้แก่
ด้านบุคลากร คือ การปรับเปลี่ยนทัศนคติและการส่งการ
เชิงนโยบาย พัฒนาสมรรถนะของบุคลากร ทักษะการ
สื่อสารกับผู้ปกครอง ทักษะการทำงานกับเด็กและระบบ
กลไกการดำเนินงาน สร้างความร่วมมือกับครอบครัว
ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพัฒนาสมรรถนะ
ทีมบุคลากรสาธารณสุข บูรณาการแนวราบกับภาคี
เครือข่ายและการบริการอื่นๆ พัฒนางานเป็นทีม ด้าน
กระบวนการคือ บูรณาการงานพัฒนาการเด็กทั้งแนวดิ่งและ
แนวราบ ใช้ระบบการนิเทศงานทั้งเชิงบริหารและ
ปฏิบัติการต่อเนื่อง ด้านวัสดุ อุปกรณ์ คือ บูรณาการ
ฐานข้อมูลหรือแนวทางการใช้ฐานข้อมูล การใช้สื่อและ
เทคโนโลยี เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ และสนับสนุนวัสดุ
อุปกรณ์ให้เพียงพอ ดังการศึกษาของ ชญาณิษฐ์ ปัญญาทอง
(2559)⁽⁸⁾ พบว่า การพัฒนาระบบบริการคลินิกสุขภาพเด็ก
ดี ได้แก่ การกำหนดนโยบายการดูแลและเฝ้าระวัง
พัฒนาการที่ชัดเจน ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญและ
ให้ความร่วมมือในการปรับระบบงาน ตลอดจนการจัดหา
วัสดุอุปกรณ์ เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการพัฒนาทักษะและ
สมรรถนะอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบ ทำให้ได้การจัดกลุ่ม
องค์ประกอบ 6 องค์ประกอบ ดังนี้

2.1 องค์ประกอบด้านสมรรถนะของบุคลากร
สาธารณสุข เป็นคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่พึงมีในการดำเนินงาน
พัฒนาการเด็ก คือ ความมั่นใจ ความรู้และทักษะ การ
ทบทวนการทำงาน เทคนิคการให้ความรู้หรือสอนผู้ปกครอง
และเครือข่าย และส่งเสริมการเรียนรู้ของทีม ดังการศึกษา
ของ พรณี ลีกิจวัฒน์ (2552)⁽⁹⁾ พบว่า สมรรถภาพครูทั้ง
ที่พึงประสงค์และที่เป็นจริง ต่างประกอบด้วย
องค์ประกอบหลัก 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ ด้านทักษะ และ
ด้านลักษณะนิสัย

2.2 องค์ประกอบการจัดการระบบ ที่มีการวางแผน
การปฏิบัติตามแผน การตรวจสอบ และการปรับปรุงอย่าง
เป็นระบบและต่อเนื่อง ดังการศึกษาของ กิตติพร เนาวิ
สุวรรณ และคณะ (2558)⁽¹⁰⁾ พบว่า องค์ประกอบย่อยและตัว
บ่งชี้อัตลักษณ์ มีกลวิธีการพัฒนาอัตลักษณ์ ได้แก่ การ
กำหนดนโยบาย จัดทำแผนปฏิบัติการ สนับสนุนให้ทำ
กิจกรรมตามกระบวนการ PDCA และการประเมินผลอย่างเป็นระบบ

2.3 องค์ประกอบการถ่ายทอดความรู้ เป็นการจั
ดกิจกรรมการให้ความรู้แก่ประชาชนและเครือข่าย ทั้งใน
สถานบริการและชุมชน การสนับสนุนองค์ความรู้ และ
การประเมินผลการให้ความรู้ ดังการศึกษาของ พรณี ลีกิจ
วัฒน์ (2552)⁽⁹⁾ พบว่า องค์ประกอบเชิงสำรวจด้านความรู้
เกี่ยวกับการสอน ประกอบด้วยรูปแบบการสอน วิธีการสอน
สื่อการสอน และการวัดประเมินผลการเรียนรู้

2.4 องค์ประกอบการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้
ของชุมชน โดยมีการคืนข้อมูล การร่วมจัดทำนโยบายหรือ
ข้อตกลงร่วมกัน การร่วมดำเนินงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้
และการสนับสนุนงบประมาณ ดังการศึกษาของ ภรรพร
บุษสุวรรณ และคณะ (2557)⁽¹¹⁾ พบว่า องค์ประกอบด้าน
การมีส่วนร่วม คือ 1) การมีส่วนร่วมประชุม ร่วมคิด ร่วม
วางแผน ร่วมทำ และร่วมบำรุงรักษา 2) ระดมทรัพยากร 3)
เสียสละ ตระหนักในการบริหารจัดการ 4) สร้างความ
ตระหนักและปลูกจิตสำนึกให้กับผู้ปกครอง

2.5 องค์ประกอบการจัดกระบวนการ เริ่มจากการนำ
นโยบายสู่การปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูล จัดทำแผนงาน
โครงการ 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 การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับปฐมภูมิ โดยการจัดเวทีพูดคุยและสร้างการมีส่วนร่วม จัดทำแผนงานพัฒนาของโรงพยาบาลและเครือข่าย การพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ ในการประเมินพัฒนาการเด็กที่ถูกต้อง ปรับรูปแบบบริการ โดยทีมหน่วยบริการ และติดตามผลการให้บริการ ความแม่นยำในการประเมินพัฒนาการเด็ก ความพึงพอใจของพ่อแม่ ผู้ปกครองเด็กที่มารับบริการ ส่วนรูปแบบบริการคลินิกที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องของทีมหน่วยบริการ

3. ปัจจัยที่มีผลต่อระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน

3.1 สมรรถนะของบุคลากรส่งผลต่อการจัดการระบบ โดยบุคลากรที่มีความรู้ เข้าใจในการดำเนินงาน จะสามารถกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ การรับส่งต่อและการใช้ข้อมูลข้อมูล การทวนทวนผลงานทันที เนื่องจากการมีภารกิจวิเคราะห์ มีความสามารถในการใช้อุปกรณ์ เทคโนโลยีสารสนเทศ ดังการศึกษาของ สุมาลี จรุงจิตตานุสนธิ์ (2560)⁽¹³⁾ พบว่ารูปแบบการเฝ้าระวัง และส่งเสริมเด็กปฐมวัย ได้แก่ 1) เรื่องระบบข้อมูล 2) การดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3) การจัดทีมให้บริการตามโซน ส่งผลให้ความครอบคลุมของการตรวจพัฒนาการ และเข้าถึงบริการของเด็ก และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความเข้าใจในการเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก มีระบบทะเบียนให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ได้ติดตาม

3.2 สมรรถนะของบุคลากรส่งผลต่อการถ่ายทอดความรู้ เนื่องจากบุคลากรมีความเข้าใจที่ลึกซึ้ง จะมีความมั่นใจในการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้ปกครองและประชาชน ให้รู้สึกและเห็นคุณค่าของการกระตุ้น ติดตามพัฒนาการเด็ก ซึ่ง

ต้องใช้ทักษะการประสานงาน ศิลปะการสื่อสาร ดังการศึกษาของ สกาวรัตน์ เทพพิทักษ์ และคณะ (2557)⁽¹⁴⁾ พบว่า ผู้ปกครอง บุคลากรสาธารณสุข ครูผู้ดูแลเด็ก ต้องร่วมกันส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ถึงวิธีการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็ก

3.3 สมรรถนะของบุคลากรส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนและการเรียนรู้ เนื่องจากบุคลากรที่ทักษะงานพัฒนาการเด็ก นำไปสู่ความไว้วางใจ ทำชุมชนเปิดใจยอมรับ เกิดความมั่นใจที่จะมีส่วนร่วมในการวางแผนและร่วมดำเนินงานพัฒนาการเด็ก โดยใช้การดำเนินงานเชิงรุก และการมีส่วนร่วม ดังการศึกษาของ นิตยา คชภักดี และคณะ (2542)⁽¹⁵⁾ พบว่า การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการของเด็ก โดยการกระตุ้นให้ครอบครัวและชุมชนมีจิตสำนึกตระหนักถึงความสำคัญและบทบาทของตนเอง และเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ

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

3.5 สมรรถนะของบุคลากรส่งผลต่อการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยบุคลากรที่มีทักษะ ความชำนาญ จะมีความมั่นใจ มุ่งมั่นให้การวางแผน กระตุ้นติดตาม ประเมินพัฒนาการอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากบุคลากรได้รับการเสริมสร้างความรู้ ทักษะในการมุ่งผลสัมฤทธิ์ การมีจริยธรรมการบริการ นำไปสู่การจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง ดังการศึกษาของ พนิด โล่เสถียรกิจ และคณะ (2558)⁽¹⁶⁾ ให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก คือ การบูรณาการกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การกำหนด



มาตรการในการติดตาม เฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้บริการแม่และเด็กที่มีคุณภาพ และสร้างความตระหนักให้กับครอบครัว ชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

3.6 การจัดการระบบส่งผลต่อการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการวางแผนจากวัตถุประสงค์ และปฏิบัติตามแผน และตรวจสอบ ปรับปรุงการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การจัดการพัฒนาการเด็กมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ดังการศึกษาของ พรพิมล ชีรนนันท์ และคณะ (2557)⁽⁷⁾ พบว่า ระบบบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีคุณภาพ ในด้านขีดความสามารถระบบบริการ คือมีการตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษา ประเมินและส่งเสริมพัฒนา มีระบบการดูแลทางสังคมและจิตใจ ระบบยา ระบบการส่งต่อ และระบบการติดตามดูแล

3.8 สมรรถนะของบุคลากรส่งผลต่อการจัดการระบบ และการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดระบบผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม ด้วยการจัดระบบงานที่มีคุณภาพ จึงจะนำไปสู่การวางแผน กระตุ้นติดตาม ประสาน และประเมิน ของการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง ดังการศึกษาของ พชรวิทย์ จันทรศิริ (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 และประเมิน ของการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง ดังการศึกษาของ ขวัญจิรา เพชรคง และบรรพต กิตติสุนทร (ม.ป.ป.)⁽¹⁸⁾ พบว่า สมรรถนะในการปฏิบัติงานของบุคลากร มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับประสิทธิผลในการปฏิบัติงาน อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งการศึกษาของ พชรวิทย์ จันทรศิริ (2560)⁽¹⁷⁾ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะหลักกับประสิทธิภาพการทำงานโดยรวม มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.2 การจัดการระบบที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติตามขั้นตอนในแผนงาน การตรวจสอบผลการดำเนินงาน และการปรับปรุงการดำเนินงาน ดังการศึกษาของ จรุณ จักรบั้ง และคณะ (2555)⁽¹⁹⁾ พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้น คือมีระบบการบริหารจัดการที่ดีนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการศึกษาที่มีประสิทธิภาพ

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

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

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรให้ความสำคัญของการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข ในเรื่องการพัฒนาตนเองให้เกิดความมั่นใจ ทั้งด้านความรู้และทักษะ การทบทวน สะท้อนผลงานของตน และส่งเสริมการเรียนรู้ของทีมงาน

2. ส่งเสริมสนับสนุนให้มีความรู้ ทักษะ แก่บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใหม่ มีการปรับการนิเทศงานในเชิงปฏิบัติการและเชิงบริหาร การสร้างความร่วมมือกับครอบครัว ชุมชน เครือข่าย และการบูรณาการงานทั้งแนวตั้งและแนวนาน



3. ศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร
ที่มีประสิทธิภาพต่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาเด็กอายุ
9,18, 30 และ 42 เดือน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
ลำปาง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอที่
อำนวยความสะดวกให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง และ
ขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ ที่ให้ความร่วมมือ
ในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลที่ดี

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. เอกสารอค์สำเนา, 2559.
3. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก และวัยรุ่นสำหรับ รพค. รพท. รพช. และ รพ.สต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต, 2557.
4. Best, J. W. **Research in Education**. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc, 1970.
5. Kingle, C. M., Wende, S., and Becker, J.M. **Smart PLS**. URL <http://www.smartpls.com>. สืบค้นเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2559.
6. กมลรัตน์ [] เกตุบรรณ และคณะ. การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับปฐมภูมิ. URL http://203.157.71.139/group_sr/allfile/1423451936.pdf. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2560.
7. พรพิมล ชีรนนท์ และคณะ. “การติดตามผลการจัดระบบบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี ที่มีปัญหาพัฒนาการในโรงพยาบาลชุมชน ปีงบประมาณ 2557”. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 29(3) : 28-41, 2557.
8. ชญานิษฐ์ ปัญญาทอง. การพัฒนาระบบบริการคลินิกสุขภาพเด็กเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี. คลังความรู้สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8. URL <http://203.157.168.77/km/?p=777>. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2560.
9. พรณี ลีกิจวัฒนะ. การพัฒนาองค์ประกอบของสมรรถภาพครูเทคโนโลยีสารสนเทศ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารวิจัย มข.. 15(11) : 1101-1114, 2552.
10. กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ. การพัฒนาตัวบ่งชี้วัดลักษณะของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 7(3) : 59-73, 2558.
11. ภัสรกร ปุยสุวรรณ และคณะ. แนวทางการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการสถานศึกษาของสมาคมผู้ปกครองและครูที่เหมาะสมกับสังคมไทย. วารสารสุทธิปริทัศน์. 28(87) : 345-367, 2557.
12. วราสฤษฎ์ เกษมสังข์. การบริหารจัดการการวัดและประเมินผลการศึกษาของสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน. URL www.thesis-sir.su.ac.th/dspace/handle/123456789/1028. สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2560.
13. สุมาลี จรุงจิต อนุสนธิ์. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการช้าใน จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 35(2) : 122-132, 2560.
14. สกาวรัตน์ เทพรัตน์ และคณะ. ปัจจัยด้านการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง และการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในเขตสาธารณสุขที่ 4 และ 5. งานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557.
15. นิทยา คุชภักดิ์. พัฒนาการเด็ก. ใน: ทิพวรรณ ทรัพย์คุณาชัย และคณะ, บรรณาธิการ. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: บริษัท บิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรส์ จำกัด, 2554.
16. พนิด โล่เสถียรกิจ และคณะศูนย์อนามัยที่ 1-12 กรมอนามัย. สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย. ศูนย์อนามัยที่ 1-12 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558.
17. พรววิทย์ จันทร์ศิริศิริ. การพัฒนาสมรรถนะหลักและประสิทธิภาพในการทำงานของข้าราชการครู ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสุทธิปริทัศน์. 31(100) : 144-158, 2557.



วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

18. ขวัญจิรา เพชรคง และบรรพต กิตติสุนทร. 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. จรุง จัฒบัง และคณะ. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการศึกษาคณะมนุษยศาสตร์ การพัฒนาโรงเรียนขนาดเล็ก ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษขั้นพื้นฐาน. วารสารการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา. 6(2) : 59-72, 2555.
20. พิทยา ศรีเมือง และคณะ. การประเมินผลโครงการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอของประเทศไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 9(3) : 152-163, 2559.

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน : 1906-2605

ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสาร กลุ่มที่	สาขา
1	วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ	1906-2605	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์	1	วิทยาศาสตร์และ เทคโนโลยี

[Back to top](#)

ปัจจัยเชื่อมโยงมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา

Effect of Learning Outcomes as Mediator Factors toward the Academic Achievement

ณัฐฐรณ์ ปัญจขันธ์¹, ยงยุทธ แก้วเต็ม¹, ถาวร ล่อเกา¹, สุวัฒนา คำสุข¹, วลัยลักษณ์ ชันทา¹, กานต์สิริ นาคกรักษ์¹

Nutthaporn Panchakhan¹, Yongyuth Kaewtem¹, Thaworn Lorga¹, Suwattana Kumsuk¹, Walailuck Khantha¹, Kansiree Nakkarak¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะของผู้เรียนตามมาตรฐานผลการเรียนรู้และปัจจัยเชื่อมโยงมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน ที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ที่ผ่านการเรียนในรายวิชาสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ จำนวน 155 คน ตั้งแต่ สิงหาคม 2559 ถึง – กันยายน 2560 เครื่องมือ คือ แบบสอบถามตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนาหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์ด้วยแบบสมการโครงสร้าง (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) เท่านั้นที่เป็นตัวแปรต้นกลางที่ส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา โดยเฉพาะการส่งผ่านอิทธิพลจากทักษะทางปัญญา (LO3) ไปสู่ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (AA)

คำสำคัญ: สมรรถนะของผู้เรียน, มาตรฐานผลการเรียนรู้, ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา

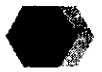
Abstract

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 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง สถาบันพระบรมราชชนก



บทนำ

การศึกษาเป็นเครื่องมือสำคัญในการยกระดับคุณภาพทรัพยากรมนุษย์ในประเทศเพื่อเตรียมกำลังคนให้พร้อมในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมไทยตามนโยบาย “การศึกษาไทย 4.0” โดยจัดการศึกษาด้วยการบูรณาการเชิงสร้างสรรค์เพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมที่กำลังจะก้าวเข้าสู่โลกยุคดิจิทัลที่เน้นนวัตกรรมและการแข่งขันที่สูงขึ้น และเพื่อให้ประเทศไทยก้าวไปสู่ประเทศที่มีการใช้นวัตกรรมทางเศรษฐกิจ สังคมและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพในการขับเคลื่อนประเทศ โดยทักษะของบุคคลที่จำเป็นในยุคการศึกษา 4.0 ได้แก่ การแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อน การคิดวิเคราะห์ ความคิดสร้างสรรค์ การทำงานร่วมกัน ความฉลาดทางอารมณ์ การรู้จักประเมินและการตัดสินใจ ความยืดหยุ่นทางความคิด⁽¹⁾ ดังนั้นในระบบการศึกษาควรมุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีทักษะที่หลากหลายทั้งทางปัญญาและทางการสื่อสารที่ไม่ได้เน้นแต่เพียงการเป็นผู้ที่มีความรู้ มีความเฉลียวฉลาดแต่เพียงอย่างเดียว แต่จะต้องสามารถเชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติได้จริง และการเรียนรู้ที่ทรงคุณค่าคือการเรียนรู้ที่ใช้ “พลังร่วม” ในการสร้างสังคมที่เพื่อใช้ศักยภาพของตนเองและบุคคลรอบข้างมาผสานร่วมกัน สอดคล้องกับการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) ที่ผู้เรียนต้องมีการเปลี่ยนแปลงทั้งใจทัศน์ (Affective Attributes) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Attributes) และพฤติกรรม (Psychomotor Attributes) เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างครบถ้วนในทุกด้าน เป็นการเปลี่ยนแปลงโดยองค์รวม (Holistic Change)⁽²⁾

ปัญหาของระบบการศึกษาที่ผ่านมาคือ การมุ่งเน้นที่การเรียนรู้ในเนื้อหาวิชาในขณะที่ผู้เรียนนั้นยังไม่สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตจริง ซึ่งการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ต้องเป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาให้ผู้เรียนเกิดทักษะต่างๆ ที่จำเป็น โดยเฉพาะทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะในการแก้ปัญหา รู้จักตัวเอง ควบคุมตนเอง เป้าหมายคือพัฒนาการของผู้เรียนที่ครบทุกด้านและด้านพหุปัญญา (Vicham Panich, 2015)⁽³⁾ นอกจากนี้ในการศึกษาปัญหาการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาล

บรมราชชนนี นครลำปาง พบว่า นักศึกษาพยาบาลยังขาดทักษะต่างๆ เช่น กระบวนการคิดวิเคราะห์ การแก้ไขปัญหา ความมุ่งมั่น ความคิดสร้างสรรค์ในสิ่งใหม่ๆ รวมถึงการมีเป้าหมายที่จะบูรณาการสิ่งต่างๆ ไปสู่ผลลัพธ์ผลทางการศึกษา⁽⁴⁾ จึงมีความจำเป็นต้องปรับกระบวนการทัศนคติการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านการฝึกปฏิบัติจริง เพราะการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญเป็นการจัดการเรียนรู้ที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงในสถานการณ์จริง เพื่อแสวงหาความรู้หรือข้อมูลที่จะแก้ปัญหาต่างๆ ด้วยวิธีการคิดอย่างมีวิจารณญาณและช่วยฝึกทักษะต่างๆ ที่เป็นการสร้างทักษะชีวิตให้กับตนเอง ซึ่งการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงจะส่งผลให้ผู้เรียนให้เป็นบุคคลแห่งการเรียนรู้ ใฝ่รู้ สามารถสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง คิดเป็น ทำเป็น แก้ปัญหาเป็น และมุ่งมั่นพัฒนาทักษะกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบ และเสริมสร้างทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและเรียนรู้การทำงานเป็นทีม⁽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 ที่มีจุดมุ่งหมายของการศึกษาดมรายละเอียดหลักสูตร มคอ. 2 ของทางวิทยาลัยฯ คือ เป็นการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย รวมถึงมุ่งเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเอง โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบองค์รวมแก่บุคคลทุกวัยของชีวิตทั้งภาคทฤษฎีและ



ภาคปฏิบัติโดยมุ่งสร้างนักศึกษาพยาบาลให้เป็นบุคลากรที่มีความรู้ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย

ด้วยเหตุผลของปัญหาของผู้เรียนในระบบการศึกษาดังกล่าวประกอบกับการที่นักศึกษายังขาดทักษะการคิดในเชิงวิชาการอย่างเป็นระบบ แต่ยังคงขาดแนวทางในการเชื่อมโยงความรู้ที่เป็นรูปแบบที่จะส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ อย่างมีประสิทธิภาพที่สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานผลการเรียนรู้ อีกทั้งยังขาดการกระตุ้นกระบวนการคิดของผู้เรียนให้เกิดการคิดวิเคราะห์ในเชิงวิพากษ์อย่างเต็มความสามารถและยังขาดการเชื่อมโยงสู่องค์ความรู้ใหม่ ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงมีความจำเป็นที่จะศึกษาถึงกระบวนการเรียนการสอนในรายวิชาสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยที่ได้มีการวางแผนการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ นั้นว่าสามารถเสริมสร้างให้ผู้เรียนมีระดับสมรรถนะของผู้เรียนตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้านที่เป็นพื้นฐานของผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาหรือไม่ และปัจจัยเชื่อมโยงของมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้านนั้น มีด้านใดบ้างที่มีอิทธิพลหรือส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 เพื่อนำไปสู่แนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์ที่มีเชื่อมโยงความรู้ในภาคทฤษฎีสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมและสามารถนำไปปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะของผู้เรียนตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน ตามผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเชื่อมโยงมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน ที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา

วิธีการวิจัย

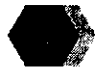
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง โดยคัดเลือกประชากรแบบ

เฉพาะเจาะจง คือ นักศึกษาที่ได้ลงทะเบียนเรียนวิชาสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2559 ทั้งเพศหญิงและชาย จำนวน 155 คน โดยภาคทฤษฎีให้จัดให้นักศึกษามีการศึกษาในสถานการณ์จริงหรือการเรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic learning) ซึ่งจากเดิมการเรียนในภาคทฤษฎีจะเน้นกรณีศึกษาทั่วๆ ไป (กรณีศึกษาบนกระดาษ) แต่ในรายวิชาสร้างเสริมสุขภาพในการศึกษาคครั้งนี้ได้ให้นักศึกษาลงไปฝึกประสบการณ์ในพื้นที่จริงแล้วนำกลับมาวิเคราะห์ ประเมินผลในชั้นเรียน (ศึกษาในชุมชนพื้นที่รอบๆ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย-อัมพฤกษ์ อัมพาตวัดทุ่งบ่อแป้น) และภาคปฏิบัติได้ส่งนักศึกษาฝึกในแหล่งฝึกต่างๆ ในชุมชน จำนวน 4 ชุมชน ในเขตพื้นที่เทศบาลนครลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง และยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจและสามารถตอบคำถามและเข้าใจในสาระสำคัญของมาตรฐานผลการเรียนรู้ตามเกณฑ์การวัดและประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ได้แบบสอบถามกลับคืนมาทั้งสิ้น จำนวน 155 ราย ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 2 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ทำการแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นรายการ (check list) ได้แก่ เพศ อายุ ส่วนที่ 2 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับระดับความคิดเห็นด้านคุณธรรมจริยธรรม ความรู้ ทักษะปัญหา 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) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (questionnaire) โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 รวม 3 เดือน

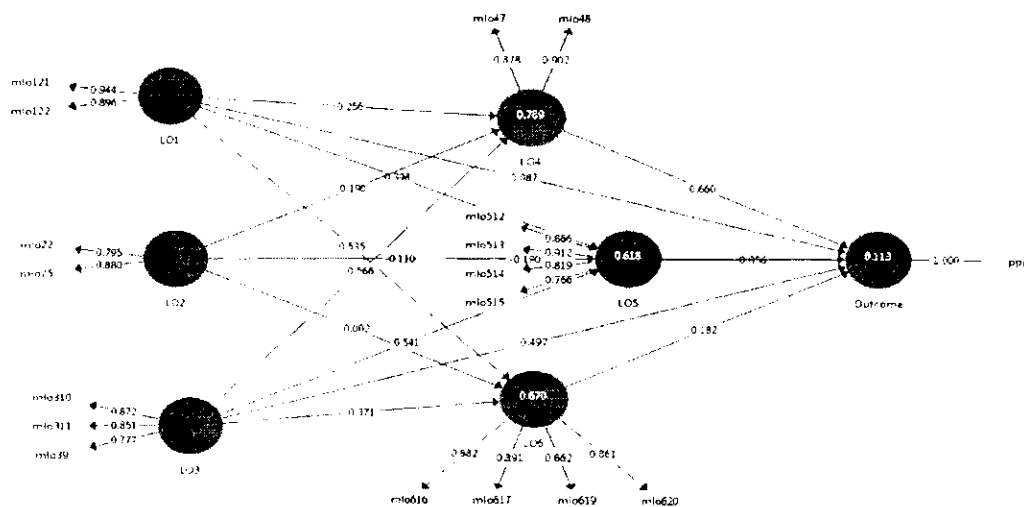
การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ในการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามหลักเกณฑ์ของเบสต์และคานัน (Best, J. W., & Kahn, J. V., 1993)⁽⁷⁾ โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 5=มากที่สุด และ 1=น้อยที่สุด ตามลำดับ การวิเคราะห์ปัจจัยเชื่อมโยงมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ผู้วิจัยใช้สถิติอนุมาน (inferential statistic) เพื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model : SEM) และ

หาเส้นทางความสัมพันธ์โดยใช้โปรแกรม Smart PLS Version : 3.0 (Ringle, Christian M., et al, 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 ≥ 2.58 (p-value ≤ 0.01). * หมายถึง t-stat อยู่ระหว่าง 1.96-2.58 (p-value ≤ 0.05)

จากภาพประกอบ 1 และตาราง 1 พบว่าความสัมพันธ์

เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปรตามสมการ โครงสร้าง พบว่า มีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกัน ดังนี้ คุณธรรมจริยธรรมมีอิทธิพลต่อทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (H2), คุณธรรมจริยธรรมมีอิทธิพลต่อทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารฯ (H3), คุณธรรมจริยธรรมมีอิทธิพลต่อทักษะพิสัย (H4), ความรู้ มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (H5), ความรู้มีอิทธิพลต่อทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (H6), ทักษะปัญญา มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (H9), ทักษะปัญญา มีอิทธิพลต่อทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (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 $p < 0.05$, และช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของ bootstrapping



จากตาราง 2 พบว่า มีเพียงทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (LO4) เท่านั้นที่เป็นตัวแปรต้นกลางที่ส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยเฉพาะการส่งผ่านอิทธิพลจากทักษะทางปัญญา (LO3) ไปสู่ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (AA)

สรุปและอภิปรายผล

1. ระดับสมรรถนะของผู้เรียนตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน ที่เป็นพื้นฐานของผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงด้านทักษะพิสัยที่อยู่ในระดับมาก ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้เรียนมีมาตรฐานการเรียนรู้ที่เพิ่มมากขึ้นให้ครบทุกด้านจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งเป็นไปตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติที่เน้นให้ผู้เรียนมีมาตรฐานการเรียนรู้ทุกด้าน ได้แก่ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และที่สำคัญคือ ด้านทักษะพิสัย โดยเฉพาะหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่มีการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติซึ่งผู้เรียนต้องมีทักษะด้านการปฏิบัติที่เชี่ยวชาญเน้นทักษะการฝึกฝนให้เกิดความชำนาญ ซึ่งการเรียนรู้วิชาการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ความหลักสูตรของวิทยาลัยฯ ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกนั้น นักศึกษาจะต้องสามารถเป็นนักส่งเสริมและจัดการสุขภาพในอนาคตได้ รวมถึงผู้เรียนต้องสามารถเชื่อมโยงความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมจนเกิดการบูรณาการความรู้ทางการสร้างเสริมสุขภาพเข้ากับทุกรายวิชาที่เรียนอยู่ด้วยการคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ สอดคล้องกับการศึกษาในสถานการณ์จริงซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ทางคณะผู้รับผิดชอบวิชา ได้มีการปรับรูปแบบการสอนในภาคทฤษฎีที่เน้นให้ผู้เรียนได้มีโอกาสศึกษาในสภาพพื้นที่จริงเพื่อส่งเสริมกระบวนการคิดและวางแผนให้การพยาบาลที่เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ลงมือปฏิบัติในการเรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic learning) ซึ่งจากเดิมการเรียนในภาคทฤษฎีในรายวิชาสร้างเสริมสุขภาพฯ จะเน้น

การศึกษาด้วยกรณีศึกษาทั่วไป (กรณีศึกษาบนกระดาน) แต่ในครั้งนี้ในภาคทฤษฎีได้ให้นักศึกษาลงไปฝึกประสบการณ์ในพื้นที่จริงแล้วนำกลับมาวิเคราะห์และประเมินผลในชั้นเรียน (ศึกษาชุมชนพื้นที่รอบๆ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย-อัมพฤกษ์-อัมพาต วัดทุ่งบ่อเป็น) ซึ่งการกระทำดังกล่าวเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้บริหารและกับกลุ่มคนในชุมชนที่เป็นแหล่งฝึก มีการใช้เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลที่เป็นระบบมากขึ้นโดยอาศัยทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพที่ได้เรียนในชั้นเรียนไปประยุกต์ใช้ก่อนที่จะมีการลงฝึกภาคปฏิบัติจริงต่อไป

สำหรับการวางแผนการจัดการเรียนการสอนในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐานตามแนวคิดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงเพื่อพัฒนาความสามารถของนักศึกษาในการคิดและสามารถค้นหาปัญหาของผู้รับบริการ อีกทั้งยังเป็นการฝึกความสามารถในการเชื่อมโยงความรู้ในทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณซึ่งเป็นการคิดที่มีกระบวนการทางปัญญอย่างเป็นระบบโดยมีการคิดพิจารณาใคร่ครวญ ใคร่ครวญอย่างมีเหตุผลรอบด้าน ซึ่งการคิดอย่างมีวิจารณญาณจะช่วยพัฒนาให้ผู้เรียนเกิดเรียนรู้และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาความสามารถในการเชื่อมโยงความรู้เรื่องหนึ่งไปสู่ความรู้เรื่องอื่น (Transformative Learning) โดยอาศัยพื้นฐานของการคิดอย่างมีวิจารณญาณตามกระบวนการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิดอย่างจริงจัง (Critical Reflection) และผลของการคิดอย่างมีวิจารณญาณและความสามารถในการเชื่อมโยงความรู้นั้นสามารถวัดผลได้ตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้งด้านทัศนคติ ทักษะด้านปัญญา รวมไปถึงความรู้ของผู้เรียนและขยายผลไปสู่การแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน ดังนั้นการใช้รูปแบบการสอนในการศึกษาสภาพจริงจึงส่งเสริมให้ผู้เรียนมีสมรรถนะในด้านทักษะพิสัยมากขึ้นเมื่อลงมือปฏิบัติจริง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการจัดการเรียน การสอนตามสภาพจริงที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญโดยใช้กระบวนการวิจัยที่สนับสนุนให้มีการจัดการเรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic Learning) เพราะการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญเป็น



การจัดการเรียนรู้ที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงในสถานการณ์จริง เพื่อแสวงหาความรู้หรือข้อมูลที่จะแก้ปัญหาต่างๆ ด้วยการคิดอย่างมีวิจารณญาณและช่วยฝึกทักษะต่างๆ ที่เป็นการสร้างทักษะชีวิตให้กับตนเอง เกิดการพัฒนาผู้เรียนให้เป็นบุคคลแห่งการเรียนรู้ ใฝ่รู้ สามารถสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง คิดเป็น ทำเป็น แก้ปัญหาเป็น และมุ่งมั่นพัฒนาทักษะกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบ และเสริมสร้างทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นและเรียนรู้การทำงานเป็นทีม

2. จากผลการศึกษาปัจจัยเชื่อมโยงมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน ที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 หรือความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปรมาตรฐานการเรียนรู้ตามสมการ โครงสร้างพบว่า มีเพียงทักษะทางปัญญาเท่านั้น (LO3) ที่มีอิทธิพลทางตรงต่อทั้งทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (LO4) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข (LO5) ทักษะพิสัย (LO6) และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (AA) นั่นก็แสดงว่าทักษะทางปัญญามีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบการเรียนรู้ของผู้เรียนเพราะทักษะทางปัญญาเป็นทักษะที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การพัฒนาความคิดและทักษะทางปัญญามีความสำคัญและมีความจำเป็นในด้านการศึกษาและถือเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาคนในระดับอุดมศึกษา การฝึกทักษะกระบวนการคิด การจัดการการเผชิญสถานการณ์ และการประยุกต์ความรู้มาใช้เพื่อป้องกันและแก้ปัญหา การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Thinking) เป็นเครื่องมือสำคัญในการเรียนรู้และดำเนินชีวิตในปัจจุบัน หลักการใช้กระบวนการ คิดทางปัญญา การคิดวิเคราะห์เป็นกระบวนการทางปัญญาในการพิจารณาใคร่ครวญเกี่ยวกับสภาพการณ์ หรือข้อมูลอย่างมีเหตุผล โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ของตนเองในการสำรวจข้อมูลจนสามารถประเมินข้อสรุปหรือแก้ปัญหาที่เผชิญได้ ซึ่งหลักทฤษฎีที่สนับสนุนหลักการนี้ คือ ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์ ที่อธิบายถึงโครงสร้างทางปัญญาเป็นแผนการรู้คิดอย่างเป็นระบบและมีกระบวนการซึมซับประสบการณ์ และกระบวนการขยายโครงสร้างทางปัญญา เพื่อให้เกิดกระบวนการรักษาสกุลใน

โครงสร้างทางปัญญาซึ่งเป็นการสัมพันธ์ระหว่างความรู้เดิมกับความรู้ใหม่ที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและความเป็นการสร้างกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ

สำหรับอิทธิพลทางอ้อมจะพบว่า มีเพียงทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (LO4) เท่านั้นที่เป็นตัวแปรคั่นกลางที่ส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา โดยเฉพาะการส่งผ่านอิทธิพลจากทักษะทางปัญญา (LO3) ไปสู่ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (AA) แสดงว่าทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นตัวแปรคั่นกลางหรือตัวแปรเชื่อมโยงที่มีความสำคัญที่จะส่งผ่านทักษะทางปัญญาไปสู่ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา แสดงว่าการศึกษานี้ในปัจจุบันควรมุ่งมั่นให้ผู้เรียนมีทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ หมายถึง ความสามารถในการทำงานกลุ่ม ความสามารถในการวางแผนและรับผิดชอบ ในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญในศตวรรษที่ 21 ซึ่งการศึกษาที่ถูกต้องสำหรับศตวรรษใหม่ต้องเรียนให้บรรลุทักษะ คือ สามารถทำได้จากวิชาไปสู่ทักษะในการใช้วิชาเพื่อการดำรงชีวิตในโลกแห่งความเป็นจริง การเรียนจึงต้องเน้นเรียนโดยการลงมือทำหรือการฝึกฝน และต้องฝึกฝนทักษะต่างๆ ที่จำเป็นตลอดชีวิต เครื่องมือเสริมสร้างทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 จึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการยกระดับการเรียนรู้ร่วมกันบนฐานคิดที่ว่ากระบวนการเรียนรู้สำคัญกว่าความรู้ และ กระบวนการหาคำตอบสำคัญกว่าคำตอบ เป็นการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 นอกจากนี้การเรียนรู้ด้วยการทำงานเป็นกลุ่มหรือเป็นทีมตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (LO4) ยังสอดคล้องกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนระบบการศึกษาในอนาคต อาทิเช่น การปรับเปลี่ยนวิธีการเรียนการสอนให้เป็นการสอนที่เน้นทักษะเฉพาะตัวหรือทักษะทางอารมณ์ (Soft skill) เพราะสิ่งที่ผู้สอนได้สอนนักศึกษาในปัจจุบันนี้เป็นความรู้ที่ล้าสมัยมากกว่า 200 กว่าปีก่อน ระบบการศึกษาควรพัฒนาผู้เรียนให้มีความฉลาดทางปัญญา และสอนในสิ่งที่แตกต่างกันออกไป โดยเฉพาะสิ่งที่เครื่องจักร ไม่สามารถทำได้ เช่น คุณค่า (Value) ความเชื่อ (Believe) ความเป็นตัวของตัวเอง (Independent thinking) การทำงานเป็นทีม (Teamwork) ความใส่ใจผู้อื่น



(Care for Others) สิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นทักษะทางด้านอารมณ์ (Soft skill) นอกจากนี่ยังระบบการศึกษาคควรสอนในสิ่งที่แตกต่างจากที่คอมพิวเตอร์นั้นไม่สามารถทำได้เหมือนมนุษย์ เพราะในอนาคคอมพิวเตอร์จะมาทำหน้าที่แทนมนุษย์และสิ่งที่ทำให้มนุษย์แตกต่างจากคอมพิวเตอร์ คือ "ภูมิปัญญา" เพราะคอมพิวเตอร์ไม่สามารถมีภูมิปัญญาเหมือนมนุษย์ (Jack ma, 2018) ⁽¹⁰⁾ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้เรียนมีทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (LO4) จึงมีความสำคัญในการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 นอกจากนี้การเรียนรู้ในเรื่องการทำงานเป็นทีมหรือ การร่วมมือกันเรียนรู้อย่างช่วยพัฒนาผู้เรียนทางด้านสติปัญญาให้เกิดการเรียนรู้จนบรรลุถึงขีดความสามารถสูงสุด โดยมีกลุ่มเพื่อนกลุ่มเดียวกันเป็นผู้คอยแนะนำหรือช่วยเหลือ และกระบวนการเรียนรู้จะเป็นกระบวนการที่ปฏิบัติสัมพันธ์ภายในสมองเป็นกระบวนการทางสังคมที่เป็นกระบวนการทั้งทางด้านสติปัญญาและสังคมควบคู่กันไปสอดคล้องกับแนวคิดของเพียเจท์ ที่อธิบายว่า กระบวนการคิดมีพื้นฐานมาจากพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้จากการคิดวิเคราะห์ที่มีการคิดอย่างมีวิจารณญาณและตั้งความสนใจของ

ผู้เรียน ⁽¹¹⁾ เพราะผู้เรียนนั้นอยู่ในวัยรับรู้สังคมและเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันเป็นการเชื่อมโยงกับสถานการณ์จริง การเรียนรู้ร่วมกันเป็นขั้นตอนที่ให้ผู้เรียนได้มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนในการทำงานร่วมกันซึ่งตรงกับทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ส่งเสริมให้เกิดการวิเคราะห์การคิดอย่างมีวิจารณญาณร่วมกัน การที่ผู้เรียนได้มีปฏิสัมพันธ์กันเป็นการฝึกทักษะการประนีประนอมกัน การสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เกิดประสบการณ์ความสำเร็จร่วมกัน สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะเป็นพื้นฐานในการส่งเสริมให้เป็นบุคคลที่มีความคิดแบบมีวิจารณญาณ

ข้อเสนอแนะ

การส่งเสริมผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 ให้มีคุณธรรม จริยธรรม และความรู้ แม้จะเป็นสิ่งสำคัญแต่ก็มีใช้เป้าหมายหลักของการศึกษา ควรมุ่งเน้นส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดทักษะทางปัญญาร่วมกับการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การทำงานเป็นทีม การเอาใจใส่ซึ่งกันและกันในขณะที่เรียนรู้จะช่วยส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาที่ต่อเนื่องและนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้

เอกสารอ้างอิง

1. Enaiyod 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 Kathalac. **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.snrtps.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>, 11 july, 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].

หน้าแรก | หน้าหลัก TCI | การสมัคร TCI | ติดต่อ JIF | ติดต่อ สถาบันฯ | ติดต่อ TCI | ติดต่อวารสาร | ติดต่อสาขา | ติดต่อ

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน :

ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสาร กลุ่มที่	สาขา
1	วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ	1906-2605	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์	1	วิทยาศาสตร์และ เทคโนโลยี

การพัฒนาแบบประเมินวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี 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 ทองเมืองชัยเทพ¹ ทศนีย์ หนูนารณ² ณัฐพรณ์ ปัญจันธิ³ ปิ่นแก้ว โชติอำนวย⁴ นุชชา คำคำ⁵ ปานทิพย์ จีวีระ⁶
Kanjananat Tongmuangtanyatep¹, Tassaneeya Noonart², Nutthaporn Panchakhan³, Pinkaew Choteamnuay⁴, Budsaya Dumkum⁵, Panthip Jiwree⁶

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบคุณภาพแบบประเมินวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 อาจารย์นิเทศและอาจารย์ ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดจำนวน 158 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความเชื่อมั่น อำนาจจำแนก และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน 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 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นครศรีธรรมราช

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ลำปาง

⁴ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

⁵ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสรรพยา

⁶ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท



บทนำ

กระทรวงศึกษาธิการมีการกำหนดกรอบมาตรฐาน คุณวุฒิระดับอุดมศึกษาระดับปริญญาตรี ในสาขาพยาบาล ศาสตร์ ซึ่งเป็นสาขาที่สำคัญทางวิชาชีพสาขาหนึ่งทางด้านการแพทย์ โดยให้สถานศึกษาระดับอุดมศึกษาที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ในการรักษาคุณภาพและมาตรฐาน การศึกษาให้เทียบเคียงกันได้ทั้งระดับชาติและระดับสากล การศึกษาในสาขาการพยาบาลจำเป็นต้องใช้การบูรณาการ ของศาสตร์ทางการพยาบาล หลักการพยาบาล และทักษะ การปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการทุกช่วงวัย สามารถดูแลตนเองได้ทั้งในภาวะสุขภาพดีและที่เจ็บป่วย จึงมีความสำคัญที่ต้องผลิตบัณฑิตที่ควรประกอบด้วยเป็นผู้มีความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่าง บุคคลและความรับผิดชอบ ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และเทคโนโลยีสารสนเทศ และทักษะในการ ปฏิบัติทางวิชาชีพอย่างมีคุณธรรม จริยธรรม⁽¹⁾ ซึ่งแสดงถึง การผสมผสานระหว่างการใช้ศาสตร์และศิลป์ในการให้ การดูแลผู้รับบริการให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

สถาบันพระบรมราชชนกเป็นสถาบันการศึกษาใน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้สถาบันการศึกษา ในสังกัดวัดและประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียน โดยใช้ เครื่องมือหรือแบบประเมินที่มีคุณภาพ ตามการนิยามการวัด และประเมินผลการเรียนรู้ ตามมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับ ปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ของกระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งประกอบด้วยผลการเรียนรู้ 5 ด้าน ที่กำหนดไว้คือ ด้าน คุณธรรม จริยธรรม (Ethics and Morals) ด้านความรู้ (Knowledge) ด้านทักษะทางปัญญา (Cognitive Skills) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (Interpersonal Skills and Responsibility) ด้านทักษะการ วิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยี สารสนเทศ (Numerical, Communication and Information Technology Skills) และด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ (Professional Practice Skills)⁽²⁾

การจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล มารดาทารกและการผดุงครรภ์ เป็นการดูแลสุขภาพมารดา

ทารกแบบองค์รวมด้วยความเอื้ออาทรในระยะตั้งครรภ์ ระยะเวลาคลอด และระยะหลังคลอด ทั้งรายปกติและรายที่มี ภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อน โดยยึดหลักจริยธรรมและ สิทธิมนุษยชน กฎหมายวิชาชีพ และการสนับสนุนการมี ส่วนร่วมของครอบครัว⁽³⁾ ผลการเรียนรู้ที่คาดหวังของผู้สอน ผู้เรียนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นสิ่งสำคัญที่สามารถบอก ถึงคุณลักษณะของผู้เรียนตามที่ต้องการจริง ซึ่งขึ้นอยู่กับ การวัดและประเมินผลการเรียนรู้ของการจัดการเรียนการ สอน ที่สามารถสะท้อนได้ว่าบัณฑิตมีคุณลักษณะตาม มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ เครื่องมือที่ใช้ในการวัดและประเมินผลจะต้องมีความ น่าเชื่อถือและมีความแม่นยำ โดยเครื่องมือหรือแบบ ประเมินที่ใช้ต้องผ่านการทดสอบความเที่ยงตรง ความ เชื่อมั่น และอำนาจจำแนก ที่สามารถวัดได้ ตรงและ ครบถ้วน ในสิ่งที่ต้องการวัดหรือตรงตามวัตถุประสงค์ที่ ต้องการวัด วัดสิ่งเดิมก็ได้ผลเหมือนเดิมหรือใกล้เคียง ของเดิม⁽⁴⁾ ซึ่งจะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถวัดในสิ่งที่ต้องการได้ อย่างถูกต้องและครบถ้วน จากการวัดและประเมินผลการ เรียนรู้ของรายวิชาที่ผ่านมา แบบประเมินที่ใช้ไม่ได้มีการ ตรวจสอบความเที่ยงตรงและเชื่อมั่น จึงไม่สามารถบอกได้ ชัดเจนว่าผู้เรียนมีผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับ ปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ได้ชัดเจน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาแบบประเมินวิชาปฏิบัติการ พยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 เพื่อให้ได้เครื่องมือ ที่มีคุณภาพและสามารถประเมินผลการเรียนรู้ตามกรอบ มาตรฐานการอุดมศึกษาที่กำหนดรายวิชาได้อย่างมีความ น่าเชื่อถือ ผู้เรียนสามารถนำไปพัฒนาและปรับปรุงการ เรียนรู้ของตนเองได้ และเป็นแนวทางการพัฒนาแบบ ประเมินวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุง ครรภ์ 2 และรายวิชาอื่นให้มีคุณภาพมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแบบประเมินวิชาปฏิบัติการพยาบาล มารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2
2. เพื่อทดสอบคุณภาพแบบประเมินวิชาปฏิบัติการ พยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2

วิธีวิจัย



การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาเครื่องมือ (Instrument development) ซึ่งใช้ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือของเดวิส (2012)⁽⁵⁾ มาปรับใช้มี 5 ขั้นตอนดังนี้

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) โดยใช้วิธีการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product -moment correlation coefficient) โดยเลือกข้อที่มีค่าตั้งแต่ 0.30 ถึง 1.00 ปรับปรุงเครื่องมือตามผลการวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 5 นำไปทดสอบการใช้จริง โดยให้อาจารย์นิเทศและอาจารย์ที่เลี้ยง เป็นผู้ประเมินสถานการณ์จริงกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาวิเคราะห์อำนาจจำแนกได้เท่ากับ 0.19 ถึง 0.83 และค่าความตรงเชิงโครงสร้างโดยใช้วิธีการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันได้เท่ากับ 0.29 ถึง 0.79

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ใช้ในการพัฒนาเครื่องมือ เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะนาทปีการศึกษา 2559 ที่เลือกแบบเจาะจง และไม่จำกัดกลุ่มที่ทดสอบใช้จริง จำนวน 20 คน และ 2) กลุ่มที่ใช้ทดสอบคุณภาพเครื่องมือ เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะนาทปีการศึกษา 2559 ที่กำลังศึกษาวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 จำนวน 98 คน ที่ได้รับการสอนภาคปฏิบัติโดยอาจารย์นิเทศและอาจารย์ที่เลี้ยง เลือกโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเลขคี่และการจับสลากจำนวน 50 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะนาท 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 แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกที่มีภาวะเสี่ยง

และภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอดจำนวน 31 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 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 การพัฒนาแบบประเมินวิชาปฏิบัติการ

พยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 มีทั้งหมด 4 ฉบับคือ ฉบับที่ 1 แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนระยะตั้งครรภ์ จำนวน 20 ข้อ ฉบับที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกระยะที่ 1-4 ของการคลอดจำนวน 31 ข้อ ฉบับที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนจำนวน 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)^๑

4.2 ข้อเสนอแนะจากผู้ประเมิน ควรพิจารณาปรับหรือตัดข้อคำถามที่แปลความหมายได้เหมือนกัน ข้อคำถามที่มีการใช้คำซ้ำซ้อน และฟุ่มเฟือย ข้อคำถามที่มีความหมายไม่ชัดเจนหรือกำกวม และเมื่อพิจารณาปรับ

หรือตัดข้อคำถามแล้ว ข้อคำถามที่นำไปใช้ต้องมีความครอบคลุมกรอบแนวคิดในการวิจัย

4.3 หลังจากทำการปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะให้ข้อคำถามสามารถเป็นตัวแทนของเนื้อหาทั้งหมด ตรวจสอบความสอดคล้องภายในของแบบประเมินด้วยการทดสอบความเชื่อมั่นมีค่า 0.76-0.95 แสดงว่าข้อคำถามวัดเนื้อหาเดียวกันน่าเชื่อถือยอมรับได้^(๕) การวิเคราะห์รายข้อโดยตรวจสอบความสอดคล้องสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ในแต่ละฉบับมี



ความสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.00-0.88 และอำนาจจำแนกมีค่า 0.00 - 0.86 จึงทำการตัดหรือปรับเนื้อหารายชื่อที่มี

ความสัมพันธ์ 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 การวิเคราะห์รายชื่อโดยตรวจสอบสรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาแบบประเมินการศึกษากาปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 โดยใช้กระบวนการพัฒนาของ เดวิลลิส (2012)⁽⁵⁾ มาปรับใช้มี 5 ขั้นตอนคือ 1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง 2) การสร้างข้อคำถาม 3) กำหนดเกณฑ์การประเมินผลและเกณฑ์การให้คะแนน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 4) ตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมิน 5) นำไปทดสอบการใช้จริง ทำให้ได้ได้แบบประเมิน ที่มีคุณภาพจำนวน 4 ฉบับ คือได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้วยวิธีความเที่ยงตรงตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่มีค่าเท่ากับ 0.80-1.00 ค่าที่ยอมรับได้คือมากกว่า 0.50 ⁽⁶⁾ เนื่องจากมีการปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะให้ข้อคำถามสามารถเป็นตัวแทนของเนื้อหาทั้งหมด ⁽⁸⁾ จึงทำให้แบบประเมินสามารถวัดได้ตรงตามเนื้อหาของผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา ตรวจสอบความสอดคล้องภายในด้วยการทดสอบความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 0.70-0.93 กรณีเป็นเครื่องมือสร้างขึ้นใหม่ค่าที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป ⁽⁴⁾ ทำให้ได้แบบประเมินที่สามารถวัดได้ตรงตามเนื้อหาของผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาในวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 และมีความน่าเชื่อถือที่ดี ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง

อำนาจจำแนกมีค่า 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 อมาลี อัมพันศิริรัตน์ และคณะ (2013)⁽⁹⁾ ที่พัฒนาเครื่องมือวัดและประเมินผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555 โดยการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาแบบประเมินวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ ได้แบบประเมินที่มีความตรงเชิงเนื้อหา ความเชื่อมั่น และความตรงเชิงโครงสร้าง จึงสามารถนำไปใช้ในการประเมินนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ราชวิทยาลัยปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารก และการผดุงครรภ์ 2 ให้มีความน่าเชื่อถือได้มากขึ้น

2. ควรให้ผู้ประเมินและผู้ถูกประเมินทำความเข้าใจแบบประเมินก่อนนำไปใช้

3. การพัฒนาแบบประเมินปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ สำหรับนักศึกษา



วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2561

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ควรทำการวิเคราะห์ความ
ตรงเชิงโครงสร้าง เช่น การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor
analysis) หรือความตรงเชิงสภาพ (Concurrent validity)
หรือความตรงเชิงพยากรณ์ (Predictive validity)

4. ควรมีการพัฒนาแบบประเมินผลการเรียนรู้ที่มี
คุณภาพ และสามารถวัดได้แม่นยำเพิ่มขึ้นให้มีความ
ครอบคลุมทุกรายวิชาที่จัดการเรียนการสอน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี ชัยนาท ที่อำนวยความสะดวกให้งานวิจัยนี้
สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Education. **Thai qualifications framework for higher education II in nursing science**. URL
http://www.mue.go.th/users/tqf-hed/news/FilesNews/FilesNews6/nursing_mf.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	จัดอยู่ในวารสาร กลุ่มที่	สาขา
1	วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการ สาธารณสุขภาคใต้	2408-1051	เครือข่ายวิทยาลัย พยาบาลและ วิทยาลัยการ สาธารณสุขภาค ใต้	1	วิทยาศาสตร์และ เทคโนโลยี

[Back to top](#)



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*}, วรเดียน เล็กสง่า¹, สีนารถณ์ กล่อมยงค์¹, มณฑนา มณีโชติ²
และ ณัฏฐพร ปัญจันธุ์³

Kanjananat Tongmuangtunyatep^{1*}, Wongdern Leksanja¹, Sinaporn klomyong¹,
Munthana Maneechot² and Nutthaporn Panchakhan³

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ ชัยนาท¹, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ สระบุรี² วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ ลำปาง³

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การวางแผนครอบครัว ก่อนและหลังการใช้กระบวนการจิตตปัญญาของนักเรียน 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

ผลการศึกษานำไปประยุกต์ใช้กับผู้บริหารในกลุ่มวัยรุ่นเพื่อส่งเสริมความรู้ในการวางแผนครอบครัวและป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

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 questionnaire 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 ($M=12.93$, $SD=2.78$) 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 องค์การอนามัยโลกพบว่า วัยรุ่นที่คลอดบุตรในแต่ละปี ในช่วงอายุ 15- 19 ปี มีจำนวนประมาณ 16 ล้านคน และอยู่ต่ำกว่า 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) จากรายงานของคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน The Senate Standing Committee on Public Health, (2011) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย ได้แก่ การสอนเพศศึกษาที่ไม่ครอบคลุมโรงเรียนทุกแห่ง มีปัจจัยครอบครัวหรือปัจจัยทางจิตวิทยา เช่น สถานะการเงิน สื่อต่าง ๆ และการอาศัยอยู่ในครอบครัวที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ประกอบกับการมีวัยรุ่นในสังคม มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์หรือคุมกำเนิด และขาดทักษะการเจรจาต่อรอง

ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีทั้งปัจจัยภายในที่เป็นทัศนคติส่วนบุคคล ความรู้ ความเข้าใจ และปัจจัยภายนอก ได้แก่ สื่อ แวดล้อม สื่อ และวัฒนธรรม (กิตติคำนิยม, 2014) การให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ถูกดัดแปลงให้วัยรุ่นได้ สามารถมีพฤติกรรมและนำไปใช้ได้ถูกต้อง จากระดับศึกษาการให้ข้อมูลข่าวสาร ผลการวิจัยให้แจ้งผลการวิจัยว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเหนือได้อย่างเหมาะสม (Kingmalat, Pawworrakul, & Pongvattana, 2015) อย่างไรก็ตาม

งานวิจัยชื่อปริทัศน์นิตยสารพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health



ความรู้ยังเพียงอย่างเดียวยังไม่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ทุกครั้ง อาจต้องรวมกับการปรับทัศนคติ หรือสร้างแรงจูงใจ ให้เกิดทัศนคติที่ดี และนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ (Tawornrat, Chansatidporn, & Chansatidporn, 2013)

กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามจัดทำโครงการต่าง ๆ เกี่ยวกับวัยรุ่น เช่น โรงเรียนแม่ขวัญ ร้อยเรียนไร้ใส ท่องโลกสุขภาพ ยังพบว่า จังหวัดชัยนาทอัตราการคลอดต่อ 1000 ของหญิงอายุ 15-19 ปี ในช่วงปีพ.ศ. 2553-2555 เท่ากับร้อยละ 58, 56 และ 55.5 ตามลำดับ และมีอัตราการคลอดซ้ำในปีพ.ศ. 2555 ร้อยละ 5.3 เป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศ (Bureau of Reproductive Health, 2013) ส่วนหนึ่งเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษา และการตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งถูกยัดยัดด้วยการทำแท้ง จากการสัมภาษณ์อาจารย์ผู้สอนในโรงเรียนมัธยมในจังหวัดชัยนาท พบว่า การสอนเพศศึกษาในโรงเรียนต่าง ๆ เป็นอาจารย์ที่จบด้านการศึกษา การจัดการเรียนการสอนส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ตามทฤษฎีเพียงอย่างเดียว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นการพัฒนาตนเอง ควรมีการเชื่อมโยงเงื่อนไขต่าง ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดความสมดุลในชีวิต ได้แก่ ความรัก ความเข้าใจ ความรู้ ทัศนคติ (Arsoni Silp Institute of the Arts, 2008) และยังพบว่า มีการตั้งครรภ์ที่เพิ่มมากขึ้นทุกปีในโรงเรียนหลายแห่ง ดังนั้นผู้วิจัย จึงคำนึงถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จังหวัดชัยนาท ที่มีจำนวนมากและเป็นกลุ่มเสี่ยง

การให้ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวในกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ จึงมีความสำคัญที่ช่วยในการป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ยังไม่มีความพร้อมในการมีครอบครัวและเลี้ยงบุตร ซึ่งกระบวนการสอนเป็นไปอย่างถูกต้อง จากการศึกษาของมหาวิทยาลัยนาโรปา (Naropa University, 2015) การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง จะเกิดปัญหาศึกษามีจุดมุ่งหมายคือ การเปลี่ยนแปลงตนเองขึ้นพื้นฐาน และการเกิดจิตสำนึกต่อส่วนรวม ซึ่งนำไปสู่ปัญหาหลายชนิด เช่น สุนทรียสนทนา การเข้าใจตนเองผ่านศิลปะ และวิธีคิดกระบวนการแบบ (Mikhailovitch, 2000) เช่นเดียวกับพระเวส วะสี (Wasri, 2011) ได้กล่าวว่าจิตตปัญญาวิธีรากฐานของแนวคิดแนวนี้ การเรียนรู้ในฐานวัฒนธรรม ใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อคิดเป็น แะศึกษาจิตตปัญญาของตนเองแล้วเกิดปัญญาเรียนรู้ เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นพื้นฐานในตนเอง (Individual Transformation) ที่เน้นรากฐานของการเปลี่ยนแปลงขึ้นพื้นฐานในองค์กร (Organization Transformation) จนเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นพื้นฐานทางสังคม (Social Transformation) เพื่อการอยู่ร่วมกันโดยสันติอย่างแท้จริง

จากการศึกษาการนำกระบวนการจิตตปัญญาไปใช้ ร่วมกับการจัดการเรียนการสอน พบว่า กระบวนการนี้ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงวิถีคิดและพฤติกรรม เกิดการคิดใหม่ คิดเชิงมโนะ มีสัมพันธภาพที่ดีร่วมกัน และมีความเข้าใจตนเองมากขึ้น (Chusai, 2013; Sumanlal, 2013) มีการศึกษาการใช้กระบวนการจิตตปัญญาในการสอนวิชาเศรษฐศาสตร์ครอบครัว แก่นิสิตคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พบว่า นิสิตเข้าใจเนื้อหาวิธีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้อย่างดี มีความเข้าใจที่ด้านในของเนื้อหา (Watanasiri & Watanasiri, 2013) นอกจากนี้ การนำสุนทรียสนทนาและยุคใช้ในกระบวนการเรียนรู้ก่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน บนพื้นฐานของความเชื่อมั่นไว้ว่าใจต่อกัน เทคโนโลยีความเท่าเทียมและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Champeeruang, 2013) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ก่อให้เกิดการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขในสังคม ผู้ศึกษาจะสนใจศึกษาการให้ความรู้เกี่ยวกับความวางแผนครอบครัวผ่านกระบวนการจิตตปัญญา เพื่อให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้ภายในตนเอง สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ลดความเสี่ยง และเกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองได้เป็นแท้จริง และยั่งยืน

วารสารเครือข่ายวิทยาสัยมหาวิทยาลัยและการละคร ผลิตภายใต้
ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1



วัดอุประสงค์วิชัย

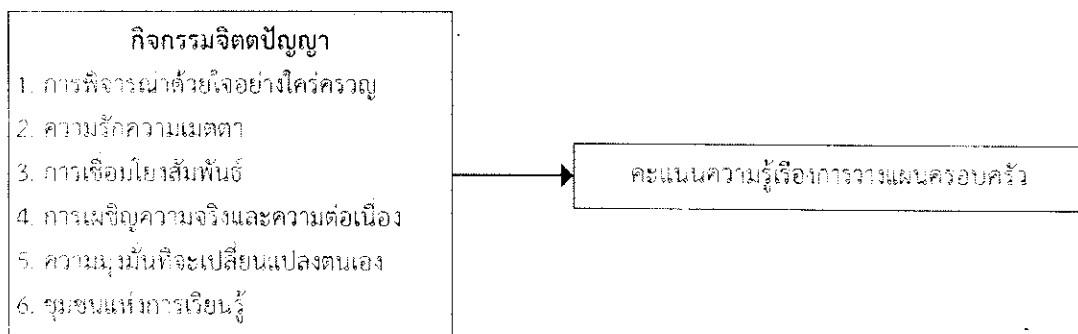
เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การวางแผนครอบครัวก่อนและหลังการใช้กระบวนการ
จิตปัญญาของนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 5 จังหวัดชัยนาท

สมมติฐานวิจัย

คะแนนความรู้การวางแผนครอบครัวหลังการใช้กระบวนการจัดตั้งปณฺญาของนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 5 จังหวัดชัยนาท สูงกว่าก่อนการใช้กระบวนการจัดตั้งปณฺญา

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

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็น 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 ได้จากการสุ่มโดยการจับสลากชั้นปีละ 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบคือ กิจกรรมจิตตปัญญา 6 กิจกรรมหลัก คือ 1) การพิจารณาด้วยใจอย่างใคร่ครวญ โดยจับคู่เล่าเรื่องราวของตนเองให้เพื่อนฟัง แล้วจึงให้บอกเล่าเรื่องราวตนเองโดยผ่านกิจกรรม



การควบคุม และการวิเคราะห์ตนเองโดยกิจกรรมรู้เขารู้เราใกล้ชีวิต ช่วยให้สภาวะจิตใจเข้าสู่สภาวะพร้อมต่อการเรียนรู้ 2) ความรักความเมตตา โดยทำกลุ่มสัมพันธ์ เล่นเกมส์และกิจกรรมที่สร้างเงื่อนไขให้ปฏิสัมพันธ์กัน สร้างบรรยากาศให้เกิดความไว้วางใจ ทำกิจกรรมสนทหายสนทนาโดยฝึกการเป็นผู้ฟังและผู้พูดที่ดี ช่วยให้เกิดพลังบวกช่วยกระตุ้นต่อการเรียนรู้ 3) การเชื่อมโยงสัมพันธ์ โดยให้ดูวิดีโอที่สนุกเพลิดเพลิน และการยกย่องชมเชย และสะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการดูวิดีโอ โดยกระบวนการช่วยกระตุ้นและสรุปความรู้ เกิดการเชื่อมโยงประสบการณ์เข้ากับชีวิต 4) การเผชิญความจริงและความต่อเนื่อง โดยเข้าสู่แผนการเรียนรู้เพื่อการวางแผนครอบครัว สอดแทรกเนื้อหาการวางแผนครอบครัวเข้าไปในแต่ละฐาน กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ในแง่บวก และฐานสุดท้ายเป็นการสร้างสถานการณ์จำลอง แล้วให้มีการตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา พร้อมกับบอกเหตุผล ช่วยให้เข้าใจข้อจำกัดและศักยภาพของตนเองต่อการเรียนรู้และพัฒนา 5) ความมุ่งมั่นโดยการทำกิจกรรมสร้างแรงบันดาลใจให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ทำให้นักเรียนเกิดความพร้อม และตั้งใจที่จะเรียนรู้ไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง 6) ชุมชนแห่งการเรียนรู้ โดยการแบ่งกลุ่มระดับคะแนนและสะท้อนคิดประเด็น “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 (14-14 คะแนน) ปานกลาง (8-14 คะแนน) และต่ำ (น้อยกว่า 8 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขจนผ่านเกณฑ์ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) มีค่าเท่ากับ 1.00 แล้วนำมาตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีการของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR 20) กับนักเรียนที่คล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนได้เท่ากับ .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. นำเครื่องมือและโครงการผ่านคณะกรรมการวิจัยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยหอการค้าไทย-ระยองฯ ซึ่งมีมติเห็นชอบแล้วจึงทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชิงนาท ถึงโรงเรียนที่มีประชากรเป้าหมาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และให้หลักวิธีผู้เข้าร่วมวิจัยโดยชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น โดยเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559

2. ก่อนเริ่มกิจกรรม 1 ชั่วโมงวัดความรู้ก่อนเรียนโดยแบบวัดระดับความรู้

3. เริ่มกิจกรรมจิตตปัญญา 6 กิจกรรมหลัก โดยใช้ระยะเวลา 1 วัน/ 6 ชั่วโมง

4. หลังดำเนินการกิจกรรมการเรียนรู้โดยกระบวนการจิตตปัญญา 7 วัน ทำการวัดความรู้หลังเรียนโดยแบบวัดระดับความรู้

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้
ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1



การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและบันทึกข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติค่าที (Dependent t-test) ซึ่งข้อมูลผ่านการทดสอบการแจกแจงแบบปกติด้วย W test ($P=.20$, $df=30$ ดังนั้น $p\text{-value}>.05$) โดยแบ่งระดับคะแนน 5 ระดับคือสูง (≥7 คะแนน) ปานกลาง (8-14 คะแนน) และต่ำ (≤7 คะแนน)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยการเสนอโครงการที่ผ่านคณะกรรมการจริยธรรม
ขอวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี วิทยานุก 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 ร้อยละ 50.00 และมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ร้อยละ 50.00 และพบว่ามีระดับคะแนนความรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 หากใช้กระบวนการจัดชั้นรู้อยู่ในระดับ

2. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้การวางแผนครอบครัวก่อนและหลังการใช้กระบวนการจิตบำบัด
 พบว่านักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 5 จังหวัดชัยนาท

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของคู่สมรส ตัวอย่าง ก่อนและหลังใช้กระบวนการจิตปัญญา (n = 30)

ใช้กระบวนการจิตตปัญญา	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับคะแนน	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>P</i> (1-tailed)
ก่อนการทดลอง	10.27	2.08	ปานกลาง	29	-5.18	.00
หลังการทดลอง	12.93	2.78	ปานกลาง			

จากตาราง 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการทดสอบสูงกว่าก่อนการทดสอบ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนทดสอบเท่ากับ 10.27 ($SD=2.08$) ค่าเฉลี่ยความรู้หลังทดสอบเท่ากับ 12.93 ($SD=2.76$) จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดสอบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

การให้ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว โดยผ่านกระบวนการจัดกิจกรรมในนันทเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับเรื่องอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 12.93$, $SD = 2.78$) เนื่องจากกระบวนการจัดการกิจกรรมทั้งหมดใช้เวลา ประมาณ 8 ชั่วโมง ซึ่งเป็นเวลาที่จำกัดส่งผลให้กิจกรรมที่จัดไม่พอให้เวลาประมาณ 8 ชั่วโมง จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ในชีวิตจริงไม่เพียงพอ และจากการประเมินผลกิจกรรมขอกลุ่มตัวอย่างโดยครูสังเกตพบว่า มีเวลาน้อยเกินไปในการทำกิจกรรมสอดคล้อง Nilchaikovit, & Chunsuk (2009) กล่าวว่า การจัดการกระบวนการที่ผู้สร้างสรรค์ระหว่างครู

๑. ... หรือชายวิกลจริตหรือคนสติไม่เต็ม

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health



มีเวลาให้ได้อยู่ตามลำพังและการใช้เวลาอยู่ร่วมกับผู้อื่น เพื่อให้เกิดการใคร่ครวญต่อประสบการณ์ที่ได้รับในแต่ละช่วงกิจกรรม สำหรับความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวในภาพรวม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการทดสอบสูงกว่าก่อนการทดสอบ และอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าความสนใจ การพิจารณาด้วยใจอย่างใคร่ครวญ มีผลให้สภาวะจิตใจเข้าสู่ความพร้อมและเหมาะสมต่อการเรียนรู้ จากกิจกรรมให้จับคู่จัดกันเล่าเรื่องราวของตนเองให้อีกคนฟังแล้วสรุปเรื่องของเพื่อนที่ได้ฟัง การบอกเล่าเรื่องราวตนเองโดยผ่านกิจกรรมการวาดรูป การวิเคราะห์ตนเองโดยกิจกรรมรู้เขารู้เราสองข้อสี่ข้อ ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมในการฟังอย่างมีสติ เปิดรับฟังอย่างลึกซึ้ง และมีการใคร่ครวญอย่างมีสติ สอดคล้องกับ Vaeare (2014) กล่าวว่า การสนทนาที่มีผลต่อการลดความเครียด มีสุขภาพที่ดีขึ้น และส่งเสริมให้การปฏิบัติงานสู่ความสำเร็จ กิจกรรมเล่นเกมสัจาสติและทำกลุ่มสัมพันธ์ ให้เกิดความรัก เมตตา สร้างความไว้วางใจ อภัยซึ่งกันและกัน ให้เกิดการยอมรับ รวมจะประสบผลสำเร็จได้ต้องพึ่งพาคนอื่น Taylor (2007) กล่าวว่า สิ่งสำคัญของการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง คือ การเปิดกว้าง ไร้ขีดจำกัดภัยและความจริงใจ จากนั้นให้ดูวิดีโอที่คนรักแท้มีจริง และการคลอเคลียญาติและให้กลุ่มตัวอย่างเสนอความคิดเห็นจากการดู เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เชื่อมโยงประสบการณ์ที่ตนเองมี พร้อมกับผู้สอนช่วยสรุปชี้แนวทางที่เหมาะสมให้ ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง และให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้จริงเป็นรูปธรรม (Gravett, 2004) นอกจากนี้การให้เข้าฐานแลกเปลี่ยนการเรียนรู้เกี่ยวกับความวางแผนครอบครัว ที่ประกอบด้วยการให้ความรู้ การกำหนดสถานการณ์ให้เผชิญกับความจริง และให้ตัดสินใจแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าจากเรื่องปัญหา ซึ่งจะช่วยให้มีการเติบโตและเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น (Saavedra, 1996) การให้สมาชิกกลุ่มระดมสมองหาแนวทางแก้ไขและการป้องกัน เป็นการให้มีการเรียนรู้ร่วมกันของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการให้ชุมชนสู่การเรียนรู้ที่ดีและเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่มในทางที่เป็นประโยชน์ (Michalkovitch & Chongsuk, 2009) การใช้กระบวนการจัดปัญหาเพื่อการเรียนรู้ สามารถช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตนเองเกิดความตั้งใจในการเรียนรู้ที่แท้จริง กระบวนการจัดปัญหาเป็นวิธีการที่เชื่อมโยงใจชีวิตประจำวัน การเข้าใจและยอมรับตนเอง ความรักและเมตตา การยอมรับ ความสมดุลในตนเองและความรู้เข้าด้วยกันอย่างสมดุล มีการศึกษาที่ใช้จัดปัญหาในการเรียนรู้ มีผลให้ผู้เรียนมีความพึงพอใจ มีความสุข และมีการพัฒนาความรอบรู้ที่ดี (Wisetsat, 2016) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Anekwit (2009) ได้ใช้จัดปัญหาการศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อส่งเสริมการตระหนักรู้คุณค่าความเป็นมนุษย์และการปฏิบัติทางพยาบาลแบบองค์รวมโดยให้สุนทรียสนทนา การน้อมสู่ใจอย่างใคร่ครวญด้วยการคิดโดยแยกกาย หรือโยนิโสมนสิการ ตรวจสอบและปฏิบัติพยาบาลแบบองค์รวม พบว่า นักศึกษาพยาบาลตระหนักรู้คุณค่าความเป็นมนุษย์ และการปฏิบัติทางการพยาบาลแบบองค์รวมในระดับมาก และการศึกษาของ Santree, Sanprapant, & Tongso (2014) พบว่าการเรียนรู้แบบจัดปัญหาทำให้ผู้เรียนมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 72 อย่างไรก็ตาม การจัดการศึกษาเชิงปัญหามีผลต่อการใช้กระบวนการ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา และวัฒนธรรม ความเชื่อของผู้เรียน เป็นพื้นฐานในการจัด กิจกรรมให้เกิดความเหมาะสม เพื่อให้เกิดประสิทธิผลของกระบวนการมากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำกระบวนการจัดปัญหาไปใช้ร่วมกับ วงจัดการเรียนการสอนในวิชา การวางแผนครอบครัว หรือเพศศึกษา โดยผู้สอนต้องเตรียมขั้นตอน รายละเอียด ระยะเวลา และสื่อที่มีความพร้อม เพื่อให้ผู้เรียนเรียนรู้โดยการเปลี่ยนแปลงในตนเองตามผู้เรียน และนำไปสู่ความสำเร็จ

การวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของ และผลการประเมินผลที่ได้
สำหรับการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1



2. การนำกระบวนการจิตตปัญญาไปใช้เพื่อการตระหนักรู้และพัฒนาตนเองทั้งผู้สอนและผู้เรียน และการดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดความเข้าใจ เคารพซึ่งกันและกันและเห็นอกเห็นใจกัน ที่จะนำไปสู่เป้าหมายการเรียนรู้ที่มุ่งหวังร่วมกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำกระบวนการจิตตปัญญาไปใช้ควบคู่กับการศึกษาวิจัย เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่ใหม่ ๆ เป็นฐานธรรมในการนำไปใช้มากขึ้น และควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบของกระบวนการจิตตปัญญาที่เหมาะสมตามบริบท

2. ควรมีการศึกษาวิจัยที่เป็นการติดตามผลนักเรียนในแต่ละกิจกรรมของกระบวนการจิตตปัญญา และนำมาพัฒนารูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณแก่คณะอาจารย์โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 5 จังหวัดชัยนาททั้ง 17 โรงเรียนผู้ที่ช่วยเหลือให้งานวิจัยลุล่วงไปด้วยดี

References

- Amakorn, N. (2009). *Contemplative Education Curriculum Development for Nursing Student*. Doctor of Philosophy Thesis in Curriculum and Instruction Graduate School, Khon Kean University. (in Thai).
- Arson Silp Institute of the Arts. (2008). *Contemplative Arts*. Bangkok: Prigwangraphon Co. (in Thai).
- Bureau of Reproductive Health. (2015). *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).
- Champrernuang, 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.

รวมารหรือชำระคืนนิตยภัตและการลาอาณัติภาคใต้

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health



- Kingmala, C., Rawiworakul, 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).
- Sumarnal, A. (2013). *The Development of Intelligence Through the Learning Process of Contemplative Education: A Case Study of Nam Kiang 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=&prg=ASC. (in Thai).

วารสารเครือข่ายวิชาชีพพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้
ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1



- 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 5th Annual 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 Rajabhat 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	จัดอยู่ในวารสาร กลุ่มที่	สาขา
1	วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ	1906-2605	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์	1	วิทยาศาสตร์และ เทคโนโลยี

[Back to top](#)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

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

วรภรณ์ ทินวัง¹, รุ่งนภา สุตินันท์โอภาส², เกศสุรินทร์ เทือกถา³

Woraporn Thinwang¹, Rungnapa Sutinonopas², Kedsurin Thauktha³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต และศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต 8 กลุ่มโรค ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตจังหวัดลำปาง จำนวน 2 แห่ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 114 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล 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) และ แหล่งที่มาของรายได้ (χ^2 = 5.438) โดยมีค่าความสัมพันธ์ Cramer's V เท่ากับ 0.39 , 0.240, 0.267 และ 0.218 ตามลำดับ

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการสุขภาพ, ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

ABSTRACT

This research was survey study 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-value=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 (R_{xy} = 0.39) and taking time to health care was negative in low level related to services of patients with mental health problems (R_{xy} = -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 (χ^2 = 6.567), main career (χ^2 = 8.128) and source of income (χ^2 = 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 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

² อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

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 4 ล้านปี พบในผู้ชาย 2.1 ล้านปี ผู้หญิง 1.9 ล้านปี สาเหตุหลักของความสูญเสียในเพศชายคือ การเสียดัดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 22.6 รองลงมาคือ โรคซึมเศร้า ในเพศหญิงโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของความสูญเสียอันดับ เกิดเป็นร้อยละ 12.4⁽¹⁾

คนมีปัญหาด้านจิตเวชในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต โดยจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และการอยู่ร่วมกันในสังคม การเปลี่ยนแปลงรวดเร็วของสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ทั้งนี้ แม้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจะมีจำนวนเพิ่มขึ้น แต่กลับพบว่า การเข้าถึงบริการยังคงอยู่ในระดับต่ำการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นแนวคิดที่ควรส่งเสริมให้สถานบริการสุขภาพปฏิบัติอย่างมีคุณภาพและมาตรฐานซึ่งจะเป็นสิ่งสะท้อนนโยบายสุขภาพของภาครัฐ⁽²⁾ ในการบริการดูแลสุขภาพประชาชนแบบปฐมภูมิและเป็นดัชนีชี้วัดระบบบริการสุขภาพ⁽³⁾ กรมสุขภาพจิตและโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพซึ่งการเข้าถึงบริการตามแนวคิดของพื้นที่เข้มแข็งและใหม่⁽⁴⁾ ประกอบด้วย 5 มิติคือ 1) ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ 2) การเข้าถึงแหล่งบริการ 3) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ 4) ความสามารถเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการและ 5) การยอมรับคุณภาพการบริการ จาผลการสำรวจของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเครือข่ายเขตบริการที่ 1 ในเขตพื้นที่ภาคเหนือ ในปี 2556-2557 พบว่า อัตราการเข้าถึงบริการ ลดลง โดยในปี 2556

อัตราการเข้าถึงบริการมีจำนวนร้อยละ 37.67 ส่วนในปี 2557 มีจำนวนการเข้าถึงบริการร้อยละ 36.76

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต พบเพียงรายงานการศึกษาของกรมสุขภาพจิต ที่กล่าวว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเนื่องจากข้อจำกัดหลายประการ เช่น ทัศนคติที่ไม่ดีต่องานสุขภาพจิต การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิต ความร่วมมือของงานสุขภาพจิตจากหน่วยบริการและชุมชน การขาดแคลนบุคลากรทั้งจิตแพทย์และวิชาชีพอื่นของทีมสุขภาพจิต การกระจุกตัวของจิตแพทย์ในเมืองใหญ่ ความยากลำบากในการเดินทางมาขอรับบริการ บางครั้งจำเป็นต้องค้างคืนทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ครอบครัวมีฐานะยากจนทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้น้อยและไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำของโรคจิตเวช แต่ไม่พบรายงานการวิจัยที่ชัดเจน มีเพียงรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ของ พิไล เขียวแก้ว (2553)⁽⁴⁾ และ ดวงดาว ศรีวุฒ (2556)⁽⁵⁾ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ และรายงานการวิจัยของผู้รับบริการสุขภาพอื่นๆ^(3,6,7,8)

ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาลที่มีหน้าที่ในการรับผิดชอบในการผลิตบุคลากรสุขภาพในการให้บริการทุกระดับ และ ความร่วมมือในการวิจัยและพัฒนาการกับหน่วยบริการสุขภาพ จึงได้มีความสนใจในการศึกษา การเข้าถึงบริการสุขภาพ และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต ตามแนวคิดของ Penchamsky and Thomas⁽²⁾ มาจัดหมวดหมู่ปัจจัยให้ครอบคลุม ได้แก่ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านการเงินป่วย ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ โดยเก็บกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต ซึ่งเป็นแหล่งฝึกภาคปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพทางจิตเพื่อผลการเรียนที่ได้เป็นแนวทางในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพเพื่อตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิตและเพื่อพัฒนาสู่การจัดการบริการสุขภาพ ให้



ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่าเทียมกัน มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

2. ศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

วิธีการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต และศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต 8 กลุ่มโรคทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา 2 แห่ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 114 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ได้ดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพของ พิสิส เขียวแก้ว (2553)⁽⁴⁾ เป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะที่อยู่อาศัย อาศัยอยู่กับใคร ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการ ขาดพาหนะในการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการ 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) ความพึงพอใจในการ

เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert) โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ 5 คะแนน ท่านรู้สึกว่าได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่ท่านได้รับมากที่สุด 4 คะแนน ท่านรู้สึกว่าได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่ท่านได้รับมาก 3 คะแนน ท่านรู้สึกว่าได้เข้าถึงบริการ 2 คะแนน ท่านรู้สึกว่าได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่ท่านได้รับน้อย 1 คะแนน ท่านรู้สึกได้ว่าเข้าถึงบริการสุขภาพที่ท่านได้รับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความตรงของเครื่องมือ (Validity) นำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความเห็นโดยพิจารณาความสอดคล้องกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย กับ ข้อมูรายการที่ต้องการวัด แล้วนำมาพิจารณาค่า IOC ตั้งแต่ร้อยละ 66 ขึ้นไป **ความเที่ยงของเครื่องมือ** (Reliability) 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 โรคจิตกึ่งจิตร้อยละ 41.2 โรคจิตเภทร้อยละ 40.4 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 14.9 สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาลมากที่สุด ได้แก่ สิทธิบัตรประกันสุขภาพ 59.6 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่คือ คู่สมรสตนเอง ร้อยละ 74.6 ขาดพาหนะในการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการที่ใช้บริการมากที่สุด คือ ใช้รถจักรยานยนต์มากที่สุด ร้อยละ 57 ปัจจุบันอาชีพหลักของท่าน รับจ้างทั่วไป 55.3 แหล่งที่มาของรายได้คู่



สมรส 28.9 ได้รับการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลรัฐบาล 50.0

ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต อายุเฉลี่ย 57 ปี, ความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่อการเจ็บป่วยที่ได้รับเฉลี่ย 6 (จากคะแนนเต็ม 7), ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการเฉลี่ย 5 กิโลเมตร, เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการเฉลี่ย 14 นาที, รายได้ต่อเดือนของครอบครัวเฉลี่ย 7117 บาท, ค่าใช้จ่ายส่วนตัวที่ใช้ในการดำรงชีวิตเฉลี่ยต่อเดือน 4720 บาท และ ค่าใช้จ่ายส่วนตัวที่ใช้ในการรักษาโรคเฉลี่ยเดือนละ 207 บาท

2. การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.96$, $SD = 0.46$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต ด้านคุณภาพของบริการและผู้นำบริการมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.17$, $SD = 0.61$) ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้าน

ความสามารถในการจ่ายค่าบริการเมื่อใช้บริการ ($\bar{X} = 3.22$, $SD = 0.65$)

3. การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.95$, $SD = 0.46$) เมื่อพิจารณารายข้อ ส่วนใหญ่มีค่าอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่ามากที่สุดคือ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงพอต่อความต้องการให้บริการด้านสุขภาพใน รพสต. ($\bar{X} = 4.36$, $SD = 0.766$) รองลงมาคือ พอใจกับการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการสุขภาพ เช่น ที่นั่งพัก ทางลาด รววจับ ($\bar{X} = 4.32$, $SD = 0.669$) 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
ค่าใช้จ่ายส่วนตัวที่ใช้ในการรักษาโรค(บาท/เดือน)	0.14	.240	ไม่มีความสัมพันธ์

* $P > .05$

จากตาราง 1 พบว่า ข้อมูลทั่วไปที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่อการเจ็บป่วยที่ได้รับ โดยมีค่าความสัมพันธ์

กันทางบวกในระดับต่ำ ($R_{xy} = 0.39$) และ เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการ โดยมีค่าความสัมพันธ์กันทางลบในระดับต่ำ ($R_{xy} = -0.21$)



วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

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
อาชีพ/การประกอบอาชีพ						
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
ปัจจัยภาวะชีพหลักของท่าน						



ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

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

* $P > .05$

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 และ 3.ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ซึ่งปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการและยานพาหนะ ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพได้แก่ความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่อการเจ็บป่วยและบุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ อาชีพหลักของผู้ป่วย แหล่งที่มาของรายได้

1. ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับ

บริการและยานพาหนะ ซึ่งเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการมีความสัมพันธ์ทางด้นลบกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษา การเข้าถึงบริการสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติสตรีไทใหญ่⁽⁹⁾ ว่าแรงงานข้ามชาติสตรีไทใหญ่จะไปรับบริการจากสถานบริการที่อยู่ใกล้ที่ทำงานหรือที่พักมากกว่าโรงพยาบาลที่ทำงานสุขภาวะอยู่ไกลจากที่ทำงาน เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทางและเวลาที่ใช้ไปใช้บริการจากการศึกษาเรื่องปิดช่องว่างการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ:ความเป็นธรรมทางสุขภาพและความครอบคลุมทางสังคมในประเทศไทยในประเด็นของการเดินทางและระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการพบว่า การขาดแคลนบริการขนส่งสาธารณะที่ราคาเหมาะสม การเดินทางที่ไม่สะดวกก็เป็นอีกหนึ่งอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพต่างๆในผู้สูงอายุ ยานพาหนะ ที่ใช้น้ำมันและไม่ใช้น้ำมันมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ เนื่องจากยานพาหนะที่ใช้น้ำมันมีผลต่อค่าใช้จ่ายและระยะทางที่จะเข้ารับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐติกา ชูรัตน์ (2559)⁽¹⁰⁾ พบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมมีผลต่อรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยมีความต้องการรักษาใกล้



บ้านพักประหยัคค่าใช้จ่ายและมีความปลอดภัยในการเดินทาง

2. ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่อการเจ็บป่วย ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การที่ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง หรือมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยและการรักษาพยาบาล เช่น เข้าใจว่าระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) และประกันสังคมไม่ครอบคลุมการรักษาทางจิตเวช ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคณพิกร⁽⁴⁾ พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้สิทธิต่างๆของผู้พิการมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ เมื่อผู้พิการรับรู้สิทธิเพิ่มขึ้นก็มารับบริการเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชในประเทศแถบยุโรป พบว่าปัจจัยที่สำคัญและมีผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชคือ ความรู้สึกอับอายที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช หรือเป็นความรู้สึกเหมือนเป็นตราบาป (stigma) ของผู้ป่วยจิตเวช การเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ผิดพลาดไป หรือเคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อการเข้ารับบริการทำให้เกิดความรู้สึกอับอายและเข้ารับการรักษาล่าช้า⁽¹¹⁾ นอกจากนี้พบว่า ทัศนคติและการรับรู้ทางด้านลบของผู้รับบริการต่อการเข้ารับบริการในหน่วยบริการทางจิตเวชมีผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพจิตในหน่วยบริการสุขภาพ⁽¹²⁾ การรับรู้อุปสรรคและสิ่งสนับสนุนในการค้นหาความช่วยเหลือที่จะเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่นสาวจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ได้แก่ ความรู้สึกอับอาย ลำบากใจ การขาดความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางจิตเวช และสิ่งสำคัญที่ทำให้ไม่แสวงหาความช่วยเหลือก็คือความต้องการพึ่งพาตนเองมากกว่า ดังนั้นการที่จะทำให้มีการเข้าถึงบริการในกลุ่มนี้จึงต้องเน้นการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางจิตเวช ลดความรู้สึกอับอาย และเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย⁽¹³⁾ ในประเทศไทยมีผู้มีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่า 10 ล้านคน มีเพียง 8 แสนคน คิดเป็นร้อยละ 8 เท่านั้นที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษา ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่สำคัญคือ การขาดความรู้ที่ถูกต้อง มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยและการรักษา เช่น ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิการรักษาที่ไม่

ถูกต้อง เช่น บัตรทอง บัตรประกันสังคมไม่สามารถใช้รักษาโรคทางจิตเวชได้ ความรู้สึกอับอายของผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อป่วยทางจิต⁽¹⁴⁾

3. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ อาชีพหลักของผู้ป่วย แหล่งที่มาของรายได้ และบุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย อาชีพและรายได้ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ การประกอบอาชีพและที่มาของรายได้เฉลี่ยของครอบครัวเท่ากับ 7116.51 บาทต่อเดือน และค่าเฉลี่ยในการใช้จ่ายส่วนตัวที่ใช้การในการรักษาโรคมีเพียง 206.93 บาทต่อเดือน ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างน้อย จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชผิวดำและชนกลุ่มน้อยในประเทศอังกฤษตอนใต้พบว่าปัจจัยทางด้านการเงินเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ เช่น การเข้ารับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญหรือการรับการรักษาทางเลือกอื่นไม่สามารถจะเข้าถึงบริการและไม่ได้การรักษาเนื่องจากไม่มีเงิน⁽¹⁵⁾ ผู้ป่วยบางรายไม่มีอาชีพ ไม่มีรายได้ ครอบครัวยากจน แต่ในการเข้าถึงบริการจะเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหาร ทำให้มีผลต่อการเข้ารับบริการ ทำให้เข้ารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง⁽¹⁶⁾

ด้านผู้ให้บริการที่จะพัฒนาบริการด้านสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ได้ประเด็นทั้งด้านการเจ็บป่วยที่ต้องมีการดูแลโดยมีการวิเคราะห์เป็นรายกรณี การดูแลด้านเศรษฐกิจหาแหล่งทุนสนับสนุน และการพัฒนาการสร้างเครือข่ายและแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้มีความพร้อมในการดูแลปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีทีมผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย⁽¹⁷⁾ ความสัมพันธ์ทางด้านบวกของการเข้าถึงบริการสุขภาพกับการมีบุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยนั้นมีความสัมพันธ์กับการศึกษาการเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยที่สมรสมักมีการพยากรณ์โรคและคุณภาพชีวิตดีกว่าคนโสด เนื่องจากคู่ชีวิตจะช่วยดูแลเอาใจใส่ให้กำลังใจ⁽¹⁸⁾ ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน⁽¹⁹⁾ พบว่า ผู้ดูแลที่มีบทบาทเป็นพ่อแม่หรือสามีภรรยาจะมีพฤติกรรมที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช่พ่อแม่หรือสามีภรรยา แต่ก็พบว่ากลุ่มผู้ดูแลที่มีบทบาทเป็นพ่อแม่หรือสามีภรรยา กลับเป็นกลุ่มที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ



การเจ็บป่วยและการดูแลรักษาน้อย การบทความวิชาการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน ของ สุนทรีภรณ์ ทองไสย (2558)⁽¹⁾ กล่าวว่าเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทภายใต้บริบทสังคมไทยเกิดประสิทธิภาพสูงสุดอย่างยั่งยืนทั้งต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและผู้ให้การดูแล โดยการส่งเสริมให้ญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย มีเครือข่ายของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้มีประสิทธิภาพผู้ดูแลต้องเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดและต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชที่เป็นอยู่ เช่น การดูแลการรับประทานยาและสังเกตผลข้างเคียงของยา การสังเกตอาการผิดปกติและเป็นบอกรวมผิดปกติต่างๆต่อที่รักษาได้ การรักษาทางจิตมีความหลากหลายผู้ดูแลจะเป็นผู้ที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในการค้นหาข้อมูลและทางเลือกที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ นอกจากนี้การดูแลที่มีประสิทธิภาพควรส่งเสริมให้ผู้ป่วย

สามารถที่จะดูแลตนเองได้และช่วยเหลือในสิ่งที่จำเป็นเท่านั้น ผู้ป่วยควรมีอิสระในทางเลือกต่างๆให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยเพื่อที่ผู้ป่วยจะเกิดความร่วมมือร่วมใจในการรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เช่น การที่จะตัดสินใจว่าจะอยู่กับใครต้องการความช่วยเหลือจากใคร

ข้อเสนอแนะ

1.เป็นข้อมูลให้ผู้บริหารกำหนดนโยบาย เช่น การให้บริการสุขภาพผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิตในเชิงรุก ซึ่งจากผลวิจัยพบว่า ความสามารถในการจ่ายค่าบริการเมื่อใช้บริการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

2.ควรศึกษาปัจจัยที่สำคัญและมีผลต่อการเข้าถึงบริการเพิ่มเติม คือ ความรู้สึกอับอายที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช หรือเป็นความรู้สึกเหมือนเป็นตราประทับ (stigma) ของผู้ป่วยจิตเวช

เอกสารอ้างอิง

- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ วิโรจน์ ดังเจริญเสถียร. การะ โรค: วิถีภาวะที่สูงเสียและอาชญากรรมของการมีสุขภาพ ของประชากรไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 25 (2), 2559. 342-350
- Penchansky, R., & Thomas, JW. The concept of access definition and relationship to consumer satisfaction . *Medical care*, 19 (2), 1981. 127-140.
- อรรณพ พุ่มพวง. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครเชียงใหม่. การศึกษาค้นคว้าเพื่ออิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551.
- พลีธ ใจแก้ว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ของคนพิการ. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ, 2552.
- ดวงดาว ศรีภูมิ. การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการในเขตอำเภออุบล จังหวัดพะเยา. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง มหาวิทยาลัยพะเยา, 2555.
- ชฎาพร เยาว์เจริญสุข. คนพิการกับการเข้าถึงการบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษา เขตเทศบาลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนครสวรรค์, . 2550. สืบค้นจาก <http://newde.thailis.or.th/docview.aspx?ldeid=270333>
- อารีย์ เจตน์คำแรงเลิศ. (2555). การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติ ในโรงพยาบาลปาย อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการเมืองการปกครอง, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2555.
- ศรวิมล เหล่าสาย. การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2555.
- สุสันหา อัมแก้ว. การเข้าถึงบริการสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติสตรีไทใหญ่ . วารสารสาธารณสุขศาสตร์. ปีที่ 42 (3), 2555. 68-82.

วารสาร

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

Research and Development Health System Journal



ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2561

VOL.11 No.2 MAY - AUGUST 2018

ISSN : 1909 - 2605

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2561

Research and Development Health System Journal
VOL.VOL.11 No.2 MAY - AUGUST 2018

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ เป็นวารสารที่ใช้ในการเผยแพร่ผลงานวิชาการเกี่ยวกับงานสาธารณสุข และสาขาที่เกี่ยวข้องจัดทำขึ้นโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 3 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม, กันยายน – ธันวาคม ของทุกปี เพื่อตอบสนองนโยบายด้านการสาธารณสุข และนำไปใช้ประโยชน์การตัดสินใจทางการบริหาร, วิชาการ ในทุกระดับ เป็นการเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกิดจากการศึกษาหรือการปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพทั้งจากจังหวัดกาฬสินธุ์เอง และจากพื้นที่อื่นในประเทศ และต่างประเทศ ในรูปแบบรายงานการวิจัย บทความทางวิชาการ และนวัตกรรม นำไปสู่การถอดบทเรียนจนไปสู่การประยุกต์ใช้ที่เหมาะสมกับงานสาธารณสุข และในโอกาสนี้ทางคณะผู้จัดทำจึงขอเชิญท่านที่มีผลงานทางวิชาการได้ร่วมส่งผลงานเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้และนวัตกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้เป็นฐานความรู้ต่อผู้อ่านในฉบับต่อไป

สำหรับวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 32 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพ ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม 2561 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายกันไป ซึ่งได้แก่ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แนวทางการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองโดยกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุผลการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยการพยาบาลห้องผ่าตัด ผู้ป่วยภาวะสูญเสียการยึดตรึงของแผ่นโลหะตามกระดูกคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแนวคิดสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ปัจจัยเชื่อมโยงมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพพระตำบลดงภูมิจังหวัดบุรีรัมย์ที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต ทักษะคิดของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีต่อการจัดการขยะของแหล่งท่องเที่ยวบนพื้นที่สูง ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อปรับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตนเอง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้การรับรู้พลังอำนาจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การเจริญสติในผู้ป่วยติดสารเสพติด ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม การเจริญสติเพื่อลดความเครียด พฤติกรรมภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาล พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น การมีส่วนร่วมในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกภายในหอพักของนักศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเส้นหัวใจพิการ ผลของรูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ประสิทธิผลของการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีผลต่อความวิตกกังวล เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 นี้จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานสาธารณสุขต่อไป

บรรณาธิการ



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลตากฟ้า อำเภอดงเจริญ จังหวัดนครสวรรค์	1
ธนัช กนกเทศ, สุณันทา สกุลยืนยง	
ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตลำนาน้ำอน จังหวัดสกลนคร ประเทศไทย... ..	9
เกษมรินทร์ ชมพูน, ศรีวิภา ช่วงไชยยะ, นงศลักษณ์ เหลาพรม, พรณี ปัญชรหัตถกิจ, รัฐพล ไกรกลาง, ธนากร พรมโนภาส, พัสกร องอาจ	
รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้ชำนาญการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตสุขภาพที่ 9	17
ถาวรพร ตั้งอำพรทิพย์, ศักดิ์ชัย ภูเจริญ, นฤมล ศักดิ์ปกรณกานต์, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์	
แนวทางการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองโดยกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุกรณีศึกษา: อำเภอวังจันทร์	29
ประคินฐ์ ปฐวีศรีสุธา	
ผลการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลพุดซา	40
ธีระพงษ์ จอทองอิน, นิสา พักศรีวิไล, วีระวัฒน์ อุ่นแสนหา, อนุญา โพธิ์ประคินฐ์	
กรณีศึกษา การพยาบาลต่อภาวะขาดผู้ป่วยภาวะการสูญเสียการยึดครองของแผ่นโลหะตามกระดูก (failure plate) ที่รับการผ่าตัดด้วยวิธีการผ่าตัด... ..	47
ชนิดพิศและ ใส่แผ่นโลหะยึดตรึงกระดูกภายในแบบกลียวล็อค ที่กระดูกต้นขาหักทั้ง 2 ข้าง	
กิ่งดาว ผูกดวง	
คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	58
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์	
สร้อยทอง กันงา, ชนะพล ศรีฤาชา	
แนวคิดสมรรถนะด้านวัฒนธรรม	69
ธนิศา คงสมัย, อังคินันท์ อินทรกำแหง, จรัส อุ่นฐิติวัฒน์	
ลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)	75
เครือข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี	
ภาณุมาศ ทุมวัน, สุวิทย์ อุดมพาณิชย์	
ปัจจัยเชื่อมโยงมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา	84
ชงยุทธ แก้วเต็ม, ถาวร ล่อกา, สุวัฒนา คำสุข, วลัยลักษณ์ จันทา, กานต์สิริ นาคกริช	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต	92
วรภรณ์ ทินวัง, รุ่งนภา สุทินันท์โอภาส, เกศสุรินทร์ เทือกดา	
ทัศนคติของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีต่อการจัดการขยะของแหล่งท่องเที่ยวบนพื้นที่สูงกรณีศึกษาอำเภอบาง จังหวัดแม่ฮ่องสอน	101
เชษฐกานท์ เวียงนันท, ธรศศิริสถิต, อนุญา โพธิ์ประคินฐ์	
ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข	110
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น	
ปรารถนา เรืองรัตน์, ดร.สุวิทย์ อุดมพาณิชย์	
แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	123
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด	
กิตติมา สร้างโชค, สุวิทย์ อุดมพาณิชย์	
คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของ	134
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น	
ณันต์ แสงอรุณ, สุวิทย์ อุดมพาณิชย์	
การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อปรับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตนเองของ	147
ผู้ป่วยจิตเภท อำเภอเมืองนราธิวาส จังหวัดนราธิวาส	
จิราภรณ์ พุทธิวงศ์, สมศักดิ์ อาภาศรีทองสกุล, จุติพร ผลเกิด	
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ การรับรู้ถึงอำนาจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด	155
เผด็จสมของของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลางในชุมชน	
อภิญญา จำริญบุญ, ศิราณี อินทรหนองไผ่, อมร สุวรรณนิมิตร	

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

สารบัญ (ต่อ)

รายงานการวิจัย	หน้า
การเจริญสติในผู้ป่วยติดสารเสพติด: มุมมองทางด้านสมองและประสาทวิทยา.....	166
ทนายวีร์ จันทรวิวัฒน์ , ชนกฤตย์ ชื่นอารมณ	
ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม.....	176
ของผู้สูงอายุ ตำบลเหล่าไธ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม	
สุภาพร บุญเชื้อ , เคนควงดี ศรีสุระ , จ้างลอง วงษ์ประเสริฐ	
การเจริญสติเพื่อลดความเครียด: มุมมองด้านสมองและประสาทวิทยา.....	185
รณนที หาญมนตรี , ชนกฤตย์ ชื่นอารมณ	
พฤติกรรมภาวะผู้นำให้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข.....	195
นฤมล ชามพิทักษ์ , มาริสา ไกรฤกษ์	
พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในคลินิกฝากครรภ์.....	205
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	
ธิดารัตน์ ทิพย์โชติ, สุวดี โลวีกรณ	
บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข.....	213
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครราชสีมา	
รพีพร ราชพัฒน์ , ชนพล ศรีสุธา	
การมีส่วนร่วมในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกภายในหอพักของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น.....	222
อโนราช โยเหลา, อุไรวรรณ อินทร์ม่วง	
ภาวะเหล็กเกิน: การสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย.....	228
บุญญภัทร์ ภูมิภู , สุพัตรา บัวทิ	
การเจริญสติกับโรคซึมเศร้า: มุมมองด้านสมองและประสาทวิทยา.....	239
วนิดา กมลกร , ชนกฤตย์ ชื่นอารมณ	
การป้องกันผลกระทบของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทางการเกษตร.....	248
ระพีพรรณ ประจันตะเสน	
ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถทางภาษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี.....	257
วาสนา ศรีบุล , สุภาพร ใจการุณ2 , จ้างลอง วงษ์ประเสริฐ	
ปริมาณและชนิดเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศในท้องสนามหลวงวิทยาลัยขอนแก่น.....	268
ปิยะนุช อาจกล้า , กาญจนา นาคะพินธุ	
การประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์และความผิดปกติของระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชัยภูมิ.....	278
จังหวัดชัยภูมิ	
พันไมล์ วิชัยวงษ์ , กาญจนา นาคะพินธุ	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพนักงานบริษัทผลิตเบเกอรี่แห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น.....	283
ปาริชาติ ภูติยา , เลิศชัย เจริญธัญญ์	
การปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย.....	295
ศิริโชติ พจนสุนทร , ชนพล ศรีสุธา	
ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นชุมแพ.....	303
จังหวัดขอนแก่น	
วราพร จันดาเวียง , ดร.วรางคณา สังสิทธิสวัสดิ์	
การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานในพระภิกษุสงฆ์ อำเภอเสถภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด.....	310
อภินันท์ ปิงมณฑ , สมเสาวนุช จมูศรี , เกื้อพันธ์ กลั่นการดี	
การประเมินผลโครงการให้บริการฟื้นฟูเชิงรุกในผู้สูงอายุ อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ.....	318
ศิริพรรณ พันธุ์พิบูลย์	
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความรอบรู้ของอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพิการ.....	326
อภิญา วังศรีพิริโยธา , สุรชาติ สิทธิประภรณ์ , อุบลลักษณ์ สุทธิเจริญ	
คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยระยะเรื้อรังลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOLX.....	335
รัชชานา หาสีมงคล , นงเยาว์ มีเทียน , อภิญา วังศรีพิริโยธา	

สารบัญ (ต่อ)

รายการการวิจัย	หน้า
ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา..... มนัสขจรณ์ พิชัยจุฑาผล, มุกดา หน่อศรี, วาริน ธีรธรรมสวัสดิ์กุล	347
ผลของรูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก..... ละอองดาว ทับอาจ, ดร.มุกดา หน่อศรี, ดร.สมโภช รติโอหาร	359
การดำเนินงานด้านการยาศาสตร์อย่างมีส่วนร่วมเพื่อลดการเกิดอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของ..... พนักงานโรงสีข้าวกลุ่มเกษตรกรทำนาโนไต้ ตำบลนาไต้ อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร	373
นิวัฒน์ วงศ์ใหญ่, เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ, จิรภูมิ กุระพันธ์	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยในกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกข้าว..... วรพจน์ ทำนียบ, เรณูมาศ นาอุ่น	381
ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท..... สุทธวิวรร เขตคาม, ถัดดา แสนสีหา, กษพร สิงห์หล้า	389
ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตบริการสุขภาพแห่งหนึ่ง..... อาทิตย์ วังวนสินธุ์, จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, สุภาพร แสงอ่วม	397
โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อพฤติกรรมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนและระดับไอโอดีนใน.... ปัสสาวะ ในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาแก จังหวัดหนองบัวลำภู	406
มณฑนา ใจกว้าง, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, สมใจ พุทธพิทักษ์ผล	
ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็น..... เบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี	418
สุกานดา พลบุตร, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, สมใจ พุทธพิทักษ์ผล	
ประสิทธิผลของการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีผลต่อความวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์..... ก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรธานี	430
ธิดารัตน์ ห้วยทราย	
การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ยกสูง..... นิตยา รัชโพธิ์, นิสากร วิบูลชัย, เมธีรัชต์ แข็งแรง, วิภาศิริ นราพงษ์, ชชาติ ไทยเจริญ	439
การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายในจังหวัดอุบลราชธานี..... ศิริพร วงศ์ศิริ	450
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนคนไทย-พม่า: กรณีศึกษา หมู่บ้านเอตองกู ตำบลแม่จัน อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก..... สุภาพรณ์ สุดหนองบัว, อัจฉราพร เกระหัด, หฤทัย ขันเพชร	461
ปัจจัยการเกิดวัณโรคคือยาในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดกาฬสินธุ์..... วานิช รุ่งราม, เลิศชัย เจริญชัยรักษ์	469
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่ โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย..... ศรินทร์ ฌ หนองคาย, พรนภา สุกรเวทศิริ	477
บรรยากาศองค์การและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน..... โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดเพชรบูรณ์	487
กุลจิรา แซ่มสีม่วง ชนะพล ศรีฤาชา	
ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วยเบาหวาน..... ชนิดที่ 2 ในชุมชน	496
วัชรบุษ จันทคุณ, สมเสาวนุช จมูศรี, อมร สุวรรณนิมิตร	

ถอดบทเรียน: คุณค่าผู้สูงอายุ ในฐานะผู้ถ่ายทอดภูมิปัญญาในด้านการดูแลสุขภาพ
สุขภาพ โดยนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

HEALTH CARE LESSONS FROM THAI WISDOM AS TAUGHT BY THE
ELDERLY AND LEARNED BY NURSING STUDENTS. BOROMRAJO-
NANI COLLEGE OF NURSING, NAKORN LAMPANG

เบญจมาศ ยศเสนา¹, ศรีจันทร์ พลับจัน², ปานจันทร์ อิมหนา³

Benchamat Yotsena¹, Srijan Pupjain², Panjan Imnum³

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อ ทำการรวบรวมองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่ได้จากใบงานของนักศึกษาที่สะท้อนให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุผ่านองค์ความรู้ต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาภูมิปัญญาไทยกับการดูแลสุขภาพ จำนวน 57 คน และได้ทำการถอดบทเรียนจากใบงานดังกล่าว เพื่อให้ผู้ที่สนใจในประเด็นดังกล่าวเป็นข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา ตลอดจนผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญขององค์ความรู้ดังกล่าว เพื่อมิให้เลือนหายไปจากสังคมไทย จากผลการศึกษา พบว่า ถึงแม้มีความแตกต่างกันในเรื่องของภูมิสำเนาระหว่างภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แต่พิธีกรรมและความเชื่อต่าง ๆ มีความสอดคล้องกัน อย่างเห็นได้ชัด ดังเช่น “พิธีเรียกขวัญ” “พิธีชอนขวัญ” “พิธีช้องขวัญ” เป็นพิธีกรรมที่ใช้ในการเรียกขวัญ กำลังใจ หรือ “การอยู่ไฟ” “การย่างไฟ” “การย่างไฟ” เป็นพิธีที่ใช้ในการดูแลสุขภาพหลังคลอดบุตร ถึงแม้ชื่อจะแตกต่างกันแต่มีเป้าหมายในการดูแลเรื่องเดียวกัน เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบ ปรากฏชาวบ้านที่มีความรู้ความสามารถแตกต่างกันตามความเชี่ยวชาญของบุคคล รวมไปถึงการใช้สมุนไพรต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพตนเองแทนการรักษาในแผนปัจจุบัน

คำสำคัญ: ภูมิปัญญา, ภูมิปัญญาไทย, การดูแลสุขภาพ

¹ วิทยากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

² วิทยากรชำนาญการพิเศษ 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 จะสะท้อนให้เห็นถึง ธรรมชาติ ความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และตัวบุคคล ทำให้เกิดการสร้างสรรค์วัฒนธรรมที่เหมาะสม อันเนื่องมาจากการปรับตัว เพื่อความอยู่รอดของตนเอง ตลอดจนเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวของคนในชุมชน เมื่อระยะเวลาผ่านไป สิ่งที่ได้ยึดถือ ปฏิบัติกันในแต่ละรุ่น ได้มีการส่งต่อวัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีปฏิบัติ จนกลายเป็นภูมิปัญญาของชุมชนที่ได้สั่งสม สืบทอดเป็นมรดก และเชื่อมโยงมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันซึ่งใช้ในการดำเนินชีวิตจนถึงทุกวันนี้ ถึงแม้ว่าในสังคมปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าทางในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ และเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่เข้ามามีบทบาทในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคล แต่บุคคลก็ไม่สามารถที่จะปฏิเสธความเชื่อตามวิถีชุมชนต้นกำเนิดได้ ดังจะสะท้อนให้เห็นจากความรู้สึกรักของนักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการถ่ายทอดองค์ความรู้ ภูมิปัญญาของตนเองตามถิ่น

กำเนิด ที่ปรากฏให้เห็นเด่นชัดว่า ถึงแม้จะมีการไหลบ่าของวัฒนธรรมตะวันตกที่เข้ามาสู่ประเทศไทย แต่วิถีปฏิบัติ ความเชื่อต่าง ๆ ก็ยังมีการถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นในสังคมของไทย โดยการถ่ายทอดองค์ความรู้ ภูมิปัญญาต่างๆ ที่ปรากฏในปัจจุบันเป็นหน้าที่ของผู้สูงอายุ ในการเป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดความรู้จากคนรุ่นหนึ่งสู่คนอีกรุ่นหนึ่ง โดยปราศจากอคติ ในฐานะบุคคลที่ต้องการได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ จะต้องตระหนักถึงคุณค่าผู้สูงอายุในฐานะปุษยบุคคล เป็นบุคคลสำคัญในการเชื่อมโยงความรู้จากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่งผ่านเรื่องเล่า คำสอน หรือข้อคิดให้แก่บุตรหลานในครอบครัว

ในการนำเสนอครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทำการรวบรวมข้อมูลจากใบงานในการเรียนการสอนในวิชาภูมิปัญญาไทย ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ที่สะท้อนให้เห็น ความเชื่อและวิถีปฏิบัติของบุคคลที่นักศึกษาได้รับ โดยการถ่ายทอดประสบการณ์ของตนเองผ่านใบงานความรู้ที่ได้รับมอบหมาย ผู้ศึกษาในฐานะผู้รับผิดชอบวิชาได้เล็งเห็นความสำคัญขององค์ความรู้ดัง

กล่าว และมีเจตนาที่จะเผยแพร่องค์ความรู้ดังกล่าว ให้เป็นที่ประจักษ์แก่บุคคลผู้ที่สนใจ รวมถึงกระตุ้น ให้บุคคลตระหนักถึงภูมิปัญญาของไทย ที่มีความ เป็นเอกลักษณ์ และมีความโดดเด่นเฉพาะ เพื่อให้ องค์ความรู้และภูมิปัญญาของไทยอยู่คู่กับสังคม ไทยไปตลอดกาล

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญา ท้องถิ่นของทางภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียง เหนือ สะท้อนให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุในการเป็น ปุชนูปถัมภ์ในสังคมไทย

การทบทวนวรรณกรรม

ความหมายของภูมิปัญญา

สำนักคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ (2559:52) ได้กล่าวไว้ว่าภูมิปัญญาท้องถิ่น (local wisdom) สะสมขึ้นมาจากประสบการณ์ของชีวิต สังคมในสภาพสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน และ ถ่ายทอดสืบทอดกันมาเป็นวัฒนธรรม การดำเนิน งานด้านวัฒนธรรม จึงต้องใช้ปัญญาค้นหาสิ่งที่มีอยู่ แล้ว ฟันฟู ประยุกต์ ประดิษฐ์ เสริมสร้างสิ่งใหม่ บนรากฐานสิ่งเก่าที่ค้นพบนั้น นักฟันฟู นักประยุกต์ และนักประดิษฐ์คิดค้นทางวัฒนธรรมพื้นบ้านเหล่านี้ มีชื่อเรียกในเวลาต่อมาว่า "ปราชญ์ชาวบ้าน" หรือ "ผู้รู้ชาวบ้าน" และสติปัญญาที่นำมาใช้ในการ สร้างสรรค์นี้เรียกว่า "ภูมิปัญญาชาวบ้าน" หรือ "ภูมิปัญญาท้องถิ่น"

ประเวศ วะสี (2536:21) ได้กล่าวว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่น เกิดจากการส่งสมการเรียนรู้มา เป็นระยะเวลายาวนาน มีลักษณะเชื่อมโยงกันไป หมดทุกสาขาวิชาไม่แยกเป็นวิชาแบบเรียนที่เรา เรียน แต่เป็นการเชื่อมโยงกันทุกรายวิชาทั้งที่เป็น เศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ การศึกษาและวัฒนธรรม จะผสมกลมกลืนเข้าด้วยกัน

อานันท์ กาญจนพันธุ์ (2544, หน้า 170-171) กล่าวว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นกระบวนการเรียนรู้ตลอด เวลาและในภูมิปัญญาท้องถิ่นมีกระบวนการเรียนรู้ อย่างต่อเนื่องจึงอาจเรียกได้ว่าภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็น ความรู้ที่ขึ้นอยู่กับปรับเปลี่ยนไปตาม สถานการณ์หากในสังคมต่าง ๆ ปราศจาก กระบวนการเรียนรู้ถึงแม้จะมีปัญญาก็ไม่ได้กับ การพัฒนา เพราะการพัฒนา หมายถึง สถานการณ์ ที่ไม่คงที่สถานการณ์ที่ผันแปรตลอดเวลาที่มีการ เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาถ้าหากความรู้มิได้ผ่าน กระบวนการเรียนรู้ก็ไม่สามารถที่จะเท่าทันการ เปลี่ยนแปลงดังนั้น ภูมิปัญญาท้องถิ่นจึงต้องมีการ ปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษา ได้ให้ความหมาย ของ คำว่า "ภูมิปัญญา" หมายถึง องค์ความรู้ที่ได้ รับการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษรุ่นสู่รุ่น ผ่านวิถีการ ดำเนินชีวิต คำบอกเล่า ประสบการณ์ของบุคคล ซึ่ง อาจจะเป็นความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ความนับถือใน ตัวบุคคล ทำให้เกิดการประพฤติปฏิบัติที่ดีงามสืบ ต่อเนื่องกันมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยแต่ละแห่งจะมีความแตกต่างกันไปตาม บริบททางสังคม และสภาพแวดล้อมเนื่องจาก ภูมิปัญญาของชาวบ้านเกิดขึ้นจากพฤติกรรมใน การดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อสามารถดำรงชีพได้ อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของบุคคล

ประโยชน์ของภูมิปัญญา

ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นเรื่องที่มีความ สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ที่ต้องพึ่งพา ทรัพยากรธรรมชาติในพื้นที่สร้างความสมดุล ระหว่างคนในสังคม และธรรมชาติได้อย่างยั่งยืน เป็นสิ่งที่บรรพบุรุษไทย ได้สร้างสรรค์ และมีการ ทอดมาอย่างต่อเนื่อง จากอดีตสู่ปัจจุบัน ทำให้ คนในชุมชนเกิดความรัก และความภาคภูมิใจ ที่จะ ร่วมแรงร่วมใจสืบสานต่อไปในอนาคต เนื่องจาก ภูมิปัญญาทำให้เกิดความสามัคคีของคนในชุมชน ภูมิปัญญาสามารถปรับประยุกต์หลักธรรมคำสอน

ทางศาสนาใช้กับวิถีชีวิตได้อย่างเหมาะสม และสามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับยุคสมัย (สำนักสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม (สำนัก 6) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2554)

ดังนั้นภูมิปัญญาอาจจะเป็นสิ่งที่มีใช้รูปธรรมอย่างชัดเจน แต่อาจจะหมายถึงองค์ความรู้ แนวทางปฏิบัติเพื่อให้มนุษย์สามารถอยู่ร่วมกับธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมรอบตัวของตนเองได้อย่างปกติสุข ทั้งนี้อาจมีผลทางจิตใจ มีการถ่ายทอดจากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่งโดยไม่ผ่านกระบวนการของเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่แพร่หลายในปัจจุบัน

ระเบียบวิธีวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าได้ทำการรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปางที่ลงทะเบียนเรียนวิชาภูมิปัญญาไทยกับการดูแลสุขภาพ จำนวน 57 คน ในปีการศึกษา 2559 โดย อาจารย์ผู้รับผิดชอบวิชาได้ทำการมอบหมายใบงานให้นักศึกษาเขียนเล่าประสบการณ์ในหัวข้อ "ภูมิปัญญาไทยกับการดูแลสุขภาพ" โดยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ช่วงเดือน พฤษภาคม – กรกฎาคม 2560 หลังจากนั้น อาจารย์ผู้รับผิดชอบวิชาได้ตระหนักถึงองค์ความรู้ดังกล่าว เพื่อเป็นการอนุรักษ์และสืบสานภูมิปัญญาไทย จึงได้นำมาเรียบเรียงเพื่อเผยแพร่ ให้บุคคลที่สนใจต่อไป

ผลการศึกษา

จากการบอกเล่าประสบการณ์ภูมิปัญญาของนักศึกษาพยาบาลภายใต้ใบงานที่ได้รับมอบหมาย (วรรณดี เนียมสกุล และคณะ, 2557) จำนวน 57 คน นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาที่มีภูมิลำเนาจากภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ซึ่งผู้ศึกษา

ได้รวบรวมโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ภูมิปัญญาที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีลักษณะคล้าย ๆ กัน ลักษณะภูมิประเทศที่มีความสลับซับซ้อนของเทือกเขาต่าง ๆ ทำให้วิถีชีวิตความเป็นอยู่มีความคล้ายเคียงกัน พบว่า มีทั้งเป็นแบบพิธีกรรมที่เกิดจากความเชื่อ กลายมาเป็นวิถีปฏิบัติในการรักษาโรคต่าง ๆ ตามความเชื่อของบุคคล ตลอดจนการใช้สมุนไพรที่มีในท้องถิ่นในการรักษา ดูแลสุขภาพ ยามเจ็บไข้ได้ป่วย หรือแก้อาการต่าง ๆ โดยจะแบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นการนำเสนอภูมิปัญญาของทางภาคเหนือในด้านพิธีกรรมในการดูแลสุขภาพรักษาสุขภาพ และส่วนที่สองจะเป็นการนำเสนอภูมิปัญญาในการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ (สำนักการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

ภูมิปัญญาของทางภาคเหนือในด้านพิธีกรรมในการดูแลสุขภาพรักษาสุขภาพ ในเขตภาคเหนือตอนบนของประเทศไทยในสมัยอดีตการเดินทางไปพบแพทย์แผนปัจจุบันเป็นไปด้วยความยากลำบาก เนื่องจากพื้นที่แต่ละแห่งอยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาลของรัฐ ทำให้การวินิจฉัยโรคจากการเจ็บป่วย เป็นไปตามความเชื่อของชาวบ้าน โดยการถามร่างทรง หรือคนทรงเจ้าที่เป็นที่นับถือของคนในหมู่บ้าน เมื่อใดที่มีชาวบ้านเจ็บไข้ได้ป่วย ไม่สามารถรักษาให้หายจากอาการเจ็บป่วยได้ ร่างทรงก็จะเชิญวิญญาณผีบ้าน ผีเรือน เพื่อสอบถามอาการของผู้ป่วยว่าเกิดจากสาเหตุใด ซึ่งอาจจะเกิดจากกินอาหารผิดสำแดง หรือป่วยเพราะโดนไสยศาสตร์ซึ่งเกิดจากความเชื่อของคนในชุมชนที่แตกต่างกันไป

การรักษาอาการเจ็บป่วยตามร่างกาย จะใช้การรักษาโดยวิธีแหก เป็นการนำใบพลู 9 ใบ เป้าคาตา และรดน้ำมนต์ ทำอย่างต่อเนื่องจนอาการดีขึ้น หลังจากนั้นก็อาจจะมีพิธีกรรมการสะเดาะเคราะห์ในการเสริมดวงชะตาของผู้ป่วยเป็นพิธีกรรมเพื่อเรียกขวัญและกำลังใจของผู้ที่ได้รับ

อุบัติเหตุ หรือป่วยหนัก โดยต้องใช้ผู้ชายที่บวชเรียนแล้วเป็นผู้ทำพิธี ซึ่งจะต้องมีการทำดวงที่ทำขึ้นจากหยวกกล้วย ที่ประกอบด้วย หุ่นปั้นที่ทำจากดินเหนียวที่เปรียบเสมือนตัวแทนของผู้ที่ต้องการสะเดาะเคราะห์ กับข้าว หวี กระเจก โดยมีการทำพิธีสวดมนต์ เพื่อขอขมาเจ้ากรรมนายเวรของผู้ที่ประสบอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วย หลังจากเสร็จสิ้นพิธีกรรม ก็ต้องต้มน้ำ และอาบน้ำที่ได้มาจากพิธีกรรม เป็นเวลา 3 วัน นอกจากนี้ยังมีพิธีกรรมที่สามารถทำร่วมกับพิธีกรรมการสะเดาะเคราะห์ คือ พิธีกรรมการสู่ขวัญ เป็นพิธีกรรมที่ใช้สร้างขวัญและกำลังใจ เป็นความเชื่อที่ว่า ร่างกาย คือ ธาตุ และจิตใจ คือ ขวัญ ซึ่งมี 32 ขวัญ ตามความเชื่อของชาวล้านนา ถ้าหากเจ็บป่วย ก็จะมีขวัญหาย ต้องทำพิธีเรียกขวัญ เพื่อให้ขวัญเจ็บป่วย ซึ่งมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้ คือ เตรียมบายศรีสำหรับสู่ขวัญ ที่ประกอบด้วย ไข่ต้ม ข้าวหนึ่ง ถ้วย เหล้า ไก่ ของหวาน ด้านสายสิญจน์สำหรับผูกข้อมือ หม้อที่มีรอยเขม่าติด (ภาษาท้องถิ่นเรียก “ขี้หมิ่นหม้อ”) โดยจะให้พ่อหนานทำพิธีสู่ขวัญ มีการป้อนข้าวขวัญ ผูกข้อมือ ฝากขวัญกับปู่ย่าด้า ซึ่งจะให้ผู้สู่ขวัญนำข้าว 1 ปั้น และกล้วย 1 ลูก นำไปวางที่หม้อมีหมิ่น และกล่าวฝากขวัญ เป็นการเสร็จพิธี (หม้อมีหมิ่นติด ต้องเป็นหม้อดินที่ผ่านการใช้งานโดยใช้ถ่านขาวเหนียวเชื่อว่า เป็นปู่ย่าด้า

ในกรณีที่มีผู้ป่วยที่กระดูกหัก หรือป่วยเป็นโรคอ้วน อากาศปวดท้อง โรคผิวหนัง ในท้องถิ่นจะมีหมอเป่าที่ทำหน้าที่รักษาอาการโดยวิธีการเป่า ผู้ที่ทำหน้าที่นี้จะเป็นผู้ที่ได้รับความเคารพนับถือจากคนในชุมชน เป็นผู้ปฏิบัติรักษาดี โดยถูกกล่าวนามว่า “หมอเป่า” ซึ่งจะทำให้การรักษาโดยการเสกคาถาอาคม ร่วมกับการเคี้ยวกระเทียม หรือเคี้ยวหมาก และในแถบภาคเหนือตอนล่างจะพบหมอเป่ากวักชุย โดยจะเตรียมเหล้าขาว หรือเหล้าที่ผลิตเองโดยชาวบ้านในท้องถิ่น โดยหมอเป่าจะมีการท่องคาถาลงไปในเหล้า แล้วนำเหล้าดังกล่าวไปลูบบริเวณที่บาดเจ็บ ส่วนใหญ่จะเป็นบริเวณหัวเข่า ขา

มือ และแขน โดยจะลูบไปทางที่ออกไปจากตัวผู้ป่วย พร้อมกับบริกรรมคาถา เนื่องจากการเป่ากวักชุยนี้เป็นการเป่าเพื่อรักษาอาการต่าง ๆ ที่เกิดจากกระดูก เส้นเอ็น หรือกล้ามเนื้อ โดยมีความเชื่อว่าจะสามารถช่วยให้เส้นเอ็น หรือกระดูกสามารถประสานกันได้เร็วขึ้น ซึ่งสามารถทำไปพร้อมกันกับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน

นอกจากนี้ยังมีพิธีกรรมที่แตกต่างจากพิธีกรรมที่ถ่ายทอดกันมาตามความเชื่อในการรักษาอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ สะท้อนให้เห็นกุศโลบายอันแยบยลของบรรพบุรุษในการสร้างขวัญและกำลังใจของผู้ที่เจ็บไข้ได้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับสุภาษิตคำพังเพยไทยที่กล่าวไว้ว่า “จิตเป็นนายกายเป็นบ่าว” 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 มีฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อรา แบคทีเรีย และเชื้อไวรัส ในขณะที่ใบย่านาง มีสรรพคุณในการแก้ไข แก้กเืองสุรา กระตุ้นระบบขับถ่าย โดยนำมาต้ม เพื่อต้ม วันละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ ¼ แก้ว จะทำให้พิษไข้ที่เกิดจากอีสุกอีใสทุเลาลง นอกจากนี้รอยแผลที่เกิดจากโรคอีสุกอีใส จะใช้ใบเสลดพังพอน มาบดให้ละเอียดผสมกับดินสอพอง

หาที่บริเวณแผลจะช่วยบรรเทาอาการคัน และทำให้แผลแห้งเร็ว ทั้งนี้ใบย่านางยังมีสรรพคุณในการป้องกันโรคเกิดโรคเกาต์ โดยนำใบย่านางมาต้มคั้นเอาน้ำ สามารถดื่มรับประทานได้เลย เก็บไว้ได้ประมาณ 3-5 วัน

สำหรับเด็กผู้หญิงที่อยู่ในระดับชั้นอนุบาล และประถมศึกษา จะพบว่า เด็กผู้หญิงส่วนใหญ่จะเคยเป็นเหา อาจจะเนื่องจากขาดการดูแล เอาใจใส่สุขภาพของเส้นผมและหนังศีรษะ ตลอดจนเป็นอาการที่สามารถติดต่อได้ง่ายจากความใกล้ชิดกันเด็ก ทำให้ผู้ปกครองต้องทำการดูแลลูกหลานที่เป็นผู้หญิงเพื่อการกำจัดเหา โดยการใช้ใบน้อยหน่า คือนำใบน้อยหน่า ประมาณ 1 กำมือ ล้างให้สะอาด นำมาโขลกให้ละเอียดผสมน้ำ แล้วนำไปชโลมบนหนังศีรษะให้ทั่ว นำผ้ามาคลุมไว้ประมาณ 1 ชั่วโมง แล้วล้างออกด้วยน้ำสะอาด ทำซ้ำประมาณ 2-3 ครั้ง เว้นระยะห่าง 1 สัปดาห์ ซึ่งยาที่ใช้ในการรักษาเหาสามารถหาได้ตามบ้านของตนเอง ประหยัดค่าใช้จ่าย ง่ายต่อการดำเนินการ และประหยัดค่าใช้จ่าย อีกทั้งไม่มีสารเคมีตกค้างในร่างกายของผู้ที่เป็นโรคเหาอีกด้วย นอกจากนี้ผลน้อยหน่ายังช่วยในการรักษาผิได้อีกด้วย โดยการนำผลน้อยหน่าแห้งมาบดละเอียด ผสมกับน้ำทาบริเวณรอบที่เป็นตุ่มฝี จะรู้สึกเย็นบริเวณรอบแผล สามารถลดอาการปวดบวม อีกเสบได้ สามารถทำได้บ่อยครั้งตามต้องการ จะเห็นได้ว่าสมุนไพรบางชนิดผลิตผลต่าง ๆ ของสมุนไพร สามารถนำมาใช้รักษาอาการต่าง ๆ รวมถึงการดูแลสุขภาพได้อย่างหลากหลายเป็นองค์ความรู้ที่ควรมีการถ่ายทอดให้แก่ชุมชนรุ่นหลัง เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองให้ปลอดภัยจากสารเคมีต่าง ๆ ที่เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน

ในกรณีที่คนในครอบครัวเกิดบาดแผลสด สามารถที่จะหาสมุนไพรมารักษาได้ โดยใช้การผื่นต้น เป็นชื่อที่เรียกในท้องถิ่นของภาคอีสานภาคเหนือจะเรียกว่า มะหุงแดง และภาคกลางจะเรียกว่ามะละกอฝรั่ง มี ลักษณะคล้ายต้นมะละกอ โดยใช้ยางจากต้นนี้ทาบริเวณที่เกิดบาดแผล ช่วยสมาน

แผล ทำให้แผลประสานกัน แห้งและหายไว แทนการรักษาแผลสดที่ใช้ ยาแผลแดง หรือยาแผลเหลืองในปัจจุบัน

เนื่องจากในอีกผลิตภัณฑ์การดูแลเส้นผมและหนังศีรษะยังไม่เป็นที่แพร่หลายในปัจจุบัน จึงได้มีการนำผลมะกรูดที่มีสรรพคุณในการช่วยดูแลเส้นผมมาใช้ในการดูแลหนังศีรษะ ขจัดรังแค และแก้ผมหงอกแทนการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของสารเคมีในปัจจุบัน โดยการนำผลมะกรูดมาอย่างไฟ ให้สุกพอประมาณ หลังจากนั้นนำมาผสมกับน้ำข้าวข้าวและผลส้มป่อย แช่ผสมกันไว้ 15 นาที นำไปชโลมทั่วหนังศีรษะ ทิ้งไว้อีก 15 นาที นำมาหมักผม หลังจากนั้นล้างผมให้สะอาด แล้วใช้หวีสางผมเอาใบมะกรูดที่ติดกับเส้นผมออก ทำเป็นประจำเดือนละ 1-2 ครั้งจะพบว่า เส้นผมดกเงางาม อีกเรื่องเล่าหนึ่งจากคุณยายวัย 89 ปี ที่ถ่ายทอดภูมิปัญญาความรู้ให้แก่ลูกหลานฟัง คุณยายบอกว่า “มะกรูดช่วยแก้ไข แก่ท้องเพื่อทำให้ผมดกเงางาม น้ำข้าวข้าว ช่วยบำรุงเส้นผม ไม่เป็นรังแค ถ้านำมาล้างหน้าจะช่วยให้ผิวบริเวณใบหน้าไม่มัน หน้าขาวนวลได้อีกด้วย”

ในชนบทจะมีหมอยาเมืองที่เปรียบเสมือนปราชญ์ชาวบ้านในปัจจุบัน ที่ทำหน้าที่คอยให้คำแนะนำการใช้สมุนไพรในท้องถิ่นที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น ดอกหญ้าน้ำค้าง จะใช้ในการแก้ท้องมาน และบำรุงตับ บำรุงหัวใจ ธาตุต่าง ๆ ในร่างกาย, ผักหนามปวยล่า ใช้ในการแก้ปวดท้อง ปวดตามข้อ บำรุงกำลัง, รากหญ้าขัด แก้อาการท้องเสีย โรคกระเพาะ ขับโลหิต เมื่อนำสมุนไพรทั้งสามมาต้มรวมกับข้าวสาร 7 เม็ด ต้มจนเดือด และนำมาดื่ม 3 เวลาหลังมื้ออาหาร สามารถแก้อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ ปวดท้องต่าง ๆ และบำรุงกำลังได้เป็นอย่างดี

ในขณะที่ภูมิปัญญาที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากการถอดบทเรียน พบว่า มีพิธีกรรมต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับการดำรงชีวิต กล่าวคือ พิธีช้อนขวัญ ถ้าในภาคเหนือจะเรียกพิธีนี้ว่า “พิธีฮ้องขวัญ” เป็นพิธีการที่ใช้เรียกขวัญและกำลังใจของผู้ที่ประสบอุบัติเหตุ โดยการ

ให้ญาติพี่น้องหรือสมาชิกในบ้านนำผู้ประสบอุบัติเหตุนอนอย่างไพล่อยู่บนแคร่ไม้ โดยใช้ใบพลับพลึง ใบละหุ่ง หรือใบหนาด อย่างใดอย่างหนึ่ง และผ้าห่มผืนบาง ๆ ปูรองไว้ จุดไฟในเตาถ่านให้ความร้อนพอประมาณ และให้ผู้พกรีเป็นคนคอยดูไฟเพื่อไม่ให้ร้อนจนเกินไป ซึ่งพิธีกรรมดังกล่าวจะดำเนินการโดย “หมอธรรม” โดยจะจัดดอกไม้รูปเทียนไปยังจุดเกิดเหตุ เพื่อเรียกขวัญให้กลับมาอยู่กับตัวของผู้ป่วย เป็นพิธีกรรมทางความเชื่ออีกอย่างหนึ่งทางภาคอีสานที่นิยมปฏิบัติหลังจากมีสมาชิกในบ้านได้รับอุบัติเหตุ

สมุนไพรที่เป็นที่นิยมใช้ในการรักษาบาดแผลสดในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ “สาบเสือ” เป็นสมุนไพรพื้นบ้านที่หาได้ง่ายตามครัวเรือน โดยการนำมาใช้รักษาแผลสด คือ นำมาขยี้ให้ละเอียดพอสมควรแล้วพอกบริเวณแผลสด เลือดจะหยุดไหล หลังจากนั้นค่อยทำแผล นอกจากนี้ในอดีต คนที่อาศัยอยู่ตามชนบท มักจะมีกิจกรรมเข้าป่าล่าสัตว์ สมุนไพรที่เรียกว่าสาบเสือจะทำหน้าที่เปรียบเสมือนเลื่อยเกราะให้กับพราน โดยการนำมาทาบริเวณทั่วลำตัว เนื่องจากกลิ่นที่แรงจากสมุนไพรดังกล่าว ทำให้สัตว์ต่าง ๆ ที่ได้กลิ่นสมุนไพรสาบเสือต่างไม่กล้าเข้าใกล้ เพราะเข้าใจว่าเป็นเสือ ด้วยเหตุนี้จึงเป็นที่มาของชื่อสมุนไพร “สาบเสือ”

“ใบหนาด” เป็นสมุนไพรอีกชนิดหนึ่งที่เป็นที่นิยมในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แก้อาการปวดเมื่อยต่าง ๆ ตามร่างกาย ด้วยวิถีชีวิตของชาวชนบท ส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนินกิจกรรมทางการเกษตร ทำให้ต้องใช้แรงงานในการทำงาน จึงมีอาการปวดเมื่อยล้าที่เกิดจากการทำงานระหว่างวัน ใบหนาดจึงถูกนำมาใช้ในการรักษาอาการปวดเมื่อยอยู่บ่อยครั้ง เพราะสามารถหาได้ง่ายในท้องถิ่นและราคาไม่แพง โดยเอามาต้มใส่น้ำอาบ เพื่อให้ซึมลงสู่ผิวหนัง อีกทั้งยังทำให้รู้สึกสดชื่น

“เปลือกต้นแค” แก่โรคร้อนใน โดยการนำเอาเปลือกข้างในต้นแคที่เป็นสีขาวมาเคี้ยวให้ยาง

ของต้นแคจนเกิดรสชาติฝาดในปาก อมไว้ในปากประมาณ 2-3 นาที แล้วจึงคายทิ้งหรือสามารถกลืนเลยก็ได้ แทนการรักษาแผลร้อนในในปากด้วยยาทาแผนปัจจุบัน

นอกจากนี้ยังมีเครื่องปรุงรสที่มีอยู่ในทุกบ้าน ๆ ในการช่วยรักษาอาการต่าง ๆ เช่น “เกลือแกง” เป็นเครื่องปรุงรสชนิดหนึ่งที่อยู่คู่กับครัวไทยมานานแสนนาน นอกจากเกลือแกงให้รสเค็มสำหรับการปรุงอาหารแล้ว ยังสามารถนำมาใช้ในการรักษาอาการปวดฟัน ปวดเหงือก ซึ่งสรรพคุณที่ช่วยในการขจัดหินปูน และฆ่าเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก และยับยั้งการเกิดกลิ่นปาก โดยเอาเกลือแกงมาใช้แทนยาสีฟัน หรือนำเกลือแกงทาบริเวณที่ปวดหรือปวดคลึงเพื่อบรรเทาอาการปวดในช่องปาก นอกจากนี้การนำเอาเกลือแกงมาผสมกับน้ำมะนาว ยังช่วยลดอาการไอ ขับเสมหะ ได้เป็นอย่างดี

นอกจากทางภาคเหนือจะมีหมอยาที่ทำหน้าที่รักษาอาการต่าง ๆ ทางสุขภาพโดยใช้สมุนไพรพื้นถิ่นในการรักษา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีหมอยาฮากไม้ที่ใช้รากของสมุนไพรต่าง ๆ ในการรักษาอาการต่าง ๆ เช่นกัน โดยจะมีการปรุงยารักษาตามอาการที่แสดง โดยนำเอารากสมุนไพรที่มีสรรพคุณต่าง ๆ มาฝน และจะมีพิธีการครอบครูหรือบูชาครูด้วยขันดอกไม้ รูปเทียน เครื่องหอม และเงินจำนวนหนึ่ง จากนั้นจึงเริ่มฝนยา โดยนำรากสมุนไพรที่มีสรรพคุณรักษาอาการตามที่ได้รับแจ้งมาฝนกับแผ่นหินที่มีขนาดเท่าฝ่ามือ เมื่อฝนแล้วก็เอาแผ่นหินจุ่มลงน้ำ ด้วยที่ฝนออกจะละลายในน้ำ เป็นน้ำยาที่สกัดออกมา ซึ่งในแถบภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะเรียกว่า “ยาซุม” สามารถนำมาดื่มแทนน้ำใช้ในการรักษาอาการต่าง ๆ

ถึงแม้ว่าวิวัฒนาการในปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าในทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแล รักษาสุขภาพของมนุษย์อย่างแพร่หลาย แต่ยังมีภูมิปัญญาบางอย่างที่ยังทรงคุณค่าต่อการดำเนินชีวิตอย่างลึกซึ้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสุขภาพสตรี ที่ไม่

ว่าระยะเวลาจะผ่านไปนานแสนนานแค่ไหน ภูมิปัญญาในการดูแลตนเองหลังคลอดยังคงเป็นตำนานที่สืบทอดจากรุ่นสู่รุ่น (อรทัย แซ่ตั้ง, 2556) ในภาคเหนือ เรียกว่า “การอยู่ไฟ” หรือ “การอยู่เดือน” ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะเรียกว่า “การย่างไฟ” “การอย่างไฟ” หรือ “การอยู่กรรม” ถึงแม้ชื่อจะเรียกแตกต่างกันไปตามท้องถิ่น แต่ขั้นตอนหรือวิธีการไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ การอยู่ไฟเป็นการฟื้นฟูสุขภาพร่างกายของผู้หญิงหลังคลอด ลดความเจ็บปวดต่าง ๆ หลังคลอดได้เป็นอย่างดี มดลูกเข้าอู่ได้ไว ช่วงระยะเวลาที่อยู่ไฟจะต้องดื่มน้ำอุ่น อาบน้ำอุ่น ห้ามรับประทานของเย็น ระยะเวลาที่อยู่ไฟ ประมาณ 7-30 วัน ขึ้นอยู่กับความเชื่อของคนในแต่ละท้องถิ่น นอกจากนี้การอยู่ไฟยังมีขั้นตอนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอีก เช่น การนวดประคบ โดยใช้ลูกประคบที่ห่อด้วยสมุนไพรต่าง ๆ เช่น ขมิ้น ตะไคร้ การบูร ใบส้มป่อย มานวดตามร่างกายและเต้านม เพื่อช่วยลดอาการปวดเมื่อยและรักษาแผลฝีเย็บหลังคลอด การเข้ากระโจมและการอบสมุนไพร เป็นการอบตัวด้วยไอน้ำ ที่มาจากน้ำต้มสมุนไพรต่าง ๆ ทำให้ผิวพรรณเปล่งปลั่ง การนวดหม้อเกลือหรือการทาบหม้อเกลือ เป็นการใช้หม้อเกลือมาประคบหน้าท้อง และส่วนต่างๆ ของร่างกาย จะช่วยขับน้ำคาวปลาและช่วยให้มดลูกหดตัว เข้าอู่เร็วขึ้น ซึ่งขั้นตอนต่างๆ ที่เกิดขึ้นของการดูแลหญิงหลังคลอดมักจะมีคำแนะนำต่อเนื่องกันเนื่องจากเป็นความเชื่อที่ว่า สตรีที่เพิ่งคลอดลูกจะต้องดูแลตนเองมากกว่าปกติ เพราะต้องฟื้นฟูร่างกายตนเอง และเตรียมพร้อมเพื่อที่จะให้นมบุตร

คนในท้องถิ่นส่วนมากไม่นิยมไปหาแพทย์แผนปัจจุบัน เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการเดินทางอาจจะสูง หรือจำนวนผู้เข้ารับบริการทางการแพทย์ที่เป็นจำนวนมาก ทำให้คนในชนบทส่วนใหญ่มองว่า ถ้าหากไม่ได้มีอาการเจ็บป่วยขั้นรุนแรง หรือล้มหมอนนอนเสื่อ ก็จะไม่หาวิธีดูแลรักษาสุขภาพ ตามวิถีชีวิตในท้องถิ่นของตนเอง ดังนั้นประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ถูกได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ต่าง ๆ ในการ

ดูแลสุขภาพผ่านเรื่องเล่า พิธีกรรม การดำเนินชีวิตต่าง ๆ สะท้อนให้เห็นว่า องค์ความรู้ต่าง ๆ 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 นอกจากนี้ภูมิปัญญาในการใช้สมุนไพรท้องถิ่นในการรักษาสุขภาพของตนเอง เป็นสิ่งที่ปรากฏอย่างชัดเจนในอดีต (อุทิศ เชาวลิขิต, 2549) ในขณะนี้ปัจจุบันความรู้ในการใช้สมุนไพรพื้นบ้านได้เลือนรางลงไป จากความทันสมัยทางการแพทย์และการพยาบาลที่เข้ามามีบทบาทมากขึ้น อย่างไรก็ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นองค์ความรู้ที่มีการสืบทอดจากบรรพบุรุษ ถึงแม้ว่าจะมีการนำวิทยาการการรักษาสสมัยใหม่เข้ามาใช้ในการดูแลสุขภาพ แต่ก็ควรตระหนักถึงภูมิปัญญา โดยสามารถนำภูมิปัญญาและการรักษาแผนปัจจุบันมาใช้ร่วมกันในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพอย่างสูงสุด ประกอบกับเป็นการรักษาความรู้ ภูมิปัญญาต่าง ๆ ของคนไทยให้สืบทอดไปตราบนานเท่านาน

เอกสารอ้างอิง

- กรมส่งเสริมวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม. (2559). *วัฒนธรรม วิถีชีวิต และภูมิปัญญา*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: รุ่งศิลป์การพิมพ์ จำกัด.
- วรรณวดี เนียมสกุล และคณะ. (2557). *ประสบการณ์ชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในการบริการวิชาการที่บูรณาการงานทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมกับการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ 1*. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตต์, 6(2), หน้า 60-73.
- วัฒนะ กัลป์ยาพัฒนกุล. (2551). *การสร้างสรรค์และการเผยแพร่วัฒนธรรมไทยอ้างอิงในวัฒนธรรมไทย* หน้า 189-207. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย: กรุงเทพฯ.
- สำนักงานแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม (สำนัก 6) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2554) *จดหมายข่าว: เพื่อสร้างสุข ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการสร้างเสริมสุขภาพ*. สืบค้นเมื่อ 11 กรกฎาคม 2560 จาก <http://www.thaihealth.or.th/data/ecatalog/328/pdf/328.pdf>
- อรทัย แซ่ตั้ง. (2556). *รายละเอียดประสบการณ์ภาคสนาม (มคอ. 3) วิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 ประจำปีภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2556*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรดิตต์: อุดรดิตต์.
- สุวิทย์ เชาวลิตร. (2549). *ภูมิปัญญาไทยและภูมิปัญญาท้องถิ่นอ้างอิงในวิถีไทย* หน้า 245-278 พิมพ์ครั้งที่ 4. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต: กรุงเทพฯ.

A09: Ordinary Happiness from Being Mobile: Experiences of Thai Older Persons Using Assistive Mobility Technologies

Thaworn Lorga¹, RN, PhD, Kawaree Watalo², Calita Dhammasit², Chwarin Manochai², Nonticha Promwong², Nusarin Tubwai², Prapaporn Madee², Parichat Pangkaew², Mantila Saejall², Rungsiya Danintha², Sutita Dangdum²

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*



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 clear object 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 person 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

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:



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 old)

"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)

*"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 refers 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.

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)

"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.

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'm 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-rolling, 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).

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 for 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"
Chuchuan (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.

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 on others refers to the older person's ability to help themselves, they could move by themselves. They are independent. For example:

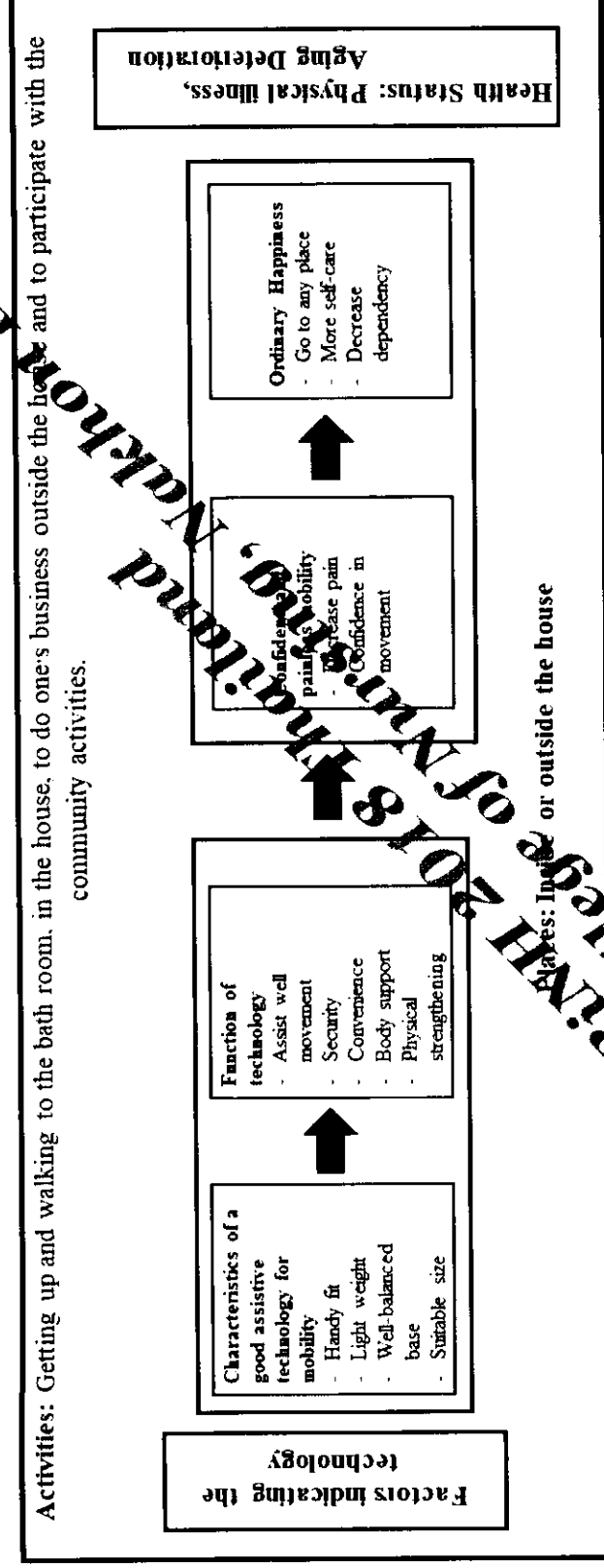
*"I am heavy, at the early stages of my sickness, my son and daughter
had to carry me together. After I had an assistive device,
I could lift my full weight on the floor, I could help myself, I am independent"*
Manee (71 years old)

*"My son and daughter do not 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.

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 conveniently 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.

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 index 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;

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 according 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, Silpakorn University).
- Chittaphunkul, S., Suriyawongphaisan, P., Kunanusan, C., & Poolcharoen, W. (1999). *Health problems of Thai elderly 1*. Bangkok: Holistic Publishing.

- 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) Boromrajajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Lampang Province.
- Lorga, T. (2012). Fear of Fall in Older persons in Lampang Province. (unpublished) Boromrajajonani College of 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/tiskku/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://sportfreedomcup.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.

A11: Managing a Fine Line between Life Saving and Life Threatening: Experience of People undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

Piyatida Junlapeeya Ph.D., RN¹, Thaworn Lorga¹ Ph.D., RN, Kanokjan Youngsang²,
Kwanreudee Rattanatop², Pimpaka Kamfong², Suthinan Muenkid², Suwadee
Kongploy², Hathaichanok Chamthong², Akarapon Wongman²

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*

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

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."

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.

"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.

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 responsibility 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/NewsInformationDetail.aspx?newsid=MTA2Mg>.

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.

A10: Maintaining Water Balance: A Principal Mechanism in Controlling Symptoms associated with Heart Failure

Piyatida Junlapeeya¹ Ph.D., RN, **Thaworn Lorga¹ Ph.D., RN**, Jariya Ratanaporn², Kwannapa Jaikla², Jutamas Katamas², Ichaya Tonapo², Supatchaya Janpaung², Anchalee Srirapa², Reutairat Akaraserisakul²

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

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. Despite 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.

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)

"Previously, I had worked a little but now it makes me tired I can't work at all. (Female, Age 74)

"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.

"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 74₁)

"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, Age 74₁)

"The doctor once said that don't drink much water. It will flood the lungs." (Female, Age 74₂)

"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 74₁)

"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.

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 74₂)

"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 74₂)

"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 74₁)

"My daughter prepares medicine for me every day. I can't remember doing it myself." (Female, Age 74₁)

"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 74₂)

"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)

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.
- Kumkunthod, 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).

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): 14-16.

Tangvichitsakul, S. (2007). *Effect of self-management program on quality of life among heart failure patients*. (Master's Thesis). Chiang Mai University. (in Thai).

A19: An Oral Tradition of Homeostasis: A Qualitative Study of Local Wisdoms Used by Postpartum Thai Women in Lampang

Prissana Naunbooruang¹, Thaworn Lorga², Vannisa Tewin³, Thanaphon Rothom⁴,
Nittaya Wongtasang⁵, Pailin Singkaewyot⁶, Wanida Yotawut⁷, Sararat Sriyod⁸, Saifa
Palasee⁹, and Anuwat Kakaewand¹⁰

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 15 participants 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*

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

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.

RESEARCH ETHICS APPROVAL

The research proposal was submitted to the Ethics Committee for Human Research at Boromarajonani 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

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 even 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.

"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 (*Zassumunar* 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

"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.." Jeungtha

"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

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 by 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.

"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, and 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 ground 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 ground 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



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" Chon

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

"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 doors, 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. & Chuthaputh, 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 in trying 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.



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 tried 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

- Apikomkorn, 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

- 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.
- Namane, 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., Poanrai, A., & Chooaprapawan, 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, Mahasarakham Province. Thailand. Ministry of Public Health (2009). *History of the Development of Thai traditional medicine, local medicine, and alternative medicine in Thailand (2009-2010)*. Bangkok, the Ministry of Public Health, Thailand.
- Sae-Lim, J., Tanthai, K., Kharinworaphong, S. & Anantasaran, J., (2013). The co-application of thai medical practices and medical sciences in pregnancy cares: A case study of Moo Baan Thato, Amphoe 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

A08: Experiential, Expressive and Equilibrium Belongingness: Psycho-spiritual Therapeutic Values of Senior Citizen Club for Octogenarian Members

Kesorn Maneewan¹, Payom Thinuan², Thaworn Lorga³,

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*

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 consistently 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 2025 (Ministry of Social Development and Human Security, 2009). And, a study of the present population structure, found that the population of Thailand now is 623,000 people. There are 9,517,000 people whose ages are above 60 years which accounted for 1.53 % and there are 6,408,000 people whose ages are above 65 years which accounted for 0.92 % (Boonchai, & Wongthawasu, 2012).

In Lampang Province, Northern 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 67,914 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. Furthermore, the center provides health promotion activities and rehabilitation services every Friday for older persons residing in Lampang municipality, 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. Furthermore, 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

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, Boromarajonani 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 describe 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 analyzed 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.

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, one each week, the octogenarian members receive knowledge about exercising provided by the instructors who are in charge 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 rest 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 Boonteam)

"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 Anusorn)

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, ...

"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 road, then they share or tell me, they tell it to me every Friday" (Mother Pankh)

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 Laos" (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

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. Now, 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)

"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 cempetencies at the center such as dancing, singing especially Joy-Sor (the Northern style narrative poem), and sewing bang 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 dance 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 if 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).

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 part 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 activities 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

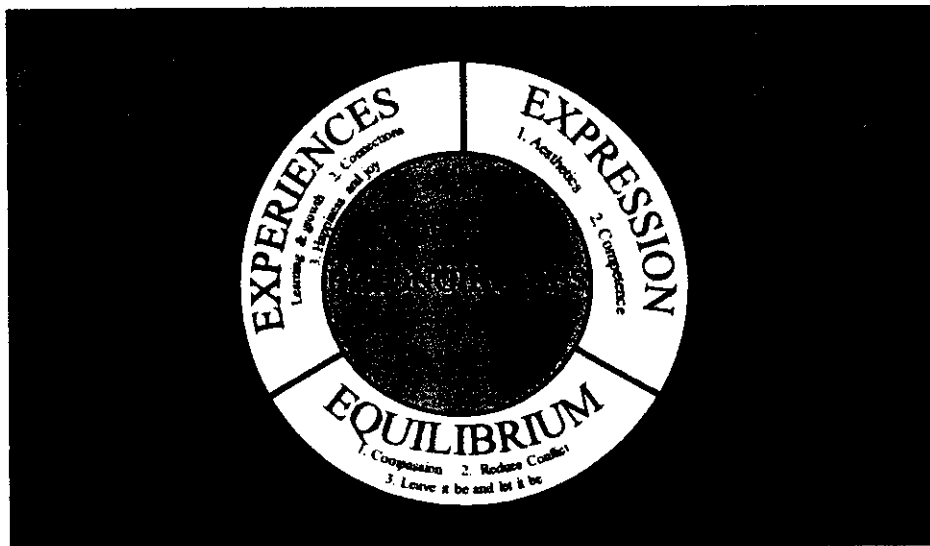
to gain knowledge and be able to apply it. It also provides them updates to current issues, especially about health.

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 therapy, poetry, journaling, reminiscence, 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. Hemingway, & Jack, (2013) stated in their study that for some elderlies, they describe 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 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.

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-spiritual 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; and 3) 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.

ACKNOWLEDGEMENT

The authors would like to express our appreciation to the octogenarian members who participated in this study, older persons and Boromrajonani 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 17 August, 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. (2016). Creativity in Older Adults: A Plethora of Possibilities. Retrieved on 17 August, 2017 from <https://pdfs.semanticscholar.org/492b/99a899e93a9749c3fb9c4585acd84f7c657f.pdf>