



วารสาร การพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา Nursing Public Health and Education Journal ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2559 ISBN 0859-3949

การพัฒนาสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมพหุปัญญาของนักศึกษาพยาบาล

* เนตรนภา กาบมณี, อรุณี หงษ์ศิริวัฒน์

การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ของสตรีอายุ 30-60 ปี ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขสตรี

* รุ่งอรุณ กามล, ธราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช, ศรัณญา เบญจกุล

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล
ที่มีเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

* ยุซอร เล้าะแม, วันธนี วิรุฬห์พานิช, พิสมัย วัฒนสิทธิ์

การจัดการบริการสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น ตามการรับรู้ของวัยรุ่นในชนบท จังหวัดอุดรธานี

* ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, วนิดา ศรีพรหมษา, ดวงพร ถิ่นถา, สติฉาภรณ์ สุระวิทย์, เทเวศริ ศรีจันทร์

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนตำบลสร้างกำแพง อำเภอภูพาน จังหวัดอุดรธานี

* บัวพา บัวระภา, ชัยยง ขามรัตน์, อัจฉรา จินวงษ์

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

* สุวิมลรัตน์ รอดรู้เจน

ผลของการประยุกต์กระบวนการอนามัยชุมชนร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย

* สุวัฒนา เกิดม่วง, ศักดิ์กร สุวรรณเจริญ, นิสา จันทวาล, สก, สุธานันท์ สุธิประเสริฐ, ธนิษฐา ทองนาถ, วสันต์ ปิ่นวิเศษ,
ศรีสุรางค์ เคหะนาถ, พรชัย ขุนคงมี, ชว. ใจ, ศิ. ไพบูลย์

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพธิ์

อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

* สุริยัน นันทา, ชัยวุฒิ บัณฑิต, เกษณ์ ขุนลึก

การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชุมชนกา

เมืองจากตาร ประเทศอินโดนีเซีย

* พิมพ์ใจ บุญปาล, ลุมนตรพร จอมจันทร์

อนาคตสภาพการบริหารจัดการการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับมัธยมศึกษาในทศวรรษหน้า(พ.ศ. 2558-2567)

* ไพรัช ภาชนะ

การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณลักษณะความกตัญญูของเด็กปฐมวัย

* นลินทิพย์ บุญเฉลยมรรค, สิริมา ภิญโญนันตพงษ์

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันการพลศึกษากลุ่มภาคกลาง

* เพียว เนตรประชา, พนมไพร ไชยงค์, สมพิศ ศิริโยธา

การคิดวิจารณ์งานและการคิดสร้างสรรค์ของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต:

ระดับทักษะของนักศึกษาในแต่ละชั้นปี

* กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ



วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2559 ISBN 0859-3949

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์ (Review Article) สาขาการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา

กำหนดการออกวารสาร

ทุกๆ 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)

มกราคม – เมษายน

พฤษภาคม – สิงหาคม

กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

312 หมู่ 11 ต.บ้านต๋อม อ.เมือง จ.พะเยา 56000

โทรศัพท์ 0-5443-1779 โทรสาร 0-5443-1869

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.เวทิน นพินิต

ผู้อำนวยการ Professional Associates of Thailand

ดร.สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

บรรณาธิการ

ดร.ปิ่นนธร ชัชรรัตน์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.กฤตพัทธ์ ฝึกฝน ดร. ดลนภา หงษ์ทอง

เลขานุการ

อาจารย์จรรยา แก้วใจบุญ

อาจารย์สมศรี ทาทาน

อาจารย์อัมพร ยานะ

อาจารย์รัฐญญากร โนใจ

อาจารย์สุพิชญา เสมอเชื้อ

นางสาว วินิตรา เพ็งเสงี่ยม

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.อุทัย ภิรมย์รัตน์

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

รองศาสตราจารย์ ดร.สุดารัตน์ ลิขิตสมบัติ

มหาวิทยาลัยเขื่อน

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพล นธการกิจกุล

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รองศาสตราจารย์ ดร.พรรณพิไล ศรีอารมณ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สิงห์ตง

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี

สุรนารี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมานจิต ภิรมย์รัตน์

ผู้อำนวยการหลักสูตรศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

ดร.บรรจง ไชยรินคำ

มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.ประจวบ แผลมหลัก

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.นุสรา ประเสริฐศรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สรรพสิทธิประสงค์

ดร.สุชาติ อินทรกำแหง ณ ราชสีมา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สวรรค์ประชารักษ์

นครสวรรค์

ดร.ปิ่นนธร ชัชรรัตน์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ดร.กฤตพัทธ์ ฝึกฝน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ดร.ดลนภา หงษ์ทอง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

สารบัญ

	หน้า
• การพัฒนาสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล	3
• การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขสตรี	14
• ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของมารดาที่มีเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	27
• การจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น ตามการรับรู้ของวัยรุ่นในชนบทจังหวัดอุดรธานี	43
• รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ตำบลสร้างก่อ อําเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี	57
• ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อําเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี	71
• ผลของการประยุกต์กระบวนการอนามัยชุมชนกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย	85
• การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพนสา อําเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย	97
• การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชุมชนกาสุภา เมืองจันทาร์ ประเทศอินโดนีเซีย	111
• อนาคตภาพการบริหารจัดการการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับมัธยมศึกษาในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2558-2567)	122
• การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณลักษณะความกตัญญูของเด็กปฐมวัย	135
• ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันการพลศึกษา กลุ่มภาคกลาง	144
• การคิดวิจารณ์ญาณและการคิดสร้างสรรค์ของนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต : ระดับทักษะของนักศึกษาในแต่ละชั้นปี	153



การพัฒนาสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมพหุปัญญา

ของนักศึกษาพยาบาล

The Environment In The Institution To Enhance Multiple Intelligence Of Nursing Students

เนตรนภัส กำปมณี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
ผศ.ดร.อรุณี หงษ์ศิริวัฒน์
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

แนวทางการพัฒนาสภาพแวดล้อมภายในวิทยาลัยพยาบาลเพื่อส่งเสริมพหุปัญญาของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 15 แนวทาง ประกอบด้วย 1) พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และการพัฒนาตนเองของนักศึกษา 2) พัฒนาศูนย์การเรียนรู้ด้วยตนเอง 3) พัฒนาหอพักเป็นศูนย์ศึกษาและอาศัย 4) สนับสนุนด้านอาคารสถานที่ในการทำกิจกรรม และการให้บริการแก่นักศึกษา 5) ส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง 6) พัฒนาสื่อการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการเรียนรู้และการคิดวิเคราะห์ของผู้เรียน 7) ส่งเสริมการประเมินผลการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ 8) กำหนดโครงสร้างกิจกรรมเสริมหลักสูตรให้ครอบคลุมการส่งเสริมพหุปัญญาของนักศึกษา โดยควรบูรณาการระหว่างฝ่ายวิชาการ และฝ่ายกิจการนักศึกษา 9) ส่งเสริมการดำเนินกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่สอดคล้องกับความถนัดและความสนใจของนักศึกษา 10) ส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตรของนักศึกษา 11) สนับสนุนการเผยแพร่ผลงาน/นวัตกรรม

ของชมรมทั้งภายในและภายนอกสถาบัน 12) พัฒนาภาวะผู้นำ ผู้ติดตาม และการทำงานเป็นทีมของนักศึกษา 13) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการบริหาร 14) พัฒนาการแนะแนวให้คำปรึกษาที่มุ่งสัมฤทธิ์ผลของนักศึกษา 15) พัฒนาหน่วยประสานงานและบริการนักศึกษา

คำสำคัญ : สภาพแวดล้อม/พหุปัญญา/นักศึกษาพยาบาล

Abstract

The environment within the nursing college to enhance the multiple intelligences of students were 15 cases included 1) Development of information technology to promote learning and personal development of students, 2) Develop self-access learning center 3) Develop living and learning center a campus student center and the residence. 4) Support in building activity and services to students 5) Promotion student-centered Instruction 6) Development of instructional



media 7) Promote Authentic assessment
8) Integrating the academic and Student Affairs structure to cover program activities to support multiple intelligences of students
9) Promotion of activities for students to meet the preferences and interests of students, 10) Promote participation in activities for students 11) Support the expansion of work / innovation community both within and outside the institution 12) Developing leadership and teamwork of students 13) Promote participation in the management 14) Develop guidance and counseling aimed at the achievement of students 15) Develop the coordination and student services.

Key words : The Environment/
Multiple Intelligences / Nursing Student

บทนำ

สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ในระดับอุดมศึกษามีบทบาท และภารกิจในการผลิตบัณฑิตทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพที่ตอบสนองความต้องการของสังคมในการบริการด้านสุขภาพ เป้าหมายสำคัญในการดำเนินการวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์ คือการได้บัณฑิตที่มีคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของหลักสูตร และมีสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี ตามที่สภาการพยาบาลกำหนด รวมทั้งมีคุณลักษณะที่สอดคล้องกับมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ กระบวนการในการพัฒนาคุณภาพบัณฑิตเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว นั้น นักศึกษาพยาบาลควรได้รับการส่งเสริมคุณลักษณะทางเชาว์ปัญญาอย่างครอบคลุม

แนวคิดเกี่ยวกับพหุปัญญา

การ์ดเนอร์ (Gardner) ได้พัฒนาทฤษฎีทางเชาว์ปัญญาขึ้นมาใหม่ โดยมีแนวคิดพื้นฐานจากประสาทวิทยาและจิตวิทยา ตั้งแต่ ปี ค.ศ.1983 ซึ่งแตกต่างจากแนวคิดเกี่ยวกับเชาว์ปัญญาตามทัศนะดั้งเดิมของนักจิตวิทยาในอดีตที่ผ่านมา โดยไม่ได้เน้นเฉพาะเชาว์ปัญญาเฉพาะองค์ประกอบด้านภาษา ด้านเหตุผล-คณิตศาสตร์เหมือนทฤษฎีแบบดั้งเดิม แต่ได้ขยายแนวคิดเกี่ยวกับความสามารถทางเชาว์ปัญญาไปสู่เรื่องทักษะทางกาย ละครดนตรี และการปรับตัว โดยเชาว์ปัญญาแต่ละแบบเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้ ทฤษฎีพหุปัญญามีรูปแบบที่พยายามอธิบายว่า บุคคลจะใช้ปัญญาในการแก้ปัญหาและออกแบบผลิตผลอย่างไร ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบของทฤษฎีอื่น ๆ ที่เน้นกิจกรรมการ แต่ทฤษฎีพหุปัญญาจะมุ่งในเรื่องมนุษย์ที่จะกระทำต่อบุคคล สิ่งแวดล้อม ฯลฯ โดยความฉลาดหรือเชาว์ปัญญาของมนุษย์เกี่ยวข้องกับความสามารถใน 1) การแก้ปัญหา 2) การออกแบบผลิตที่ทันสมัยในสถานการณ์หรือบริบทที่เป็นอยู่ในแต่ละแห่ง (อาร์ สลัดทวี่, 2552: 2,14)

การ์ดเนอร์ (Gardner, 1999) กล่าวถึงเชาว์ปัญญาว่าเป็นความสามารถในการแก้ปัญหาในสภาพแวดล้อมต่าง ๆ หรือการสร้างสรรค์ผลงานต่าง ๆ ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับบริบททางวัฒนธรรมในแต่ละแห่ง รวมทั้งความสามารถในการตั้งปัญหาเพื่อที่จะหาคำตอบและเพิ่มพูนความรู้ ประกอบด้วยปัญญาด้านภาษา ด้านการใช้เหตุผลเชิงตรรกะ-คณิตศาสตร์ ด้านมิติสัมพันธ์ ด้านดนตรี ด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและกล้ามเนื้อ ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านการเข้าใจตนเอง ด้านความเข้าใจธรรมชาติ และด้านการคิดใคร่ครวญ โดยแต่ละบุคคลจะมีความสามารถเฉพาะด้านที่แตกต่างกันออกไป



ความสามารถแต่ละด้านที่ผสมผสานกัน จะทำให้บุคคลมีแบบแผนซึ่งเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตน

จากทฤษฎีพหุปัญญาทำให้ต้องตระหนักว่าผู้เรียนมีความสามารถหรือศักยภาพที่หลากหลาย และการพัฒนาศักยภาพของบุคคลที่ควรได้รับการกระตุ้นหรือการส่งเสริมเพื่อให้เกิดการนำไปใช้ในบริบทต่าง ๆ โดยผู้สอนต้องเห็นคุณค่าของการพัฒนาและเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้พัฒนา รวมทั้งผู้สอนต้องมีความเชื่อมั่นพื้นฐานว่ามนุษย์ทุกคนสามารถพัฒนาได้ จากการได้รับสิ่งที่จะช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนพัฒนาศักยภาพพหุปัญญาในแต่ละด้าน (Silver et.al, 2000 อ้างถึงใน กิ่งฟ้า สีนวรงค์ และคณะ, 2545: 8-10)

การประยุกต์ทฤษฎีพหุปัญญาในการพัฒนาผู้เรียน

ทฤษฎีพหุปัญญา ได้ขยายขอบเขตของความหมายของเขาวัวปัญญาย่างกว้างขวางมากขึ้น จากเดิม ส่งผลให้การจัดการเรียนการสอนขยายขอบเขตไปอย่างกว้างขวางเช่นกัน การมองและเข้าใจเขาวัวปัญญาในความหมายที่แตกต่างกัน ย่อมก่อให้เกิดการกระทำที่แตกต่างกัน แคมเบล Campbell (1997) ได้เสนอแนวคิดในเรื่องการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพหุปัญญาในห้องเรียน ดังนี้

1. ใช้ในการนำเข้าสู่บทเรียน เช่น ผู้เรียนบางคน อาจเข้าใจกราฟ หรือรูปภาพ ได้ดีกว่าการบรรยาย
2. ใช้ในการเสริมบทเรียน ใช้ศิลปะหรือการละครในการเรียนวรรณคดี ใช้การเขียนหรือพูดบรรยายในการเรียนดาราศาสตร์ เป็นต้น ซึ่งแต่ละบทเรียนไม่จำเป็นต้องใช้ปัญญาทุกด้าน
3. ใช้ในการส่งเสริมการทำงานด้วยตนเอง โดยการให้ผู้เรียนได้คิด ริเริ่ม ค้นคว้า และดำเนินการทำโครงการของตนเอง ซึ่งผู้เรียนมีโอกาสใช้ปัญญาทุกด้าน

4. ใช้ในการประเมินผล โดยให้ผู้เรียนที่ทำโครงการหรือนำเสนอโครงการ ฝึกประเมินตนเอง และให้เพื่อน ๆ ช่วยประเมิน

5. ช่วยในการฝึกทักษะการปฏิบัติ จะเป็นการเพิ่มทักษะต่าง ๆ ให้กับนักศึกษา

นอกจากการเรียนการสอนในชั้นเรียน สถาบันการศึกษาสามารถพัฒนาพหุปัญญาของผู้เรียน ผ่านทางการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น

1. ปัญญาทางด้านการพูดและภาษาเขียน อาจใช้การอภิปราย ไดวาติ ดนตรี กลอน นวนิยาย หรือการฝึกพูดต่อหน้าชุมชน เป็นต้น
2. ปัญญาเชิงตรรกะ โดยการส่งเสริมให้ทำการออกแบบ ที่การค้นคว้า ทดลองสรุปเหตุผล เป็นต้น
3. ปัญญาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการจัดการแข่งขันกีฬา จัดทัศนศึกษา
4. ปัญญาด้านมิติสัมพันธ์ เช่น การแสดง ภาพถ่าย ภาพเขียน การทำกราฟ แผนที่หรือแผนภูมิ เป็นต้น
5. ปัญญาด้านดนตรี โดยแสดงการเล่นดนตรี หรือร้องเพลง ทำอุปกรณ์เครื่องดนตรี
6. ปัญญาด้านการเข้าใจผู้อื่น โดยการจัดกิจกรรมการให้บริการชุมชน การช่วยเหลือผู้อื่น ฝึกการให้และรับข้อมูลป้อนกลับ
7. ปัญญาด้านการเข้าใจตนเอง โดยการกำหนดเป้าหมายของงาน และดำเนินงานจนบรรลุเป้าหมาย การอธิบายความสามารถของตนเอง การบันทึกประจำวันเรื่องใดเรื่องหนึ่งของตนเอง การประเมินผลงานตนเอง เป็นต้น
8. ปัญญาด้านการเข้าใจธรรมชาติ โดยการสังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม เรื่องใดเรื่องหนึ่ง การเลี้ยงสัตว์หรือการดูแลต้นไม้ เป็นต้น



ทวีศักดิ์ ศิริรัตนเรขา (2549: 64) กล่าวถึง การนำทฤษฎีพหุปัญญามาประยุกต์ใช้ให้เกิด ประสิทธิภาพสูงสุด โดยเน้นความสำคัญใน 3 เรื่อง หลัก คือ 1) แต่ละคนควรได้รับการส่งเสริมให้ใช้ ปัญญาด้านที่ถนัดเป็นเครื่องมือสำคัญในการเรียนรู้ ในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมการเรียนรู้ 2) ควรมี รูปแบบที่หลากหลาย เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาที่มีอยู่ หลายด้าน และ 3) ในการประเมินการเรียนรู้ ควรวัด จากเครื่องมือที่หลากหลาย เพื่อให้สามารถครอบคลุม ปัญหาในแต่ละด้าน แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับ ทิศนา แคมมณี (2551: 89-90) สรุปแนวทางการนำ ทฤษฎีพหุปัญญามาใช้ในการเรียนการสอนมี หลากหลาย ดังนี้คือ

1. ผู้เรียนมีเชี่ยวชาญปัญญาในแต่ละด้านที่ แตกต่างกัน ดังนั้นในการจัดการเรียนการสอนควรมี กิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย ที่สามารถส่งเสริม เชี่ยวชาญปัญญาหลาย ๆ ด้าน

2. ผู้เรียนมีระดับพัฒนาการในเชี่ยวชาญปัญญา แต่ละด้านไม่เท่ากัน ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะต้องจัดการ เรียนการสอนให้เหมาะสมกับขั้นพัฒนาการในแต่ละ ด้านของผู้เรียน

3. ผู้เรียนแต่ละคนมีเชี่ยวชาญปัญญาแต่ละด้าน ไม่เหมือนกัน การผสมผสานของความสามารถด้านต่าง ๆ ที่มีอยู่ไม่เท่ากันนี้ ทำให้เกิดเป็นเอกลักษณ์ (uniqueness) และความแตกต่างที่หลากหลาย (diversity) การสอนควรเน้นการส่งเสริมความเป็น เอกลักษณ์ของผู้เรียน เน้นให้ผู้เรียนค้นหาเอกลักษณ์ ของตน ภาคภูมิใจในเอกลักษณ์ของตน เคารพใน เอกลักษณ์ของผู้อื่น รวมทั้งเห็นคุณค่าและเรียนรู้ที่จะ ใช้ความแตกต่างของแต่ละบุคคลให้เกิดประโยชน์ต่อ สังคม

4. ระบบการวัดและการประเมินผลการ เรียนรู้ ควรมีการประเมินหลาย ๆ ด้าน และในแต่ละ ด้านควรเป็นการประเมินในสภาพการณ์ของการ แก้ปัญหา การประเมินจะต้องครอบคลุมความสามารถ ของการแก้ปัญหาหรือการสร้างสรรค์ผลงาน

มีรายงานวิจัยที่นำเสนอเกี่ยวกับการส่งเสริม และพัฒนาพหุปัญญาของผู้เรียน เช่น นีออน พินประดิษฐ์ และคณะ (2550) พบว่า สภาพแวดล้อมในสถานศึกษา มีอิทธิพลทางตรงต่อพหุปัญญา และส่งอิทธิพล ทางอ้อมผ่านแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และการรับรู้ ความสามารถของตนเองซึ่งตัวแปรทั้ง 2 นี้มีอิทธิพล ทางตรงต่อพหุปัญญา และมีข้อเสนอแนะต่อ สถาบันการศึกษาในการพัฒนาพหุปัญญาของนักศึกษา ควรดำเนินการพัฒนาสภาพแวดล้อมภายในสถาบัน การศึกษาให้ครอบคลุมทั้งการเรียนการสอน การดำเนินกิจกรรมเสริมหลักสูตร รวมถึงการสนับสนุน ทางสังคมแก่นักศึกษา ส่วนในการจัดการศึกษา ทางกายภาพมีงานวิจัยที่ประยุกต์ทฤษฎีพหุปัญญา มาใช้ในการจัดการเรียนการสอน เช่น อเมอร์สัน (Amerson, 2006) ออกแบบวิธีการเรียนการสอนโดย การนำพหุปัญญา 8 ด้าน มาประยุกต์ใช้ให้มีวิธีการ เรียนการสอนที่หลากหลาย เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนได้ใช้ ศักยภาพในด้านพหุปัญญา เช่น ก่อนการบรรยายจะให้นักศึกษาเล่าประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับ เรื่องที่จะเรียน การนำเสนอผลงาน การแสดงบทบาท สมมุติ การศึกษาจากสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มนักศึกษาที่ผ่าน โปรแกรมการเรียนรู้ดังกล่าว มีระดับผลการเรียนดีขึ้น และมีความมั่นใจในการเรียนรู้อีกขึ้น

จากความสำคัญและแนวคิดเกี่ยวกับการ ส่งเสริมพหุปัญญา ทำให้ต้องตระหนักว่าผู้เรียน มีความสามารถหรือศักยภาพหลากหลาย และ ความสามารถเหล่านี้ต้องการการกระตุ้นหรือการ ส่งเสริมเพื่อให้เกิดการนำไปใช้ในบริบทต่าง ๆ ทั้งนี้ ผู้สอนต้องเห็นคุณค่าของการพัฒนาและเปิดโอกาสให้ ผู้เรียนได้พัฒนา โดยมีความเชื่อพื้นฐานว่ามนุษย์ทุกคน เกิดมาพร้อมกับศักยภาพที่แตกต่างกัน และสามารถ พัฒนาได้ และสภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยที่สำคัญในการ เอื้ออำนวย และส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนา พหุปัญญาต่าง ๆ



แนวคิดเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในสถาบัน

สภาพแวดล้อมภายในสถาบันอุดมศึกษา มีความสำคัญต่อการพัฒนานักศึกษาให้มีคุณลักษณะ ที่พึงประสงค์ของสถาบันและสังคมนั้น ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) สภาพแวดล้อมที่เป็นสิ่งไม่มีชีวิต เช่น อาคาร สถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ 2) สภาพแวดล้อมที่เป็นสิ่งมีชีวิต เช่น พืช สัตว์ และ คน และ 3) สภาพแวดล้อมเชิงสังคม เช่น กลุ่มเพื่อน กิจกรรมนักศึกษา ประเพณีของสถาบัน (สำเนา ขจรศิลป์, 2542)

Astin (1993) ศึกษาผลกระทบของสภาพแวดล้อมภายในสถาบันอุดมศึกษาต่อการพัฒนา นักศึกษามาเป็นเวลานานกว่า 30 ปี พบว่า องค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อ ประสิทธิภาพของนักศึกษา ประกอบด้วย 1) ลักษณะ ของสถาบัน (Institutional Characteristics) 2) หลักสูตรและการเรียนการสอน (Curricula) 3) คณาจารย์หรือสิ่งแวดล้อมด้านอาจารย์ (The Faculty Environment) 4) กลุ่มเพื่อน (Peer Group) 5) การมีส่วนร่วมของนักศึกษา (Student Involvement) ผลการศึกษาของแอสติน สรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลโดยตรงต่อนักศึกษา โดยมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงค่านิยม พฤติกรรม และแผนการเรียน ค่านิยม ที่ศรัทธา อัตมโนทัศน์

2. ลักษณะและพฤติกรรมของอาจารย์มี อิทธิพลต่อการพัฒนานักศึกษา อาจารย์ที่ให้ความสำคัญกับนักศึกษาในด้านการเรียนการสอน จะมี อิทธิพลทางบวกต่อนักศึกษา สำหรับผลที่เกิดจาก อิทธิพลของอาจารย์ ได้แก่ กระแสแรงจูงใจ ระดับความ ตั้งใจ การจบการศึกษาด้วยเกียรตินิยม การศึกษาต่อ ในระดับสูง ความพึงพอใจในอาชีพ

3. ลักษณะของสถาบันมีอิทธิพลต่อนักศึกษา

4. การจัดหลักสูตร พบว่า การจัดให้นักศึกษา เรียนวิชาการศึกษาทั่วไปแบบบังคับ มีอิทธิพลต่อ

พัฒนาการด้านความเป็นผู้นำและทำให้นักศึกษาพึง พอใจมากกว่า

5. การมีส่วนร่วมของนักศึกษาเป็นตัวที่ส่งผล ต่อการพัฒนาสติปัญญา การมีส่วนร่วมทางวิชาการ การมีส่วนร่วมกับอาจารย์ และการมีส่วนร่วมในกลุ่ม เพื่อนจะส่งผลทางบวกต่อการเรียน ผลสัมฤทธิ์ทางการ เรียน และการคงอยู่ในสถาบัน

Pascarella (1991: 53-55) เสนอกลุ่มตัวแปร ที่มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมที่มีต่อนักศึกษา แบ่งออกเป็น 5 กลุ่มหลัก ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ภูมิหลังของ นิสิตนักศึกษา กลุ่มที่ 2 โครงสร้างและลักษณะของ สถาบัน กลุ่มที่ 3 สภาพแวดล้อมของสถาบัน กลุ่มที่ 4 การมีปฏิสัมพันธ์ของนักศึกษากับอาจารย์ บุคลากร และกลุ่มเพื่อน กลุ่มที่ 5 คุณภาพด้านความมานะ พยายามของ นิสิตนักศึกษาโดยการเปลี่ยนแปลงของ นักศึกษาขึ้นกับภูมิหลังของนักศึกษาและการมี ปฏิสัมพันธ์ของนักศึกษากับอาจารย์ บุคลากร และ กลุ่มเพื่อนและคุณภาพด้านความมานะพยายามของ นักศึกษาในการเรียนรู้และการพัฒนา ส่วนลักษณะ โครงสร้างของสถาบันเชื่อว่าไม่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการ พัฒนานักศึกษา โดยผ่านทางสภาพแวดล้อมของ สถาบัน และการมีปฏิสัมพันธ์ของนักศึกษากับอาจารย์ บุคลากร และกลุ่มเพื่อน

Huebner (1983 อ้างใน สำเนา ขจรศิลป์, 2542) ได้รวบรวมลักษณะต่าง ๆ ของสภาพแวดล้อม ที่ส่งเสริมและเอื้ออำนวยต่อการพัฒนานักศึกษา ประกอบด้วย 1) สภาพแวดล้อมที่มีความหลากหลาย (Heterogeneity) 2) ความสมดุลระหว่างการ สนับสนุนกับการท้าทาย (Support/Challenge Balance) 3) การสนับสนุนจากสังคม (Social Support) และ 4) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment)

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น พบว่า สภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพ บัณฑิต สถาบันการศึกษาจึงต้องมีพัฒนา สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาศักยภาพ



ของนักศึกษา โดยเฉพาะสภาพแวดล้อมภายในสถาบัน ที่นับว่ามีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนานักศึกษา โดยตรง ทั้งนี้ จากการศึกษาแนวคิด/ทฤษฎี และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมในสถาบัน อุดมศึกษา สามารถสรุปองค์ประกอบของสภาพแวดล้อม ภายในสถาบัน แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านกายภาพ ด้านการเรียนการสอน ด้านกิจกรรม เสริมหลักสูตร ด้านการมีส่วนร่วมในการบริหาร และ ด้านการให้บริการแก่นักศึกษา (เนตรนภา กาบมณี, 2554) ซึ่งสถาบันควรจะต้องทำการประเมิน วิเคราะห์ และพัฒนาสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการส่งเสริม และพัฒนาชาวปัญญาในด้านต่าง ๆ ของผู้เรียน

แนวทางการพัฒนาสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริม พหุปัญญาของนักศึกษาพยาบาล

สภาพแวดล้อมภายในสถาบันอุดมศึกษามี ส่วนสัมพันธ์กับชาวปัญญา ทักษะคิด และบุคลิกภาพ ของนักศึกษาเป็นอย่างมาก ดังที่ วัลลภา เทพหัสดิน ณ อยุธยา (2544: 6) กล่าวว่า สถาบันอุดมศึกษา มีหน้าที่ขัดเกลาสติปัญญา ความคิด ความรู้และ บุคลิกภาพของผู้เรียน โดยสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการหล่อ หลอมผู้เรียนนั้นไม่ได้มาจากการเรียนการสอนใน ห้องเรียนเท่านั้น ยังประกอบด้วยคุณลักษณะ การมี ปฏิสัมพันธ์กับอาจารย์ผู้สอน การอยู่ร่วมกัน บรรยากาศภายในสถาบัน กลุ่มเพื่อน และระบบ บริหารของสถาบัน จะช่วยหล่อหลอมให้นิสิตนักศึกษา เป็นคนที่สมบูรณ์

จากผลการสังเคราะห์องค์ประกอบของ สภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมพหุปัญญาของนักศึกษา พยาบาล สามารถนำมากำหนดแนวทางและ วิธีดำเนินการพัฒนาสภาพแวดล้อมภายในวิทยาลัย พยาบาล เพื่อส่งเสริมพหุปัญญาของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมด้านกายภาพ จำนวน 4 แนวทาง ด้านการเรียนการสอน จำนวน 3 แนวทาง ด้านกิจกรรมเสริมหลักสูตร จำนวน 4 แนวทาง ด้าน การมีส่วนร่วมในการบริการ จำนวน 2 แนวทาง และ

ด้านการให้บริการแก่นักศึกษา จำนวน 2 แนวทาง รวมทั้งสิ้น 15 แนวทาง ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 และ แผนภาพที่ 2 (เนตรนภา กาบมณี, 2554)



กรอบแนวทางการพัฒนาสภาพแวดล้อมภายในวิทยาลัย เพื่อส่งเสริมพหุปัญญาของนักศึกษาพยาบาล

แนวทางการพัฒนาสภาพแวดล้อมภายในวิทยาลัยพยาบาล	ผลลัพธ์
ด้านกายภาพ ประกอบด้วย - พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาตนเองนักศึกษา - พัฒนาศูนย์การเรียนรู้ด้วยตนเอง (self-access learning center) ในเรื่อง - ห้องปฏิบัติการพยาบาล - ห้องปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ - พัฒนาห้องพักให้เป็นศูนย์ศึกษาและอาศัย (living and learning center) - สนับสนุนอาคารสถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรมเสริมหลักสูตรและการให้บริการแก่นักศึกษา	คุณภาพบัณฑิตทางการพยาบาล <pre> graph TD A[สิ่งแวดล้อมการเรียนรู้] --> D[คุณภาพบัณฑิตทางการพยาบาล] B[คณาจารย์] --> D C[หลักสูตร] --> D E[บริการสนับสนุนที่จำเป็น] --> D </pre>
ด้านการเรียนการสอน ประกอบด้วย - ส่งเสริมจัดการเรียนรู้ในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Student-centered Instruction) - พัฒนาสื่อการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการเรียนรู้และการคิดวิเคราะห์ของผู้เรียน - ส่งเสริมการประเมินผลการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ	
ด้านกิจกรรมเสริมหลักสูตร ประกอบด้วย - กำหนดโครงสร้างกิจกรรมเสริมหลักสูตรให้ครอบคลุมการส่งเสริมพหุปัญญาของนักศึกษา - ส่งเสริมการดำเนินกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่สอดคล้องกับความถนัดและความสนใจของนักศึกษา - ส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตรของนักศึกษา - สนับสนุนการเผยแพร่ผลงาน/นวัตกรรมของชมรมทั้งภายในและภายนอกสถาบัน	
ด้านการมีส่วนร่วมในการบริหาร ประกอบด้วย - พัฒนาภาวการณ์ และการทำงานเป็นทีมของนักศึกษา - ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการบริหาร	
ด้านการให้บริการแก่นักศึกษา ประกอบด้วย - พัฒนาการแนะแนวและให้คำปรึกษาที่มุ่งสัมฤทธิ์ผลของผู้เรียน (Result-based guidance) - พัฒนาหน่วยประสานงานและบริการนักศึกษา (service zone)	

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวทางการพัฒนาสภาพแวดล้อมภายในวิทยาลัยพยาบาลเพื่อส่งเสริมพหุปัญญาของนักศึกษาพยาบาล

10 | วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา



วิจารณ์

สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมจะเอื้อต่อการเรียนรู้ รวมทั้งส่งเสริมและพัฒนาเชาว์ปัญญาด้านต่าง ๆ อย่างเต็มศักยภาพ ผู้บริหารและบุคลากรทุกฝ่าย/งานของสถาบันมีบทบาทสำคัญและต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงานขับเคลื่อนให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ รวมถึงมีการเตรียมความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐาน งบประมาณและสิ่งสนับสนุนให้เพียงพอและเหมาะสมต่อการพัฒนา รวมถึงการติดตามประเมินผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากแนวคิดนี้ทำให้ได้ประเด็นในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ดังนี้

1. ผู้บริหาร ควรสนับสนุนการนำแนวทางพัฒนาสภาพแวดล้อมภายในวิทยาลัยพยาบาลเพื่อส่งเสริมการพัฒนาพหุปัญญาของนักศึกษาพยาบาลไปดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้

1.1 กำหนดเป้าหมายในการพัฒนาพหุปัญญา เช่น ด้านภาษา ด้านมิติสัมพันธ์ ด้านดนตรี และด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและกล้ามเนื้อ โดยส่งเสริมการประสานความร่วมมือระหว่างฝ่ายวิชาการและฝ่ายกิจการนักศึกษา ในการวางแผนและการดำเนินการพัฒนาสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการพัฒนา พหุปัญญาในด้านดังกล่าว เช่น ทางด้านกายภาพ ประกอบด้วยการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ พัฒนาหอพักให้เป็นศูนย์ศึกษาและอาศัยด้านการเรียนการสอน โดยส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง หรือมีการกำหนดกิจกรรมเสริมหลักสูตรให้ครอบคลุมการส่งเสริมพหุปัญญาของนักศึกษา

1.2 พัฒนาความพร้อมด้านบุคลากร โดยมอบหมายและแนวทางในการพัฒนาความรู้และเสริมสร้างประสบการณ์ของอาจารย์/บุคลากรอย่างเพียงพอและมีความต่อเนื่อง โดยเฉพาะอาจารย์ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการเพื่อส่งเสริมและพัฒนาพหุปัญญาผู้เรียน ทั้งในบทบาทในการจัดการเรียนการสอน การพัฒนาสื่อการเรียนการสอน อาจารย์ที่ปรึกษา

ชมรม อาจารย์แนะแนว อาจารย์ที่ปรึกษา การดูแลหอพัก หรือการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้

1.3 กำหนดแผนการดำเนินงานที่ประสานความร่วมมือในแต่ละฝ่ายอย่างชัดเจน เพื่อให้การพัฒนาสภาพแวดล้อมภายในวิทยาลัยสอดคล้องกันเป็นภาพรวมครอบคลุมสภาพแวดล้อมทั้งด้านกายภาพ ด้านการเรียนการสอน ด้านกิจกรรมเสริมหลักสูตร ด้านการมีส่วนร่วมในการบริหาร และด้านการให้บริการแก่นักศึกษา

1.4 มีระบบการประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีช่องทางรับฟังปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อาจารย์ บุคลากร นักศึกษา อย่างน้อยทุกภาคการศึกษา

1.5 ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและพัฒนาพหุปัญญาของนักศึกษาพยาบาล เช่นการวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

1.6 มีการพัฒนาภาคีเครือข่ายความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาอื่นๆในระดับอุดมศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อให้อาจารย์และนักศึกษาได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพพหุปัญญาด้านต่างๆ ผ่านการเรียนรู้หรือการทำกิจกรรมร่วมกัน

2. อาจารย์ มีบทบาทสำคัญในส่งเสริมพหุปัญญาของนักศึกษา โดยเฉพาะในด้านการจัดการเรียนการสอน ด้านกิจกรรมเสริมหลักสูตรและด้านการให้บริการแก่นักศึกษา แคมเบอร์ เลียง และ มาร์ (Kamber, Leung, and Ma, 2007) ศึกษาสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ของสถาบันที่ส่งเสริมความสามารถในการเรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา พบว่า วิธีการจัดการเรียนการสอนส่งผลต่อความสามารถในการคิด การจัดการ การปรับตัว และการแก้ปัญหา และความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์และนักศึกษา ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการช่วยเหลือ ส่งผลต่อความสามารถในการเรียนรู้



ตลอดชีวิตของนักศึกษา แนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม
สรุปได้ดังนี้

2.1 ตระหนักถึงความสำคัญของการ
ส่งเสริมและพัฒนาพหุปัญญานักศึกษาโดยทำ
การศึกษาและวิเคราะห์พหุปัญญาของผู้เรียน ซึ่งมีวิธี
ศึกษาจากข้อมูลได้หลายวิธี เช่น การสังเกตพฤติกรรม
การวิเคราะห์จากผลงาน เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผน
กิจกรรมการเรียนการสอน กิจกรรมเสริมหลักสูตร
เพื่อส่งเสริมและพัฒนาพหุปัญญาของนักศึกษา

2.2 ประยุกต์แนวทางการพัฒนา
สภาพแวดล้อมไปดำเนินการจัดการเรียนการสอนใน
รายวิชา ได้แก่ 1) มีวิธีการจัดการเรียนการสอนที่เน้น
กระบวนการวิจัย การใช้โครงงาน และการเรียนรู้ตาม
สภาพจริง 2) ใช้สื่อการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการ
เรียนรู้และการคิดวิเคราะห์ของผู้เรียน เช่น
ประยุกต์ใช้สื่อประสมเพื่อนำเสนอข้อมูลในรูปแบบ
ข้อความ ภาพเคลื่อนไหว ภาพเสมือนจริง และเสียง
3) การประเมินผลการเรียนรู้ตามสภาพจริง และให้
ผู้เรียน กลุ่มเพื่อน ผู้สอน มีส่วนร่วมในการประเมิน

2.3 บูรณาการรายวิชาที่มีความ
สอดคล้องหรือเชื่อมโยงกับกิจกรรมเสริมหลักสูตร เช่น
ในหมวดวิชาการศึกษาทั่วไป กลุ่มวิชาภาษา กับ
กิจกรรมของชมรมภาษา วิชาสุนทรียศาสตร์กับ
กิจกรรมชมรมดนตรี วิชามนุษยกับสุขภาพ และ
สิ่งแวดล้อมกับกิจกรรมการอนุรักษ์ทรัพยากร
ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาได้
พัฒนาความรู้ทางวิชาการตามที่หลักสูตรกำหนด
ร่วมกับการพัฒนาพหุปัญญา

2.4 เสริมสร้างประสบการณ์และ
พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการจัดการเรียน
การสอน การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การจัดกิจกรรม
เสริมหลักสูตร การแนะแนวให้คำปรึกษา โดยวิธีการ
ต่างๆ เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การวิจัย เพื่อพัฒนา
องค์ความรู้ในการส่งเสริมและพัฒนาพหุปัญญาของ
นักศึกษา



เอกสารอ้างอิง

- กึ่งฟ้า สีนรุพงษ์ และคณะ. (2545) ศักยภาพพหุปัญญาของนักศึกษมหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- ทวีศักดิ์ ศิริรัตนเรขา. (2549). พหุปัญญา อัจฉริยภาพหลากหลายมิติที่น่าค้นหา. Update. 21(222). 63-64.
- ทิตนา แคมมณี. (2551). ศาสตร์การสอน องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุทธาการพิมพ์.
- นืออน พินประดิษฐ์, และคณะ. (2550) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพหุปัญญาของนักศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารวิธีวิทยาการวิจัย. 20(2), 227-245.
- เนตรนภา กาบมณี. (2554). การพัฒนาสภาพแวดล้อมภายในสถาบันเพื่อส่งเสริมพหุปัญญาของ นักศึกษาพยาบาล ในวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก : การวิจัยพหุ ภูมิศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาอุดมศึกษา ภาควิชานโยบาย การจัดการ และความเป็นผู้นำทางการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลลภา เทพหัสดิน ณ อยุธยา. (2544) การพัฒนานิสิตนักศึกษา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สภาการพยาบาล. (2552). แผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2552- 2559. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
- สำเนาวิ ขจรศิลป์. (2542). มิติใหม่ของกิจการนักศึกษา 2: การพัฒนานักศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เกษมบัณฑิต.
- สุรางค์ ไคว้ตระกูล. (2544). จิตวิทยาการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารี สันหลวี. (2552). พหุปัญญาในยุค 21. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเพื่อการศึกษาเด็ก.
- Amorson, R. (2006). Energizing the nursing lecture: application of the theory of multiple Intelligence learning. *Nursing Education Perspective*. 27(4), 194-196.
- Astin, A. W. (1993). *What Matters in College?*. San Francisco: Jossey – Bass.
- Campbell, C. (1997). Variation on a Theme-How Teacher Interpret MI Theory. *Education Leadership*. 55(1), 14-19.
- Gardner, H. (1993). *Multiple Intelligences: The Theory in Practice*. New York: Basic Books.
- Gardner, H. (1999). *Intelligence Reframed: Multiple Intelligences for the 21st Century*. New York: Basic Books.
- Gardner, H. (2006). *Multiple Intelligences New Horizons*. New York: Basic Books.
- Pascarella, E. T. and Terenzini, P. T. (1991). *How College Affects Students*. San Francisco: Jossey- Bass.



การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขสตรี

The Application Of Health Belief Model To Promote Cervical
Cancer Screening Among Women Aged 30-60 Years Performed by
Women Health Volunteer

รุ่งอรุณ กามล

หลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) ภาคพิเศษ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ธราดล เก่งการพานิช

รศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช

อ.ดร.ศรินทร์ญา เบญจกุล

ภาควิชา สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี จะขึ้นอยู่กับพฤติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกและการวิจัยที่ทดลองนี้เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพที่ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ จำเป็นโดยการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าเสา อำเภอกะพ้อมแบน จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 80 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มจำนวนเท่ากัน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจำนวน 4 ครั้งเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์รวบรวมข้อมูลก่อนและหลังโปรแกรมด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย Paired Sample t-test , Independent's t-test และ z-test

ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม พบว่า สตรีกลุ่ม

ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% สำหรับการรับรู้อุปสรรคต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง และลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% นอกจากนี้สตรีกลุ่มทดลองมาเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% แสดงให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพที่ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการเชิญชวนโน้มน้าวใจโดยอาสาสมัครสาธารณสุขสตรี ซึ่งเป็นผู้ที่มีความคุ้นเคย และสามารถสื่อสารได้ชัดเจนกับสตรีกลุ่มเป้าหมาย



ในพื้นที่ ดังนั้น โปรแกรมสุขศึกษานี้จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้ จะทำให้การเข้าถึงสตรีกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น ลดความกลัว ความอาย และเพิ่มอัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

คำสำคัญ : การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก /อาสาสมัครสาธารณสุขสตรี/ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ/ การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ

Abstract

Getting cervical cancer screening among the target group of women, aged 30-60 years, will help to lower the incidence of cervical cancer. This quasi-experimental research was aimed to assess the effect of a health education program applying health belief model and persuasive communication principles. The program was performed by women health volunteers with 80 sampled women in the areas responsible by Tsaoa Subdistrict Health Promotion Hospital Kratumbaen District, Samutsakorn Province. The samples were divided into 2 groups, 40 women each. The experimental group has participated in the health education program developed for 4 times, for the duration of 4 weeks. Data were collected before and after the program by using the interview schedule. The following statistics were used for data analysis :frequency, percentage, arithmetic mean, Paired Sample t-test, Independent t-test and Z-test.

After the program, it was found that the experimental group had significantly higher mean scores of perceived susceptibility of getting cervical cancer, perceived

severity of cervical cancer, and perceived benefits of getting cervical cancer screening than before the program and than the comparison group ($p < 0.05$). In regard to perceived obstacles of getting cervical cancer screening, significantly decreased mean score of the experimental group was found compared to before the program and the comparison group ($p < 0.05$). Besides, significantly higher proportion of the women who received cervical cancer screening in the experimental group was found compared to the comparison group ($p < 0.05$). The findings showed that the health education program applying health belief model and persuasive communication, and implemented by women health volunteer who were acquainted with target group. Thus, this type of program can be utilized in other similar Subdistrict Health Promotion Hospitals in order to reach higher number of the target women, lower fear and shyness and to increase cervical cancer screening rate.

Key Words : Cervical Cancer Screening/Women Health Volunteer/Health Belief Model/Persuasive Communication

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งในสตรีทั่วโลก รองจากมะเร็งเต้านม และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของสตรีเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอด องค์การอนามัยโลกได้รายงานสถิติผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกในปี พ.ศ. 2553 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ 530,000 คนต่อปี ซึ่งร้อยละ 85 อยู่ในประเทศกำลัง



พัฒนา และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกประมาณ 275,000 คนต่อปี ร้อยละ 88 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านมพบว่าในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 10,000 คน และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกประมาณ 5,200 คน ถ้าคิดเป็นวันจะตรวจพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกประมาณวันละ 27 คน และมีสตรีเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกเฉลี่ยวันละ 14 คน (จุฑพล ศรีสมบูรณ์, 2554; ธิฎญาภัค สุขศิรินาคนสกุล, 2555) ซึ่งถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายและโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั่วประเทศ โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 - พ.ศ.2553 ผู้หญิงที่มีอายุ 35-60 ปีสามารถรับการตรวจแปปสเมียร์ได้ฟรีในโรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศ ซึ่งจะทราบผลในระยะเวลา 1-4 สัปดาห์ และเป็นการตรวจที่แม่นยำและราคาถูก

จังหวัดสมุทรสาครมีสถิติผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเสียชีวิตสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศไทย โดยมีอัตราการตาย 5.2 คนต่อประชากรแสนคน (ชัยวดี ศรีสุข, 2554) ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครได้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ภายในระยะเวลา 5 ปี ให้ได้ร้อยละ 40 (ปีงบประมาณ 2553-2557)

ผลงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทำเสา ในปีงบประมาณ 2553-2557 พบอัตราการตรวจคัดกรองคิดเป็นร้อยละ 8.83, 7.64, 8.94, 7.39 และ 5.2 รวมสะสมตั้งแต่ปี 2553-2557 เท่ากับ 405 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 32.79 ถือว่าต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 80 นอกจากนี้ในพื้นที่ของรพ.สต.ทำเสา พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจำนวน 1 ราย จากสถานการณ์การตรวจคัดกรองของรพ.สต.

ทำเสาที่ยังต่ำกว่าเกณฑ์กำหนดของกระทรวงสาธารณสุข รพ.สต.ทำเสาได้พยายามดำเนินงานโครงการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่อย่างเต็มที่ อาทิ ปีงบประมาณ 2553-2554 การจัดทำโครงการร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายในชื่อโครงการรวมพลังพี่น้องคัดกรองสุขภาพ โครงการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังดูแลสตรีไทย ห่างไกลมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกอย่างไรก็ตามโครงการดังกล่าวยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร โดยอัตราการตรวจคัดกรองดำเนินงานได้เพียงร้อยละ 15.79 และในปีงบประมาณ 2555 ได้จัดทำโครงการตรวจสุขภาพแบบบูรณาการตำบลท่าเสาร่วมกับรพ.สต.ท้องคั้งในการส่งเสริมการตรวจสุขภาพในกลุ่มความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก ภายหลังดำเนินการพบอัตราการตรวจคัดกรองยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย คือร้อยละ 8.94 จากร้อยละ 20 และในปีงบประมาณ 2556 ได้ดำเนินการส่งเสริมการตรวจคัดกรองร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่ายกระทุ่มแบน จัดโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้สื่อผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แต่การดำเนินงานยังต่ำกว่าเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 7.39

นอกจากการดำเนินงานในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผ่านมา ทางรพ.สต.ทำเสาได้ดำเนินกลยุทธ์ในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองต่างๆ เช่น การรณรงค์การตรวจคัดกรองโดยใช้รถกระจายเสียงในช่วงที่มีการจัดทำโครงการ การส่งไปรษณียบัตร แก่สตรีกลุ่มเป้าหมายให้เข้าร่วมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อีกทั้งการชักชวนโดยอสม. แต่ก็ยังพบว่าการทำงานดังกล่าวไม่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ จากการทบทวนบทเรียนการดำเนินงานที่ผ่านมา ได้สรุปสาเหตุหลักที่การดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ 3 ประการ ประการแรก การเชิญชวนสตรีกลุ่มเป้าหมายเป็นแบบกว้าง และการประกาศเสียงตามสายหรือการใช้รถกระจายเสียงยังเป็นการเชิญชวนแบบกว้าง ๆ ไม่ได้มุ่งเน้นที่สตรีกลุ่มเป้าหมายโดยตรง ประการที่สอง การจัด



กิจกรรมที่จัดเป็นแบบบูรณาการร่วมกับโรคอื่น ๆ ทำให้กลุ่มที่เข้ารับการตรวจส่วนใหญ่เป็นชาวบ้านทั่วไปไม่ใช่สตรีกลุ่มเป้าหมายโดยตรง ประการสุดท้าย อสม.ที่เข้าไปเชิญชวนสตรีกลุ่มเป้าหมายยังขาดทักษะการพูดโน้มน้าวใจเพื่อให้สตรีกลุ่มเป้าหมายตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งอุปสรรคที่ทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายไม่เข้ารับการตรวจยังไม่ได้รับการแก้ไข ทั้งเรื่องความกลัว ความอายเจ้าหน้าที่ตรวจ และวันเวลาที่เหมาะสมในการเข้ารับบริการ เป็นต้น

จากการสำรวจสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 จำนวน 11 คน พบว่าสาเหตุเนื่องจากกลัวเจ็บขณะตรวจ กลัวรู้ผลการตรวจ ความอายต่อเจ้าหน้าที่ตรวจ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่าสาเหตุที่สตรีกลุ่มเป้าหมายไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองเกิดจากหลายสาเหตุ อาทิ ความกลัว กลัวเจ็บขณะตรวจ กลัวจะรู้ผลการตรวจ ความอาย อายเจ้าหน้าที่ตรวจ รวมทั้งการไม่ทราบสาเหตุ และอาการของโรคมะเร็งปากมดลูกก็ยังไม่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทราบดีแก่สตรีกลุ่มเป้าหมายตัดสินใจไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง เพราะคิดว่าตนเองไม่ใช่กลุ่มเสี่ยง และไม่มีอาการผิดปกติ

จากการทบทวนงานวิจัยเพื่อการแก้ไขปัญหาการไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่ามีการใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ควบคู่กับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (สุพัฒน์ปัญจมทุม, 2551) การใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ รวมทั้งการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (ชัชฎาพร รัตนาร, 2551) และการใช้ออสม.เป็นกลยุทธ์เพื่อให้เข้าถึงสตรีกลุ่มเป้าหมาย (ณัฐภรณ์ เวชวิศิษฐ์, 2555) ผลพบว่าทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้น การสนับสนุนการใช้ออสม.ในการส่งเสริมการตรวจคัดกรอง เนื่องจากอสม.เป็นบุคคลในชุมชน และ

ใกล้ชิดกับสตรีกลุ่มเป้าหมาย เป็นคนในครอบครัว เชื่อว่าอสม.จะเป็นกลุ่มบุคคลที่สามารถเข้าไปมีบทบาทในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่เพิ่มขึ้น

โดยสรุปผลจากการทบทวนการดำเนินงานของรพ.สต.ท่าเสา การศึกษานำร่องร่วมกับทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมายโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการออกแบบกิจกรรมของโปรแกรม และให้ออสม.สตรีที่ผ่านการอบรมทักษะการพูดและการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจไปดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้นที่รับผิดชอบของรพ.สต.ท่าเสา ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านรวมถึงมีพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่เพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี ในเขตตำบลบ้านท่าเสา อำเภอกะทู้ม่วน จังหวัดสมุทรสาคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสตรีกลุ่มเป้าหมายภายหลังการทดลอง ในประเด็นดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคที่มีผลต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก



ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group Pretest-Posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการวิจัยเป็นสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรอง ในปี พ.ศ. 2553-2557 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าเสา อำเภอกะทู้แบน จังหวัดสมุทรสาคร โดยคำนวณขนาดตัวอย่างได้กลุ่มละ 40 คน (Fleiss, 1981) สุ่มตัวอย่างแบบง่ายเลือกหมู่บ้านตามเกณฑ์ที่มีอัตราการตรวจคัดกรองต่ำจำนวน 2 หมู่บ้าน คือ หมู่ที่ 3 เป็นกลุ่มทดลอง และหมู่ที่ 2 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมตามขั้นตอนของโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับเพียงคำแนะนำตามระบบปกติของรพ.สต.ท่าเสา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คู่มือมะเร็งปากมดลูก คู่มือการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจสำหรับอาสาสมัคร แบบประเมินความเสี่ยง และแบบประเมินทักษะที่ใช้ในกิจกรรม มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ โปรแกรมแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การฝึกอบรมอาสาสมัคร

สาธารณสุขสตรี : ประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 2 ครั้ง ระยะเวลาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ ประกอบด้วย

กิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 1 กิจกรรมการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกต่อตนเอง ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก อาการและอาการแสดงเบื้องต้น โรคมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายชาย แอปพลิเคชันคืออะไร ทำไมต้องตรวจ ใครที่ต้องรับการตรวจ ขั้นตอนการตรวจ การเตรียมตัวก่อนตรวจ การสาธิตอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจ แอปพลิเคชัน โดยผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลท่าเสา และการระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับความรุนแรงเมื่อป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก

กิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 2 กิจกรรมพัฒนาทักษะการพูดและการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ ใช้ระยะเวลา 5 ชั่วโมง มีเนื้อหาเกี่ยวกับการพูดและการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ พูดอย่างไรให้คนคล้อยตาม การฝึกการพูดโน้มน้าวใจเพื่อชักจูงให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามสถานการณ์ต่าง ๆ และการตอบคำถาม รวมทั้งการแก้ไขปัญหาเมื่อถูกปฏิเสธการเข้ารับการตรวจจากกลุ่มเป้าหมายในสถานการณ์ต่าง ๆ และการระดมความคิดเห็นในสถานการณ์การเชิญชวนเมื่อถูกปฏิเสธ

ระยะที่ 2 การดำเนินการในสตรีกลุ่ม

เป้าหมายกลุ่มทดลอง : การปฏิบัติการของอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมในระยะที่ 1 จับคู่กันลงพื้นที่ พร้อมกับผู้วิจัย เพื่อเชิญชวนให้สตรีกลุ่มทดลองเข้ารับการตรวจคัดกรอง โดยใช้ทักษะการสื่อสารและการโน้มน้าวใจ ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ เพื่อกระตุ้นให้สตรีกลุ่มทดลองเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง การรับรู้อุปสรรคต่อ



การเข้ารับการตรวจคัดกรอง และเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สำหรับสตรีกลุ่มเปรียบเทียบ มีการเชิญชวนให้เข้ารับการตรวจคัดกรองตามระบบปกติของรพ.สต. ทำเสา โดยดำเนินการ 2 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1 และ 5

1.2 คู่มืออาสาสมัคร “มะเร็งปากมดลูกภัยร้ายใกล้ตัวคุณ” และ คู่มือการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ

1.3 แบบประเมินความเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

1.4 แบบนัดหมายการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามหลักทฤษฎีและกรอบแนวคิดการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแบบสรุปข้อมูลการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงในส่วนของการรับรู้ตามแบบความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ส่วน ได้ค่าสถิติ Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.76, 0.75, 0.81 และ 0.76 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มก่อนการทดลองด้วยสถิติ Chi-square test และ Independent's t-test

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการ

ตรวจคัดกรอง และการรับรู้อุปสรรคที่ทำให้ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired Sample t-test และระหว่างกลุ่มด้วย Independent's t-test

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างสัดส่วนผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างสองกลุ่มหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ z-test

ผลการวิจัย

ลักษณะด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความคล้ายคลึงกันในด้านอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก พบเพียงจำนวนบุตรของครอบครัวที่แตกต่างกัน ($p=0.035$) ดังตารางที่ 1 สำหรับการขอคำปรึกษาเป็นครั้งแรกเกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง พบว่า ประชากรเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข แพทย์/พยาบาล และเพื่อนบ้าน มีสัดส่วนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามคุณลักษณะประชากร

คุณลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					0.134 ^a
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	44.99 $\pm$ 8.44		47.33 $\pm$ 4.81		
Min - Max	30-59		41-59		
สถานภาพสมรส					0.999
โสด	5	12.5	5	12.5	
คู่	32	80.0	25	62.5	
หม้าย หย่า แยก	3	7.5	10	25.0	
ระดับการศึกษา ^b					0.121
ไม่ได้เรียน	0	0.0	5	12.5	
ประถมศึกษา	27	67.5	28	70.0	
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	12.5	7	17.5	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	4	10.0	0	0.0	
อนุปริญญา/ปวส./ปริญญาตรี	4	10.0	0	0.0	
อาชีพ ^b					0.621
เกษตรกร	5	12.5	3	7.5	
รับจ้าง	18	45.0	22	55.0	
ค้าขาย	9	22.5	5	12.5	
พนักงานบริษัท	4	10.0	6	15.0	
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ/รกรังส่วนตัว	2	5.0	0	0.0	
แม่บ้าน	3	7.5	2	5.0	
อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก (ปี)	(n=32)		(n=29)		0.126 ^a
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	25.03 $\pm$ 5.44		23.10 $\pm$ 4.07		
Min - Max	18-41		17-31		
จำนวนบุตร (คน)					0.035 ^a
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	1.63 $\pm$ 0.71		2.03 $\pm$ 0.78		
Min - Max	1-4		1-4		

a = ทดสอบด้วยสถิติ Independent's t-test; b = ตัวแปรมีการจัดกลุ่มคำตอบใหม่เพื่อทำการทดสอบไคสแควร์



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามแหล่งบุคคลที่ขอคำแนะนำเป็นคนแรกเมื่อต้องการไปตรวจคัดกรอง

แหล่งที่ปรึกษา	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	15	37.5	32	80.0	<0.001
อาสาสมัครสาธารณสุข	18	45.0	33	82.5	<0.001
แพทย์/พยาบาล	22	55.0	8	20.0	<0.001
ครอบครัว	6	15.0	9	22.5	0.390
เพื่อนบ้าน	6	15.0	17	42.5	0.006

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกภายในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.001$) ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่างกันระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง ($p = 0.726$) ดังตารางที่ 3

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มทดลอง ($p < 0.001$) แต่ภายหลังการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ($p = 0.716$) เนื่องจากกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น จึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นระหว่างการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ดังตารางที่ 4

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกภายในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงสูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่าง ($p = 0.726$) ดังตารางที่ 3 ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ($p = 0.177$) ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$) ดังตารางที่ 4

3. การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.001$) แต่ไม่พบความแตกต่างของกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง ($p = 0.218$) ดังตารางที่ 3 สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ไม่แตกต่างกัน ($p = 0.816$) ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 4



4. การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคที่มีผลต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคลดลงกว่าก่อนการทดลอง ($p=0.035$) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p<0.001$) ดังตารางที่ 3

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคที่มีผลต่อการไปรับการตรวจคัดกรองระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองรับรู้อุปสรรคสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p<0.001$) แต่เมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) จึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคที่เปลี่ยนไประหว่างการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามโครงสร้างแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง ($n=40$) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($n=40$)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ผลต่าง ค่าเฉลี่ย	t	df	p-value
	$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD.				
การรับรู้โอกาสเสี่ยง								
กลุ่มทดลอง	39.05	5.32	44.86	5.61	5.81	5.14	39	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	45.93	7.52	45.38	6.55	0.55	0.35	39	0.726
การรับรู้ความรุนแรง								
กลุ่มทดลอง	41.33	6.97	47.50	3.86	6.17	5.04	39	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	43.45	6.99	44.00	6.52	0.55	0.35	39	0.726
การรับรู้ประโยชน์								
กลุ่มทดลอง	28.15	6.83	32.15	2.47	3.98	5.55	39	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	28.35	3.85	29.38	3.75	1.03	1.25	39	0.218
การรับรู้อุปสรรค								
กลุ่มทดลอง	31.68	9.60	27.90	5.78	3.78	2.18	39	0.035
กลุ่มเปรียบเทียบ	24.68	5.11	35.25	12.58	10.57	4.55	39	<0.001



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามโครงสร้างแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (n=40) และกลุ่มเปรียบเทียบ(n=40)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		ผลต่าง ค่าเฉลี่ย	t	df	p-value
	$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD.				
การรับรู้โอกาสเสี่ยง								
ก่อนการทดลอง	39.05	5.32	45.93	7.52	6.88	4.72	70.19	<0.001
หลังการทดลอง	44.86	5.67	45.38	6.55	0.50	0.37	78	0.716
การเปลี่ยนแปลง ($\bar{d}$)	5.83	7.17	-0.55	9.84	6.38	3.31	78	0.001
การรับรู้ความรุนแรง								
ก่อนการทดลอง	41.33	6.97	43.45	6.99	2.12	1.36	78	0.177
หลังการทดลอง	47.55	3.86	44.00	6.52	3.50	2.92	63.4	0.005
การรับรู้ประโยชน์								
ก่อนการทดลอง	28.15	3.83	28.35	3.85	0.20	0.23	78	0.816
หลังการทดลอง	32.15	2.47	29.38	3.75	2.77	3.88	78	<0.001
การรับรู้อุปสรรค								
ก่อนการทดลอง	31.68	9.60	24.68	5.10	7.00	4.07	59.43	<0.001
หลังการทดลอง	27.90	5.78	35.25	6.58	7.35	3.36	54.75	0.001
การเปลี่ยนแปลง ($\bar{d}$)	-3.78	10.95	10.58	14.69	14.36	4.95	78	<0.001

5. การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้ตรีกลุ่มทดลองมาเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 57.5 แต่ไม่มีสตรีกลุ่มเปรียบเทียบมาใช้บริการเลย ซึ่งสัดส่วนการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$). ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบสัดส่วนการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การเข้ารับการตรวจคัดกรอง	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)		z	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
มารับบริการ	23	57.5	0	0.0	5.68	<0.001
ไม่มารับบริการ	17	42.5	40	100.0		



อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะมีความแตกต่างกันในประเด็นของแหล่งที่ปรึกษาบุคคลแรกที่ไปขอคำปรึกษาเมื่อต้องการไปตรวจคัดกรอง แต่ความแตกต่างนี้ไม่ส่งผลกระทบต่อผลของโปรแกรมสุขศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้เพราะสตรีกลุ่มเปรียบเทียบมีการปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และเพื่อนบ้านในสัดส่วนที่มากกว่าสตรีกลุ่มทดลอง

ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยอสม. สตรี พบว่า สตรีกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนการเข้าโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทั้ง 4 ด้านและไปเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสัดส่วนที่มากกว่าสตรีกลุ่มเปรียบเทียบ

การที่สตรีกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพ อธิบายได้ว่าเป็นเพราะกิจกรรมที่จัดขึ้น ได้แก่การร่วมพูดคุยเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก การทำแบบประเมินความเสี่ยงด้วยตนเองของสตรี ทำให้สตรีมีความสนใจพูดคุยซักถามในประเด็นของความรุนแรง และประโยชน์ที่จะได้รับการตรวจคัดกรองพร้อมทั้งอสม.สตรีใช้สื่อภาพพลิก แจกแผ่นพับ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกพูดเสริมแนะนำโน้มน้าวให้เห็นความสำคัญ แนวทางการป้องกันและความจำเป็นของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้ได้ร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขอุปสรรคของชุมชนด้วย การไม่มีเวลาที่จะส่งผลต่อการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองโดยการให้สตรีเป้าหมายสามารถเลือกระบุเจ้าหน้าที่ที่ตนต้องการให้ตรวจและโทรศัพท์นัดหมายล่วงหน้าได้ การนัดหมายวันตรวจทั้งวันและนอกเวลาราชการ การสาธิตทางงตรงตรวจแบบพิเศษที่ใช้ในการตรวจที่เปิดเฉพาะจุดตรวจ เป็นต้น สุดท้ายได้ให้สตรีกลุ่มเป้าหมายตัดสินใจแสดงความประสงค์เข้าร่วมการตรวจคัดกรอง และสตรี

กลุ่มเป้าหมายได้รับแจกใบนัดหมายเพื่อใช้สำหรับวางแผนการเข้ารับการตรวจคัดกรองตนเอง

การลงพื้นที่เชิญชวนของอสม.สตรีอย่างต่อเนื่องโดยการเข้าถึงสตรีเป้าหมายเจาะจงในรายที่ยังลังเลไม่ตัดสินใจเข้าร่วมการตรวจคัดกรอง มีประสิทธิผลมากทั้งนี้เพราะอสม.สตรีเป็นบุคคลในชุมชนที่มีความผูกพันและคุ้นเคยกันเป็นอย่างดี เป็นทั้งเพื่อนบ้านหรือญาติพี่น้อง สตรีกลุ่มเป้าหมายจึงให้ความสนใจไว้นอกจากนั้นแล้วโปรแกรมนี้ได้ออกแบบกิจกรรมโดยประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบ็คเกอร์ (Becker & Rosenstock, 1984) กล่าวคือบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคต่อเมื่อเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ตนเองจะเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นที่ลดน้อยลง

สอดคล้องกับการศึกษาของจรูญ ธรรมกร่าง (2557) ที่ประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมโดย อสม. สตรี หลังการทดลองสตรีกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพ และไปรับการตรวจคัดกรองร้อยละ 76.7 ในขณะที่การศึกษาของณัฐภรณ์ เวชวิศิษฐ์ (2555) ประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมและการชักชวนโดยผ่านทางแกนนำสตรี พบว่าจำนวนสตรีกลุ่มทดลองมารับการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้น 3 เท่า นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Shojaeizadeh, et al. (2011) ประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดำเนินการศึกษาในสตรีอิหร่าน พบว่า อัตราการตรวจคัดกรองภายหลังการทดลองเท่ากับร้อยละ 81.4 และผลการศึกษาของ Ma, et al. (2013) ที่ทำการศึกษาในสตรีอเมริกันเชื้อสายเวียดนาม อาศัยอยู่ในรัฐเพนซิลวาเนีย สหรัฐอเมริกา จำนวน 1,450 คน เพื่อพิสูจน์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโครงสร้างตาม



แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบรคเกอร์ โดย
ออกแบบการวิจัยแบบ Randomized Controlled
Trial พบว่า การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคมี
ความสัมพันธ์กับการไปเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็ง
ปากมดลูก

ต้องปรับกิจกรรมให้กระชับ รวมถึงมีการติดตามผล
การดำเนินการที่ใช้ระยะเวลานานขึ้น

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ
คือ 1) การใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด
โรคมะเร็งปากมดลูก โดยให้สตรีกลุ่มเป้าหมายประเมิน
ด้วยตนเอง แม้ว่าจะเป็นเครื่องมือที่ใช้ง่ายมีประโยชน์
สามารถกระตุ้นให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด
โรคได้มากแต่เนื่องจากประเด็นการประเมินเป็นเรื่อง
ปกปิดส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ และการ
มีคู่นอนหลายคน จึงอาจส่งผลต่อคำตอบได้ 2) ความ
แตกต่างระหว่างอสม.สตรีในด้านความสามารถของ
การใช้ทักษะการชักจูงใจโน้มน้าวสตรีกลุ่มเป้าหมาย
ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพให้คล้อย
ตามและไปเข้ารับการตรวจคัดกรอง แม้ว่าการวิจัยจะ
วางแผนการคัดเลือกอสม.สตรีตามหลักเกณฑ์เดียวกัน
และผ่านการอบรมหลักสูตรเดียวกันก็ตาม ทั้งนี้เพราะ
เป็นพรสวรรค์ของแต่ละบุคคล 3) การจัดระบบบริการ
ตรวจคัดกรองด้วยการเพิ่มบริการในวันหยุดและนอก
เวลาราชการ เพื่อรองรับความต้องการเข้ารับการตรวจ
ของสตรีเป้าหมายที่เพิ่มขึ้นหลังการทดลอง จำเป็นต้อง
อาศัยความทุ่มเทของบุคลากรรวมถึงเงินงบประมาณ
เพื่อจ่ายค่าล่วงเวลาอีกด้วย และประการสุดท้าย
คือ การประสานงานระหว่างสถานบริการสาธารณสุข
เพื่อแลกเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ให้บริการตรวจคัดกรองตาม
ความต้องการของสตรีกลุ่มเป้าหมายนั้น จำเป็นต้องใช้
รูปแบบการจัดการทรัพยากรบุคคลในรูปแบบของ
เครือข่ายบริการซึ่งบางพื้นที่อาจมีความเป็นไปได้
ค่อนข้างยาก

สำหรับการวิจัยครั้งต่อไปควรการนำทฤษฎี
การตลาดเพื่อสังคม (Social Marketing Theory) มา
ประยุกต์เพิ่มเติมในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา และ



เอกสารอ้างอิง

- จตุพล ศรีสมบูรณ์, ชำนาญ เกียรติพิรุณ, บรรณาธิการ.(2554).*นรีเวชวิทยา, มะเร็ง*(พิมพ์ครั้งแรก). กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินารีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- ชัชฎาพร รัตนวาร์. (2551). ผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-60 ปี อำเภอเมืองตราด จังหวัดตราด.*วารสารสุขศึกษา*, 31(109), 66-76.
- ชัยวุฒิ ศรีสุขโข.(2554).*คู่มือที่ทำให้มะเร็งเป็นเรื่องใกล้ตัว “ต้านมะเร็งปากมดลูก”*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ณัฐภรณ์ เวชวิศิษฐ์, ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์ และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. (2555). การส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี โดยแกนนำสตรีในอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดสุพรรณบุรี.*วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 10(2), 36-49.
- ธิวิญญาศักดิ์ สุขศิรินาคนาสกุล และดวงใจ หมั่นสาร. (2555). มะเร็งปากมดลูกกับปัจจัยเสี่ยงที่ผู้หญิงควรรู้ หญิงไทยเสียชีวิตวันละ 14 คน. *เพื่อนสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5*, 6(7), 35-63.
- รจเรข ธรรมกร่าง,ธราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช และชวัญเม้ง แก้วดำเกิง. (2557). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปีที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง. *Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University*, 1(5),19-29.
- สุพัฒน์ ปัญจมาตม์.(2551). ผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มอายุ 35,40,45,50,55,60 ปีอำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี.*วารสารคุณภาพชีวิตอันเกษม*, 4(2), 45-53.
- Becker, M. H., & Rosenstock, I. M. (1984). Compliance with medical advice. In A. Steptoe & A. Matthews (eds.), *Health care and human behavior* (pp.135-152). London: Academic Press.
- Fleiss, J. L. (1981). *Statistical method for rate and proportions* 2nd edition. New York: John Wiley & Sons.
- Ma, G. X, Gao, W., Fang, C. Y., Tan, Y., Feng, Z., Ge, S., et al. (2013). Health Beliefs Associated with Cervical Cancer Screening Among Vietnamese Americans. *J Womens Health*, 22(3), 276-288.
- Sojajizadeh, D., Hashemi, S.Z., Moeini, B., Poorolajal, J. (2011). The Effect of Educational Program on Increasing Cervical Cancer Screening Behavior among Women in Hamadan, Iran: Applying Health Belief Model. *JRHHS*, 11(1), 20-25.



ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของมารดาที่มีเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

Relationships Between Burden of Care, Social Support, and Quality of Life Among Mothers of Children With Congenital Heart Disease

ศุภมาส ใจะแม
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา
วันฉัตรพรานิช พิสมัย วัฒนสิทธิ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 6-36 เดือน ที่มารับบริการในคลินิกเด็ก (โรคหัวใจ) และศูนย์โรคหัวใจในโรงพยาบาลนครินทร์โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ จำนวน 85 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามภาระการดูแล แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2568 ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .78, .91, และ .75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และหาค่าความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า มารดามีคะแนนภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($mean = 25.74$, $SD = 3.86$)

คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมและคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ($mean = 85.18$, $SD = 13.79$ และ $mean = 39.61$, $SD = 6.17$ ตามลำดับ) โดยภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.31$, $p < .01$) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .47$, $p < .01$) และภาระการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.24$, $p < .01$) ผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลมารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยพยาบาลควรประเมินระดับภาระการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดา ตลอดจนให้การดูแลช่วยเหลือในการลดภาระการดูแลและเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมให้มารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ



คำสำคัญ : ภาระการดูแล, แรงสนับสนุนทางสังคม, คุณภาพชีวิต, มารดา, เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

Abstract

The descriptive research aims to examine the relationship among burden of care, social support, and quality of life in mothers of children with congenital heart disease. The sample was mothers of children with congenital heart disease aged 6-36 months who received outpatient service at Pediatric clinic (cardiology) and Naradhiwas rajanagarindra heart center, Songklanakarind hospital. Eighty-five purposive sampling were recruited. Data were collected using Caregiver Burden Scale, Social Support Questionnaire, and Quality of Life Questionnaire, during October to December 2015. These questionnaires have Cronbach's alpha coefficient .78, .91, and .75 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistic, and Pearson's product moment correlation. The result showed the mean score of burden of care was at a moderate level ($mean = 25.74, SD = 3.86$). The means score of social support and quality of life were at the high level ($mean = 85.18, SD = 13.79$ and $mean = 39.61, SD = 6.17$, respectively). Burden of care was a lowly significant negative relationship with quality of life ($r = -.31, p < .01$)

social support was a lowly significant positive relationship with quality of life; ($r = .47, p < .01$) and burden of care was a lowly significant negative relationship with social support ($r = -.24, p < .01$). The findings of this study can be used by nurses as a guidelines for caring mothers of children with congenital heart disease. Nurses should evaluate the level of burden of care and social support of mothers as well as reduce the burden of care and induce social support for providing care and help mothers to reach a good quality of life, and also help to take care their child effectively.

Keywords : burden of care, social support, quality of life, mothers, children with congenital heart disease

บทนำ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบันและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติการเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในประเทศแถบยุโรปและเอเชียพบว่ามีความอุบัติการณ์การเกิดในอัตราส่วน 6.9:1,000 และ 9.3:1,000 ของทารกแรกเกิดตามลำดับ (Go et al., 2013) สำหรับในประเทศไทยมีอัตราการเกิด 8.1:1,000 ของทารกแรกเกิดซึ่งใกล้เคียงกับทั่วโลก (บุญชอบ, 2555) และจากสถิติการเสียชีวิตของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดพบว่าร้อยละ 26.6 เสียชีวิตตั้งแต่ขวบปีแรก (Go et al., 2013) ด้วยเหตุนี้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะ



ในช่วงอายุ 6 - 36 เดือน ที่ส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการ
รักษาด้วยการผ่าตัด และมักจะมียาการเปลี่ยนแปลง
และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ง่าย ประกอบกับ
เด็กวัยนี้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านต่าง ๆ
ยังไม่สมบูรณ์ และช่วยเหลือตนเองได้น้อย ดังนั้น
มารดาจึงต้องรับภาระในการดูแลเด็กในทุก ๆ ด้าน
ตลอดจนต้องทุ่มเทเวลาและกำลังส่วนใหญ่ในการดูแล
ทำให้มารดามีวิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไป จนส่งผลให้มี
คุณภาพชีวิตที่แย่ลง

การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดนั้น
มารดาต้องรับภาระที่หนักมาก เนื่องจากต้องช่วยเหลือ
ดูแลผู้ป่วยเด็กในด้านต่าง ๆ รวมทั้งต้องใช้เวลาในการ
ดูแลเพื่อทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าเด็กทั่วไป เห็นได้
จากการศึกษาในมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการ
แต่กำเนิด พบว่ามารดาจะใช้เวลาในการดูแลมากกว่า
การดูแลเด็กปกติเฉลี่ยถึง 2 ชั่วโมงต่อวัน (Lawoko &
Soares, 2003) นอกจากนี้การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการ
แต่กำเนิดเป็นการดูแลที่มีความยุ่งยากซับซ้อน จาก
การที่มารดาต้องดูแลเด็กทั้งด้านทั่วไปตามพัฒนาการ
โดยมีเรื่องการเจ็บป่วยเข้ามาเกี่ยวข้องทำให้มารดาต้อง
ใช้ทักษะและเวลาในการดูแลมากกว่าเด็กทั่วไป เช่น
การรับประทานอาหารได้ครั้งละน้อย ๆ และต้องหยุด
พักเป็นช่วง ๆ จากอาการเหนื่อยอ่อน และมีความทน
ต่อการทำกิจกรรมได้น้อยกว่าปกติเป็นต้น นอกจากนี้
ยังต้องมีการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น การ
ดูแลให้เด็กรับประทานยา การนำไปพบแพทย์ตามนัด
หรือเมื่อมีความผิดปกติต่าง ๆ (ศรีสมบุญ, 2553) ซึ่ง
ลักษณะดังกล่าวทำให้มารดาต้องใช้ความละเอียด และ
ความรอบคอบในการดูแลมากขึ้น ส่งผลให้มารดาต้อง
ใช้เวลาและพลังงานอย่างมากในการดูแลและมีผลให้

การดำเนินชีวิตของมารดาเปลี่ยนแปลงไป (Green,
2004; Nousi & Christou, 2010)

การดูแลโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่งผลต่อ
คุณภาพชีวิตของมารดาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม
และจิตวิญญาณ กล่าวคือ ด้านร่างกายจะมีผลให้
มารดามีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และนอนหลับ
พักผ่อนได้น้อย ด้านจิตใจ พบว่ามารดาจะมีความ
หงุดหงิดง่าย และมีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป
เนื่องจากมีเวลาในการดูแลตัวเองลดลง ด้านสังคม
พบว่า มารดาไม่มีเวลาเข้าสังคม ไม่สามารถทำหน้าที่
ในบทบาทอื่น ๆ ได้เหมือนเดิม เช่น การทำงานบ้าน
การดูแลสามี และการดูแลบุตรคนอื่น ๆ เป็นต้น และ
ด้านจิตวิญญาณ พบว่า มารดามีเวลาในการทำ
กิจกรรมทางศาสนาลดลง เป็นต้น (อรุณรัตน์และรัตน
าวดี, 2554; Green, 2004; Nousi & Christou, 2010)
จากผลกระทบดังกล่าวทำให้มารดามีการรับรู้ต่อการ
ดำเนินชีวิตของตนเองเป็นไปในด้านลบ มีผลให้มารดา
มีคุณภาพชีวิตที่แย่ลงดังการศึกษาในต่างประเทศ
พบว่ามารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมี
คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (Arafa, Zaher, El-
dowaty, & Moneeb, 2008; Hussein & Athman,
2013; Lawoko & Soares, 2003) สอดคล้องกับ
งานวิจัยเชิงคุณภาพในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับ
ผลกระทบของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการ
แต่กำเนิด ระยะก่อนผ่าตัดอายุ 1 - 3 ปี พบว่า การที่
มารดาต้องรับภาระในการดูแล ทำให้มีเวลาในการ
นอนหลับพักผ่อนน้อย ไม่มีโอกาสทำหน้าที่ใน
ครอบครัวหรือทำกิจกรรมทางสังคมได้เหมือนเช่นเคย
และยังได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจอีกด้วย (อรุณ
รัตน์และรัตนาวดี, 2554) จึงกล่าวได้ว่าการดูแลเด็ก



โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาอย่างมาก

ภาระการดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดา เนื่องจากการที่มารดาต้องรับภาระหนักในการดูแลโดยเฉพาะการดูแลเด็กโรคเรื้อรังที่ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ต้องใช้แหล่งประโยชน์ทั้งด้านเวลา พลังงาน และทรัพย์สินเงินทองอย่างมากในการให้การดูแลกิจวัตรประจำวันและการรักษาเด็กประกอบกับมารดายังต้องเรียนรู้ในด้านต่างๆ เพื่อดูแลให้เด็กมีชีวิตรอดและสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ ซึ่งกิจกรรมการดูแลดังกล่าวย่อมรบกวนกิจกรรมในบทบาทอื่น ๆ ในชีวิตประจำวันของมารดาจนส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในด้านลบ เห็นได้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของมารดาทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ โดยด้านร่างกายมารดามักจะมีอาการอ่อนเพลียและนอนหลับพักผ่อนได้น้อย ด้านอารมณ์มารดาจะมีอารมณ์หงุดหงิดง่ายเมื่ออยู่กับเด็ก และทุกครั้งที่เด็กมีอาการก็มักจะรู้สึกกลัวว่าเด็กจะตาย ส่วนด้านสังคมมารดาต้องใช้เวลาในการดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่หรืออยู่กับครอบครัวคนอื่น ๆ ได้เต็มที่ สุดท้ายด้านเศรษฐกิจพบว่าครอบครัวต้องมียาจ่ายเพิ่มขึ้นจากการดูแลรักษาเด็ก (Dhiranathara, 2008) จากผลกระทบดังกล่าวจึงทำให้มารดา มีการรับรู้และมีความพึงพอใจในชีวิตของตนเองลดลง ส่งผลให้มารดามีคุณภาพชีวิตแย่ลงตามมา

แม้มารดาจะมีภาระในการดูแลมากก็ตาม แต่หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีก็จะสามารถส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ กล่าวคือภาระการดูแลเป็นการรับรู้ของมารดาเมื่อมารดามีกิจกรรมความรับผิดชอบที่มากหรือหนักเกินไป โดยเป็นความ

ไม่สมดุลในการรับรู้ความต้องการในการดูแลกับแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งเมื่อมารดารับรู้ว่ามีความต้องการการดูแลมากกว่าสิ่งที่มีอยู่ ก็จะส่งผลให้มารดา รู้สึกมีภาระการดูแลเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งเสริมให้มารดามีแหล่งทรัพยากรที่เพียงพอในการตอบสนองความต้องการในการดูแลได้ (จุฬา, 2549) เห็นได้จากการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหากมารดาได้รับสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ จะทำให้มารดา รู้สึกมีคุณค่า มีความหวัง เป็นที่รักของคนรอบข้าง และมีความพร้อมในการแสดงบทบาทของการดูแลที่ดีได้ ส่วนการได้รับการสนับสนุนด้านเรื่องค่าไปค่ายต่าง ๆ ที่จะส่งเสริมให้เด็กได้รับการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจะช่วยให้มารดามีความรู้ความสามารถในการดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นหากมารดาได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ ที่เพียงพอก็จะส่งผลให้มารดาได้รับรู้ต่อภาระการดูแลลดลง อันจะส่งเสริมให้มารดามีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลแรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของมารดา ซึ่งน่าจะส่งผลให้มารดาสามารถให้การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาระดับของภาระการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 6-36 เดือน
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลแรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 6-36 เดือน



ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 6 - 36 เดือน

ประชากร คือ มารดาที่ดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุตั้งแต่ 6 - 36 เดือน ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีอายุตั้งแต่ 6 - 36 เดือน ที่มารับบริการ ณ คลินิกเด็ก (โรคหัวใจ) และศูนย์โรคหัวใจ นราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 85 ราย โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ คือ (1) อายุ 18 - 55 ปี (2) ดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 6 - 36 เดือน ที่ยังไม่เคยได้รับการผ่าตัดหัวใจ หรือเคยได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบประคับประคอง แต่ยังไม่เคยได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบสมบูรณ์ (total correction) (3) อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ภายหลังได้รับการวินิจฉัยมาอย่างช้า 6 เดือนและ (4) สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทย

เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ชุดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กโดยผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของมารดา ผู้วิจัยได้แปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจวาย ฉบับภาษาอังกฤษ (FAMQOL) ของนอเซอร์บากาส และเวลช์ (Nauser, Bakas, & Welch, 2011) ที่พัฒนาจากแนวคิดคุณภาพชีวิตของเฟอร์เรลล์ (Ferrell, 1996) โดยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 ด้าน ด้านละ 4 ข้อ ได้แก่ (1) ด้านร่างกาย (2) ด้านจิตใจ (3) ด้านสังคม และ (4) ด้านจิตวิญญาณ รวมทั้งสิ้น 16 ข้อ โดยแยกเป็นข้อคำถามด้านลบจำนวน 7 ข้อ ด้านบวกจำนวน 9 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 3 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 - 3 คะแนน ข้อคำถามด้านลบให้คะแนนกลับกันกับข้อคำถามด้านบวก (reverse score) โดยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระหว่าง 16 - 48 คะแนน การแปลผลระดับคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวมแบ่งตามเกณฑ์อันตรายภาคขึ้น (สายชล, 2555) ดังนี้

ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

คะแนน 16.00 - 26.66 หมายถึงมารดา

มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ

คะแนน 26.67 - 37.33 หมายถึงมารดา

มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง

คะแนน 37.34 - 48.00 หมายถึงมารดา

มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง

ระดับคุณภาพชีวิตรายด้าน

คะแนน 4.00 - 6.66 หมายถึงมารดา

มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ

คะแนน 6.67 - 9.33 หมายถึงมารดา

มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง

คะแนน 9.34 - 12.00 หมายถึงมารดา

มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง



3. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดา ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของเลิศลักษณ์ (2551) ที่พัฒนาจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของศิริกาญจนา (2543) ซึ่งสร้างตามแนวคิดของคอบบ์ (Cobb, 1976) ร่วมกับเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ (1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 5 ข้อ (2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและการเห็นคุณค่า 5 ข้อ (3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อ (4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร สิ่งของ เงินทอง และแรงงาน 4 ข้อ และ (5) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4 ข้อ คำถามมีจำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 5 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน โดยแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ระหว่าง 22 - 110 คะแนน การแปลผลระดับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งรายด้านและโดยรวมแบ่งตามเกณฑ์อันตรภาคขั้น (สายชล, 2555) ดังนี้

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม

คะแนน 22.00 - 51.33 หมายถึงมารดามีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ

คะแนน 51.34 - 80.67 หมายถึงมารดามีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

คะแนน 80.68 - 110.00 หมายถึงมารดามีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และการยอมรับและเห็นคุณค่า

คะแนน 5.00 - 11.66 หมายถึงมารดามีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ

คะแนน 11.67 - 18.33 หมายถึงมารดามีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

คะแนน 18.34 - 25.00 หมายถึงมารดามีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร สิ่งของ เงินทอง และแรงงาน และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

คะแนน 4.00 - 9.33 หมายถึงมารดามีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ

คะแนน 9.34 - 14.67 หมายถึงมารดามีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

คะแนน 14.68 - 20.00 หมายถึงมารดามีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

4. แบบสอบถามการระการดูแลของมารดา ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการดูแลในมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกของอรัญ (2545) ที่พัฒนาจากแบบวัดการระการดูแลตามแนวคิดของโอเบิร์ต (Obert, 1991) ข้อคำถามประกอบด้วย 3 ด้าน คือ (1) การดูแลโดยตรง 3 ข้อ (2) การดูแลระหว่างบุคคล 4 ข้อ และ (3) การทำกิจกรรมทั่วไป 7 ข้อ รวมทั้งหมด 14 ข้อ แต่ละข้อคำถามแยกเป็น 2 ส่วน คือ การใช้เวลาและความยากลำบากในการดูแล ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 3 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 - 3 คะแนน โดยคะแนนการระการดูแลโดยรวมอยู่ระหว่าง 14 - 42 คะแนน การแปลผลระดับการระการดูแลทั้งรายด้านและโดยรวมแบ่งตามเกณฑ์อันตรภาคขั้น (สายชล, 2555) ดังนี้

คะแนน 14.00 - 23.33 หมายถึงมารดามีการระการดูแลในระดับต่ำ

คะแนน 23.34 - 32.67 หมายถึงมารดามีการระการดูแลในระดับปานกลาง



คะแนน 32.68 - 42.00 หมายถึงมารดา
มีการการดูแลในระดับสูง

แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบ
ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน
และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสอบถามแรง
สนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการการดูแล
ผ่านการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นกับมารดาที่ดูแลเด็ก
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่ม
ตัวอย่าง จำนวน 20 ราย พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)
ของแบบสอบถามแต่ละฉบับ เท่ากับ .75, .91 และ
.78 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นข้อมูลระดับ
นามบัญญัติและอันดับโดยการแจกแจงความถี่และ
หาค่าร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นข้อมูล
ต่อเนื่องและค่าคะแนนแต่ละตัวแปรโดยหาค่าเฉลี่ย
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์
ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์
สัน (Pearson's product moment correlation
coefficient) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$
เนื่องจากได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้
สถิติ พบว่าข้อมูลแต่ละตัวแปรมีการแจกแจงเป็นโค้ง
ปกติและมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นแบบ
เส้นตรง

ผลการวิจัย

จากกลุ่มตัวอย่าง 85 ราย พบว่า มารดาส่วน
ใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 18 - 35 ปี (ร้อยละ 63.5) มีสถานภาพ
สมรสที่สุด (ร้อยละ 92.9) โดยประมาณหนึ่งในสาม
ของมารดามีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ
34.1) และไม่ได้ประกอบอาชีพหรือว่างงาน (ร้อยละ
29.4) มารดาเกินครึ่งหนึ่งมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย
แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 54.1) มารดาส่วนใหญ่ไม่มี

โรคประจำตัว (ร้อยละ 84.7) และรับรู้สุขภาพของ
ตนเองแข็งแรง (ร้อยละ 83.5) ส่วนระยะเวลาที่ดูแลลูก
ที่เจ็บป่วยอยู่ในช่วง 25 - 36 เดือนมากที่สุด (ร้อยละ
41.2) ดังแสดงในตารางที่ 1 ส่วนข้อมูลของผู้ป่วยเด็ก
พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 25 - 36 เดือน
(ร้อยละ 41.2) เป็นเพศชายใกล้เคียงกับเพศหญิง
(ร้อยละ 50.6) เป็นโรคหัวใจชนิดไม่เชื่อมโยงมากกว่า
โรคหัวใจชนิดเขียว (ร้อยละ 57.6) มีระดับความรุนแรง
ของโรคหัวใจที่ระดับ 1 มากที่สุด (ร้อยละ 50.6)
รองลงมา คือ ระดับ 2 (ร้อยละ 42.3) และระดับ 3
ตามลำดับ (ร้อยละ 7.1) ร้อยละรวมเพียงร้อยละ 11.8
และส่วนใหญ่ไม่เคยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจ
พิการแต่กำเนิดในการรักษา (ร้อยละ 77.6) โดยเด็ก
เกือบครึ่งหนึ่งมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยอยู่ในช่วง 6 - 12
เดือน (ร้อยละ 40) ส่วนใหญ่มีอายุประจำ (ร้อยละ 60)
และไม่เคยนอนโรงพยาบาล (ร้อยละ 56.5)

ผลการศึกษาพบว่ามารดามีการการดูแล
โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($mean = 25.74, SD = 3.86$) และใช้เวลาในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง
ส่วนความยากลำบากในการดูแลอยู่ในระดับต่ำสำหรับ
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($mean = 85.18, SD = 13.79$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า
แรงสนับสนุนทางสังคมทุกด้านอยู่ในระดับสูง ยกเว้น
ด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพ
ชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($mean = 39.61, SD = 6.17$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตทุกด้าน
อยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง
ดังแสดงในตารางที่ 1



ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) พบว่า ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.31, p < .01$) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .47, p < .01$) ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.24, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของภาระการดูแลแรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของมารดาทั้งรายด้านและโดยรวม ($N = 85$)

ตัวแปร	mean	S.D.	ระดับ
1. ภาระการดูแลโดยรวม	25.74	6.86	ปานกลาง
การใช้เวลาในการดูแล	30.66	4.32	ปานกลาง
ความยากลำบากในการดูแล	22.95	5.75	ต่ำ
2. แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	35.18	13.79	สูง
การสนับสนุนด้านอารมณ์	20.29	3.89	สูง
การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	18.75	4.27	สูง
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	14.52	3.37	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านทรัพยากร สิ่งของ เงินทอง และแรงงาน	15.74	2.87	สูง
การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	15.85	2.86	สูง
3. คุณภาพชีวิตโดยรวม	39.61	6.17	สูง
ด้านร่างกาย	9.87	1.94	สูง
ด้านจิตใจ	8.98	2.49	ปานกลาง
ด้านสังคม	10.11	2.12	สูง
ด้านจิตวิญญาณ	11.00*	2.00**	สูง

* Mdn, ** Interquartile range



ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างภาวะการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของมารดา (N=85)

ตัวแปร	1	2	3
1. คุณภาพชีวิต	1		
2. แรงสนับสนุนทางสังคม	.47**	1	
3. ภาวะการดูแล	-.31**	-.24*	1

หมายเหตุ. * $p < .05$ ** $p < .01$

อภิปรายผล

ภาวะการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของมารดา

การศึกษาครั้งนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลโดยรวมของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดตามปริมาณการใช้เวลาและความยากลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($mean = 25.74, SD = 3.86$) ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1 และ 2 (ร้อยละ 50.60 และ 42.30 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอาการไม่รุนแรง เด็กสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมต่างๆ ได้ใกล้เคียงกับเด็กทั่วไปอาจมีหัวใจเหนื่อยเล็กน้อยในเด็กเล็ก หรือหายใจลำบากเมื่อพยายามออกกำลังกายหรือใช้กำลัง (Ross as cite in Chaturvedi & Saxena, 2009) ประกอบกับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่วนใหญ่ไม่มีโรคอื่นร่วม (ร้อยละ 88.20) และเกือบครึ่งหนึ่งไม่เคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ร้อยละ 43.50) การดูแลจึงไม่แตกต่างจากเด็กทั่วไปมากนัก นอกจากนี้มารดาส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 18 - 35 ปี (ร้อยละ 63.50) ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความพร้อมในการเรียนรู้ และมีความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีรวมทั้งมารดาส่วนใหญ่ยังรับรู้สุขภาพร่างกายของตนเองแข็งแรง (ร้อยละ 83.50) มารดาจึงสามารถดูแลลูกที่เจ็บป่วยได้โดยไม่รู้สึกรำคาญมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต (Srichantarant et al., 2010) ด้วยเหตุนี้มารดาจึงมีภาวะการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากผลการศึกษาภาวะการดูแลที่ศึกษาในมารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร พบว่ามารดาได้รับผลกระทบจากการดูแลในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำ (Dhirathara, 2008) เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวใช้แนวคิดภาวะการดูแลของเซาว์ (Chou, 2000) ซึ่งประเมินภาวะการดูแลจากผลกระทบที่จิตขึ้นในขณะที่มารดาให้การดูแลเด็กที่เจ็บป่วยอย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้คล้ายกับการศึกษาภาวะการดูแลในมารดาเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่พบว่ามารดามีภาวะการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (ไพรินทร์, 2543) ส่วนในมารดาที่ดูแลเด็กโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคหอบหืด (เลิศลักษณ์, 2551) โรคธาลัสซีเมีย (สุพัฒนศิริ, 2548) และออทิสติก (อรทัย, 2546) พบว่ามารดามีภาวะการดูแลอยู่ในระดับต่ำ



เมื่อพิจารณาภาระการดูแลตามปริมาณการใช้เวลาและความยากลำบากในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแล พบว่ามารดาใช้เวลาในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความยากลำบากในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งการที่คะแนนเฉลี่ยของการใช้เวลาในการดูแลของมารดาสูงกว่าความยากลำบากในการดูแลนั้น เนื่องจากการใช้เวลาในการดูแลบุตรค่อนข้างมาก โดยเฉพาะการแสดงความรัก การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง และการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กตลอดจนมารดาต้องใช้เวลาในการหาเงินมาเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมถึงจัดการเรื่องการเดินทางเพื่อนำบุตรมาพบแพทย์อีกด้วย และการที่มารดามีความผูกพันใกล้ชิดกับลูก มารดาจึงให้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลลูกโดยไม่รู้สึกรว่าการดูแลมีความยากลำบากแต่อย่างใด (Srichantarant et al., 2010) ประกอบกับการศึกษาครั้งนี้มารดาส่วนใหญ่ดูแลลูกที่เจ็บป่วยมาเป็นเวลาอย่างน้อย 25 เดือน ซึ่งนานพอที่จะทำให้มารดาได้เรียนรู้และปรับตัวในการทำกิจกรรมต่างๆในการดูแลบุตร ให้สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันของตนเองได้

แรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($mean = 85.18, SD = 15.79$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าในการศึกษาครั้งนี้มารดาได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ที่เพียงพอ เช่น ด้านอารมณ์ มารดามีคนรอบข้าง โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวคอยให้ความรักความห่วงใยให้ความอบอุ่นและมั่นใจเมื่อมารดามีเรื่องวิตกกังวลคอยรับฟังปัญหา และคอยปลอบโยนและให้กำลังใจเมื่อมารดาท้อแท้ซึ่งการที่มารดาได้รับการสนับสนุนในด้านอารมณ์ที่เพียงพอจะมีผลให้มารดา รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และมีความพร้อมที่จะรับมือหรือ

ปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ตลอดจนส่งเสริมให้มารดามีแรงจูงใจและมีความพยายามในการดูแลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้มารดาเกือบครึ่งหนึ่งมีการศึกษาอยู่ในระดับดี คือ การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 41.20) ทำให้สามารถเรียนรู้และแสวงหาแหล่งประโยชน์ในการดูแลได้กว้างขวางมากขึ้น ส่วนด้านทรัพยากร สิ่งของ เงินทอง และแรงงานในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเด็กทั้งหมดได้รับการรักษาฟรีจากการใช้สิทธิสุขภาพดีถ้วนหน้าจึงสามารถลดภาระด้านการเงินของมารดาได้อีกหนึ่งด้วย และจากการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ที่กล่าวมา จึงทำให้มารดาได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมในมารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในเขตภาคเหนือ พบว่ามารดามีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงเช่นกัน (Chaisom, 2008)

เมื่อวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคมรายด้านพบว่าแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าด้านทรัพยากร สิ่งของ เงินทอง และแรงงานมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ส่วนแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามารดาส่วนใหญ่มีคนรอบข้างที่เข้าใจและเห็นใจที่มีบุตรเจ็บป่วย รวมทั้งมีคนคอยให้ความรักความห่วงใยคอยรับฟังปัญหา และให้กำลังใจเมื่อมารดาท้อแท้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยที่ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย ซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นแหล่งสนับสนุนหลักที่ทำให้มารดาได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านอารมณ์ที่จะมีอิทธิพลต่อมารดาอย่างมาก (บุญ



มาศ, 2550) รวมทั้งการดำเนินชีวิตของคนไทยเป็นวิถีความเป็นอยู่แบบสังคม มารดาจึงยังคงมีบทบาททางสังคมได้อย่างต่อเนื่อง และได้รับการยอมรับจากคนรอบข้างว่าตนเองมีบทบาทสำคัญในการดูแลและยังสามารถให้การดูแลลูกได้เป็นอย่างดีเป็นส่วนแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมีผู้รับบริการจำนวนมาก โดยเฉพาะเด็กโรคหัวใจมีประมาณ 50 รายต่อวัน ดังนั้นแพทย์จึงมีเวลาในการให้ข้อมูลข่าวสารในด้านต่าง ๆ ไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่จึงเน้นให้ข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับโรคและการรักษาเป็นหลัก ($mean = 4.11, SD = 0.96$) รองลงมาคือ คำแนะนำในการดูแลเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน คำแนะนำเมื่อมารดามีปัญหาในการดูแล และคำแนะนำถึงแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ ในการดูแลตามลำดับ ($mean = 3.93, SD = 0.87; mean = 3.74, SD = 1.04$ และ $mean = 3.34, SD = 1.16$ ตามลำดับ) ด้วยเหตุนี้จึงทำให้มารดาให้คะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับแรงสนับสนุนด้านอื่น ๆ

คุณภาพชีวิตของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีคะแนนอยู่ในระดับสูง ($mean = 39.61, SD = 60.7$) ทั้งนี้เนื่องจากการดำรงชีวิตการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงรวมทั้งผู้ป่วยเด็กเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.50) ไม่เคยนอนโรงพยาบาล และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.60) ไม่เคยเกิดภาวะแทรกซ้อนใด ๆ จากโรคและการรักษา จึงน่าจะบ่งชี้ได้ว่าเด็กส่วนใหญ่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ใกล้เคียงกับเด็กทั่วไป มารดาจึงรับรู้ว่าการดูแลบุตรไม่ได้มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตมากนัก นอกจากนี้มารดาเกือบครึ่งหนึ่ง

(ร้อยละ 40) ที่ดูแลบุตรอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานอย่างน้อย 25 เดือน จึงน่าจะทำให้มารดามีความคุ้นเคยกับการดูแลบุตรที่เจ็บป่วย จนสามารถปรับกิจกรรมการดูแลให้สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันและการทำหน้าที่ยื่น ๆ ได้ มารดาจึงรู้สึกว่าการดูแลไม่ได้กระทบกับการดำเนินชีวิตมากนัก มารดาจึงมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงอย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้แตกต่างกับการศึกษาในประเทศอิตาลี ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งประเมินคุณภาพชีวิตจากผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแล ในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ พบว่า มารดาเกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52) มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ และมารดาหนึ่งในสาม (ร้อยละ 29) มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำที่สุด อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 73.50) และมารดาเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 44.40) ได้ลาออกจากงาน หลังจากที่บุตรได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด รวมทั้งมารดาเกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.50) มีภาวะทางเศรษฐกิจไม่ดี จึงอาจทำให้มารดามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำได้ (Hussein & Athman, 2013)

สำหรับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านนั้น พบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด รองลงมาคือ ด้านร่างกาย ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณตามลำดับ กล่าวคือการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่งผลกระทบต่อมารดาในด้านจิตใจมากที่สุด เนื่องจากการเจ็บป่วยของบุตรไม่ว่าด้วยสาเหตุใดก็ตาม ย่อมมีผลกระทบต่อจิตใจของมารดา เห็นได้จากการศึกษานี้ พบว่ามารดารู้สึกมีงานที่ต้องรับผิดชอบล้นมือ รู้สึกเหน็ดเหนื่อย และรู้สึกถึง



เครียดจากการดูแลมากที่สุดเมื่อเทียบกับคุณภาพชีวิตเรื่องอื่น ๆ และถึงแม้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะมีระดับความรุนแรงของโรคที่ระดับ 1 และ 2 แต่ก็อาจมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ส่งผลให้มารดาต้องสังเกตอาการตลอดเวลา (อรุณรัตน์และรัตนาวดี, 2554; Srichantaranit et al., 2010) รวมทั้งมารดาอาจต้องรับมือกับพฤติกรรมดื้อเอาแต่ใจของเด็ก (Nousi & Christou, 2010) ประกอบกับการใช้เวลาในการดูแลมากก็ย่อมส่งผลต่ออารมณ์และจิตใจของมารดา รวมถึงส่วนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายเป็นด้านที่ได้รับผลกระทบรองลงมา สืบเนื่องจากการที่มารดาต้องรับภาระในการดูแล เวลาส่วนใหญ่จึงหมดไปกับการดูแล ทำให้มารดานอนหลับพักผ่อนได้น้อย มีเวลาดูแลตัวเอง เช่น การออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ น้อยลง เป็นต้น

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของมารดา

ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.31, p < .01$) บ่งชี้ว่ามารดาที่มีภาระการดูแลน้อยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากการดูแลน้อยลงมารดาจึงมีความพึงพอใจและเกิดความความสุขในชีวิต ส่งผลให้มารดามีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผลการศึกษครั้งนี้แม้มารดามีภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง แต่เนื่องด้วยผู้ช่วยเด็กส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง บางรายก็ได้รับการผ่าตัดเพื่อประคับประคองอาการแล้วทำให้การดูแลเด็กโรคหัวใจกลุ่มนี้ไม่มีความซับซ้อนหรือยุ่งยากลำบากมากนัก รวมทั้งมารดาส่วนใหญ่ มีการศึกษาดี ไม่มีโรคประจำตัว และยังรับรู้ว่าคุณภาพ

แข็งแรง อีกทั้งมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย จึงส่งผลให้มารดามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงจึงกล่าวได้ว่ามารดาที่มีภาระการดูแลตั้งแต่ระดับต่ำถึงปานกลางสามารถที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในมารดาเด็กโรคหัวใจที่พบว่าภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Litzelman et al., 2011)

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .47, p < .05$) บ่งชี้ว่ามารดาที่ได้รับแรงสนับสนุนที่เพียงพอจะส่งผลให้มารดามีความรู้สึกรับประกันในตนเอง มีความมั่นคงทางอารมณ์ และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในการดูแลน้อยลง รวมทั้งมารดาจะมีเสถียรภาพด้านร่างกายอีกด้วยจึงทำให้มารดามีพลังในการแก้ปัญหาหรือต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ (ดาร์ริกา, 2540) ทำให้มารดาสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นคง มารดาจึงมีความพึงพอใจและเกิดความความสุขในชีวิต อันจะส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (Ferrell, 1996) สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่ศึกษาในมารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .30, p < .05$) (Lawoko & Soares, 2003)

ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.24, p < .01$) อธิบายได้ว่าถ้ามารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีก็จะทำให้มารดาารู้สึกถึงภาระใน



การดูแลน้อย กล่าวคือการที่มารดาได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนในการดูแลจากคนรอบข้าง เช่น การได้รับความรัก ความอบอุ่น และได้รับความช่วยเหลือในด้านกำลัง ทรัพยากร และข้อมูลข่าวสารในการดูแลที่เพียงพอจะทำให้มารดารับรู้ตนเองว่ามีความสามารถและมีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น ทำให้มารดาสามารถจัดการกับสถานการณ์การดูแลที่ยุ่งยากลำบากได้ มารดาจึงรับรู้ถึงภาระในการดูแลน้อยลงมีผลให้มารดาเกิดความภาคภูมิใจและมีความพึงพอใจในตนเอง จนนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (จุฬา, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาในมารดาที่ดูแลเด็กโรคหอบหืดพบว่าภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กัลยาณี, 2554) จึงกล่าวได้ว่าแม้มารดาจะมีภาระการดูแลค่อนข้างมากแต่หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีและเพียงพอ ก็สามารถส่งเสริมให้มารดา มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคุณผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาอันมีค่าในกรณีช่วยเหลือและให้คำปรึกษา รวมถึงคอยให้กำลังใจในการทำวิจัยมาโดยตลอด ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลตลอดการทำวิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา ซึ่งเป็นหน่วยงานต้นสังกัดที่ได้อนุญาตให้ผู้วิจัยลาศึกษาและสนับสนุนทุนการศึกษาอย่างต่อเนื่องและขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ให้การสนับสนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้



เอกสารอ้างอิง

- กัลยาณี ปรีชาพงศ์มิตร. (2554). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จุฬาพัฒนา นิจนินันดร. (2549). ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดไบโพลาร์ที่บ้าน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลจิตเวชสงขลานครินทร์. สำนวนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ดาริกา ธารบัวสวรรค์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ป่วยธาลัสซีเมียวัยผู้ใหญ่ตอนต้น วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- บุญชอบ พงษ์พาณิชย์. (2555). โรคหัวใจเด็กในประเทศไทย. ใน บุญชู ศรีจงกลอง, กฤตย์วิกรม ดุรงค์พิศขณิกุล, ชตชนก วิจารณ์, กัญญลักษณ์ วิเทศสนธิ, มนัส ปะนะมนตา, อังคณา เก่งสกุล, และสุภาพร โรยมนิ (บรรณาธิการ), *กุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ* (หน้า 1-4). กรุงเทพมหานคร: ไอเกรสกรุ๊ป.
- บุญมาศ จันศิริมงคล. (2550). ความเครียด ความวิตกกังวลและความเครียดแรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งที่เข้ารับรังสีรักษา วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ไพรินทร์ กันทะนะ. (2543). การดูแลของผู้ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลการเวชศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เลิศลักษณ์ ศรีวงศ์ษา. (2551). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของมารดาเด็กโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ศิวามุขมณัฏ มุสิกสุนทร. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิด: หลักการและแนวทางการปฏิบัติ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 28(2), 13-22.
- ศิริกาญจนา เอกสิริไตรรัตน์. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคหอบหืด ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืดด้วย 0 - 6 ปี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.



เอกสารอ้างอิง

- สายชล สีนสมบูรณ์ทอง. (2555). *สถิติเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักท์.
- สุพัฒศิริ บุญยะวัตร. (2548). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียที่บ้านในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิตย์, และรัตนาวดี ขอบตะวัน. (2554). การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในระยะก่อนผ่าตัดหัวใจ: ผลกระทบต่อครอบครัว. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(2), 7-18.
- อรัญญา ทองเพ็ชร. (2545). *ภาระการดูแลของมารดาเด็กออทิสติก*. การศึกษาค้นคว้าอิสระตามหลักสูตรปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- Arafa, M. A., Zaher, S. R., El-Dowaty, A. A., & Moneeb, D. E. (2008). Quality of life among parents of children with heart disease, *Health and Quality of life Outcomes*, 6, 91.
- Chaisom, P. (2008). *Predicting factors of dependent care behaviors among of toddlers with congenital heart disease*. (Unpublished doctoral dissertation). Chiang Mai University, Chiang Mai.
- Chaturvedi, V., & Saxena, A. (2009). Heart failure in children: Clinical aspect and management. *Indian Journal of Pediatrics*, 76, 195-205.
- Chou, K. R. (2000). Caregiver burden: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(6), 398-407.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Dhiranonthara, N. (2008). *Factors influencing burden experienced by caregivers of children with congenital heart disease*. (Unpublished master's thesis). Mahidol University, Bangkok.
- Ferrell, B. R. (1996). The quality of lives: 1,525 voices of cancer. *Oncology Nursing Forum*, 23(6), 907-916.
- Go, A. S., Mozaffarian, D., Roger, V. L., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Borden, W. B.,...Turner, M. B. (2013). Heart disease and stroke statistics – 2013 update: A report from the American heart association. *Circulation*, 127, e6- e245.



เอกสารอ้างอิง

- Green, A. (2004). Outcome of congenital heart disease: A review. *Pediatric Nursing*, 30(4), 280-284.
- Hussein, K. A., & Athman, N. R. (2013). Quality of life for caregivers of children with congenital heart disease in surgical specialty hospital-cardiac center Kurdistan region/Iraq. *Journal of Kufa for Nursing Science*, 3(2), 1-11.
- Lawoko, S., & Soares, J. J. F. (2003). Quality of life among parents of children with congenital heart disease, parents of children with other diseases and parents of healthy children. *Quality of Life Research*, 12, 655-666.
- Litzelman, K., Catrine, K., Gangnon, R., & Witt, W. P. (2011). Quality of life among parents of children with cancer or brain tumors: The impact of child characteristics and parental psychosocial factors. *Quality of Life Research*, 20(2), 1261-1269.
- Nausser, J. A., Bakas, T., & Welch, J. L. (2011). A new instrument to measure quality of life of heart failure family caregivers. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(1), 53-64.
- Nousi, D., & Christou, A. (2010). Factors affecting the quality of life in children with congenital heart disease. *Health Science Journal*, 4(2), 94-100.
- Obert, M. T. (1991). *Appraisal of caregiving scale*. Madison, WI: University of Wisconsin.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related function of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-405.
- Srichantarani, A., Chontawan, R., Yenbut, J., Ray, L., Laohaprasittiporn, D., & Wanitkul, S. (2010). Thai families' caring practices for infants with congenital heart disease prior to cardiac surgery. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 14(1), 61-78.



การจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น ตาม การรับรู้ของวัยรุ่นในชนบท จังหวัดอุดรธานี

Reproductive health care services for teenagers in perspectives of teenagers in rural, UdonThani, Thailand

ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง วนิดา ศรีพวงพญา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสกลนคร

ดวงพร ถิ่นถา สติภากร สุระถิตย์ เพ็ญศิริ ศรีจันทร์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้แบบสอบถาม เพื่อศึกษาความคิดเห็นของวัยรุ่นเกี่ยวกับ สถานการณ์การจัดบริการอนามัยเจริญพันธุ์ คุณลักษณะบริการที่เป็นมิตร และสมรรถนะของผู้ให้บริการสุขภาพของสถานบริการสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นอายุ 12-18 ปี กำลังเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษา ใน 5 พื้นที่ชนบท จังหวัดอุดรธานีที่เป็นกลุ่มเสี่ยง โดยสุ่มเลือกอย่างง่าย จำนวน 450 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม 1 ชุด แบ่งเป็น 5 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง, ความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ, การตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์เมื่อมีเพศสัมพันธ์, ความคิดเห็นเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวีและเอดส์, และการตระหนักด้านการจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.91 การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ และสถิติ chi - square ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องเพศศึกษา 6.34 จากคะแนนเต็ม 11 คะแนน กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงส่วนใหญ่เชื่อว่าการใช้ถุงยางอนามัยเป็นวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพ ทักษะคิดต่อการจัดบริการอนามัยเจริญพันธุ์

วัยรุ่นส่วนใหญ่คือร้อยละ 74.7 ไม่ทราบว่าจะสถานบริการอยู่ที่ไหน และร้อยละ 80 ตอบแบบสอบถามว่า สถานบริการเหล่านี้น่าจะไม่มีประโยชน์มาก ไม่ทราบว่าสถานที่เหล่านี้ให้บริการอะไรแก่วัยรุ่นพบร้อยละ 60.6 และร้อยละ 50 ระบุว่าสถานบริการเหล่านี้ไม่มีบริการสำหรับวัยรุ่น และที่สำคัญคือร้อยละ 98 ของกลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นว่า มันเป็นการยากที่จะเข้าถึงสถานบริการเหล่านี้ โดยที่ร้อยละ 75 กังวลว่าเจ้าหน้าที่ของสถานบริการเหล่านี้จะคาดเดาพฤติกรรมของวัยรุ่น ข้อเสนอแนะจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่าความรู้ที่ได้รับจากโรงเรียนยังไม่เพียงพอเกี่ยวกับการรักร่วมเพศ เลสเบี้ยน เกย์ การมีสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนต่างเพศ การตั้งครรภ์และการทำแท้ง ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ควรมีการเพิ่มเติมในการสอนเพศศึกษาในโรงเรียน ระบบบริการสุขภาพคือหน่วยงานสาธารณสุขทั้งในระดับประเทศ เขต จังหวัด และพื้นที่ ควรมีการกำหนดนโยบาย กลยุทธ์และกิจกรรมที่รณรงค์ส่งเสริมความรู้ ทักษะคิด และทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์สำหรับเยาวชน ควรที่จะกำหนดให้เห็นถึงสิทธิของเยาวชนในการรับบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การเข้าถึงบริการ การเข้าถึงข้อมูลที่หลากหลายด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดคือศึกษาเฉพาะวัยรุ่นในโรงเรียน ดังนั้น จึง



ควรมีการศึกษาให้ครอบคลุมวัยรุ่นในทุกพื้นที่และครอบคลุมทั้งกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่เสี่ยง กลุ่มเสี่ยง ทั้งในและนอกโรงเรียน

คำสำคัญ : การจัดบริการสุขภาพ, ด้านอนามัยเจริญพันธุ์, วัยรุ่นชนบท

Abstract

This survey study was taken with 439 teenagers aged 12-18 years in 5 villages, Udon Thani, Thailand. This study aimed to explore the existing attitudes of rural Thai teenagers towards reproductive health care services. The questionnaire survey had been used for teenage participants that the instrument included 5 dimensions of general information of participants, the knowledge of sexual health, the awareness of prevention of pregnancy when having sex, the attitudes of sexual transmitted diseases, HIV, and AIDS, and the awareness of reproductive health services. The reliability of the questionnaire survey found $\alpha = 0.91$. The descriptive statistics were used to analyse the data.

Results: The findings showed the mean knowledge score of contraception and condom reproductive was 6.34 from a total score 11. Most students suggested that the knowledge from schools was not enough. The topics that students needed teachers to provide including homosexual, pregnancy, and abortion. Most teenagers stated that using condom is effective to protect them from pregnancy. However, most male teens felt embarrassment to get condoms from health services. More than 70 percent of

teenagers of both sexes did not have much information about available sexual health services, provided for them (74.7%). They did not think health care officials were useful for them (80%). Most teenagers did not access and get advice from health care services (98%). Most teenagers never talked with health care staff about sexual topics that they were not sure that talking with health care staff was private (75%). Most teenagers especially girls expressed a need for counseling services and reported a need for telephone services. **Conclusions:** The need of appropriate information focusing on sexual relationships and contraception should be designed to help young people make wise decisions and there should be establishment of easily accessible health care services for Thai teenagers. Health care providers are also need to improve their knowledge, attitudes and skills in reproductive health care practices for Thai teenagers. The future research should address the target groups cover teenagers in schools, out of schools, risky and less risky groups.

Keywords : Health Care Service, Reproductive Health, Rural Teenagers

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปรากฏการณ์ที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสังคมและสาธารณสุขของหลายประเทศทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า มีมารดาวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีคลอดประมาณ 14 ล้านคนต่อปี ซึ่งประมาณ 12.8 ล้านคน เป็นมารดา



วัยรุ่นจากประเทศกำลังพัฒนา (WHO, 2007) วัยรุ่นสมัยใหม่มีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น เมื่อเทียบกับวัยรุ่นสมัยก่อน โดยเริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่เริ่มเข้าเรียนชั้นมัธยมศึกษา การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นมักจะมีผลกระทบในทางลบ ไม่ว่าจะเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมและ/หรือ การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (WHO, 1998; Edgardh, 2000; Diclemente *et al.*, 2001) จากการศึกษาในเด็กระดับมัธยมศึกษาตอนต้นจังหวัดปทุมธานีของ กุลวดี เถรว่อง ราชภักดี (2551) กล่าวถึงแนวคิดการเกิดพฤติกรรมทางเพศ พบว่าปัจจัยทางสังคมซึ่งเป็นเสมือนตัวกระตุ้นภายนอกคือสภาพแวดล้อมที่เป็นรูป รส กลิ่น เสียงและสัมผัสได้แก่รูปแบบการเลี้ยงดูในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การอบรมสั่งสอนเรื่องเพศในครอบครัว ลักษณะเพื่อนสนิทที่คบ แหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องเพศที่ได้รับ องค์ประกอบต่างๆ เหล่านี้ ถ้าไม่มีความเหมาะสมจะเป็นตัวกระตุ้นหรือสิ่งเร้าให้วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมตามมา หนทางในการลดปัญหาเหล่านี้จึงต้องเริ่มจากการเลี้ยงดูในครอบครัวแบบอย่างพฤติกรรมของบิดามารดา ความรัก อ่อนน้อม ความเข้าใจ การให้คำปรึกษา แนะนำ ชี้แนะทางที่เหมาะสม ทั้งจากบิดามารดา ครูอาจารย์ ผู้ใกล้ชิด การเลือกคบเพื่อน รวมถึงสังคมที่ต้องคำนึงการจัดตั้งสถานบันเด็กต่างๆ ให้ห่างไกลจากสถานศึกษา และผู้ผลิตสื่อที่สื่อถึงความระมัดระวังในการเสนอสื่อประเภทต่างๆ ออกสู่สังคมเพื่อมิให้เป็นการกระตุ้นให้วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หากทุกฝ่ายร่วมมือกัน เชื่อว่าปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในเด็กวัยรุ่นไทยจะไม่เพิ่มมากขึ้น ผลจากการวิจัย ครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่านักเรียนส่วนหนึ่ง เริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย และไม่มีความรู้เรื่องการป้องกันผลกระทบที่เกิดขึ้น

และการดูแลตนเอง ให้ปลอดภัยก่อนและภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ หรือความรู้ที่ได้รับแล้วนั้นยังไม่เพียงพอ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นไทย ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ยังไม่ได้ถูกแก้ไขอย่างจริงจัง (Avert, 2011) และการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยจึงเป็นทางเลือกสำหรับวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม (Warakamin *et al.*, 2004) Allen และคณะ (2003) ศึกษาในนักศึกษาหญิง ระดับไฮสคูล พบค่าเฉลี่ยอายุของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 17.6 ปี และมีเพียงครึ่งหนึ่งของผู้หญิงมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ มีการป้องกันการตั้งครรภ์ Paz-Bailey (2003) รายงานว่า มีเพียง 6% ที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ Chato, *et al.* (2007) รายงาน 24% ของหญิงวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์เคยตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ และ 7% เคยได้รับการรักษาจากปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

จังหวัดอุดรธานีมีประชากรวัยรุ่นคิดเป็น 16.3% ของประชากรทั้งหมด และประมาณ 20% ของเด็กทารกแรกเกิด จากมารดาวัยรุ่น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2552) และพบวัยรุ่นทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยคิดเป็น 30.4% จากการแท้งทั้งหมด และพบวัยรุ่นติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 52% จากกลุ่มที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้งหมด (โรงพยาบาลอุดรธานี, 2552) จากสถานการณ์ทางระบาดวิทยาของจำนวนกลุ่มวัยรุ่นและปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ของจังหวัดอุดรธานีที่คุกคามคุณภาพชีวิตวัยรุ่นอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น ด้วยเพราะปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น ที่เป็นผลมาจากเยาวชนขาดความรู้และทักษะ รวมทั้งกับเยาวชนอยู่ท่ามกลางสภาพแวดล้อมของ



ครอบครัว ชุมชน สถานบริการ สถานศึกษา สื่อเทคโนโลยี ระบบบริการสุขภาพ และกลุ่มเพื่อนที่เป็นปัจจัยแวดล้อมเอื้อและส่งเสริมให้เยาวชนมีความเปราะบางทางพฤติกรรมและวิถีชีวิตเพิ่มขึ้น ทั้งยังพบว่าระบบบริการสุขภาพและสังคมในพื้นที่ขาดการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ให้เกิดการจัดบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงบริการและใช้ทรัพยากรร่วมกันจนเกิดบริการแก่กลุ่มเป้าหมายอย่างครบวงจร วัยรุ่นขาดช่องทางเข้ารับบริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานและสอดคล้องกับความต้องการในการดูแล ป้องกัน และรักษาอย่างเป็นระบบ ขาดความสมบูรณ์ของหน่วยงานผู้ให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์และเอดส์ ทำให้วัยรุ่นยังไม่สามารถได้รับบริการสุขภาพและสังคมอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ

ดังนั้นการพัฒนาแบบบริการสุขภาพและสังคมที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ควรมุ่งเน้นการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการที่เชื่อมโยงกับกิจกรรมการป้องกัน และงานบริการอื่น ๆ รวมถึงการส่งต่อจากหน่วยบริการสุขภาพเพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลทางสังคมต่อเนื่องระยะยาว โดยการออกแบบและจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพและสังคมที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นได้คำนึงถึงการจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพที่ดำเนินการได้ถูกต้องตามมาตรฐานและให้บริการได้อย่างครอบคลุมครบถ้วน ที่ตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นครอบคลุมทั้ง 5 ด้านคือ 1) บริการสำหรับป้องกันวัยรุ่นทั่วไปและแก้ไขวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ 2) บริการสำหรับป้องกันวัยรุ่นทั่วไปและวัยรุ่นหญิงตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้ง 3) บริการสำหรับป้องกันวัยรุ่นทั่วไปและแก้ไขวัยรุ่นที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 4) บริการสำหรับป้องกันวัยรุ่นทั่วไปและแก้ไขวัยรุ่นที่ติดเอดส์ที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว 5) บริการสำหรับป้องกันวัยรุ่นทั่วไปและแก้ไขวัยรุ่นที่ถูกกระทำความรุนแรงทางเพศ มีความเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพกับระบบการจัดการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของวัยรุ่นในพื้นที่และโครงสร้างบริการสังคม และมีการจัดวางระบบข้อมูลข่าวสารสำหรับใช้ติดตามและประเมินผลการให้บริการสุขภาพและสังคมและประเมินผลระบบบริการสุขภาพ

ซึ่งสำนักงานมายการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานของการให้บริการสุขภาพและอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ใน 4 มิติ ได้แก่ การจัดการ การเข้าถึง การคุ้มครอง และประสิทธิภาพในการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อเป็นแนวทางให้หน่วยบริการสาธารณสุขนำไปใช้ในการปรับปรุงระบบบริการ (สมศักดิ์ สุทัศนวรวิทย์ และคณะ, 2556) ซึ่งหน่วยบริการได้นำหลักเกณฑ์มาใช้ในการพัฒนาระบบบริการในปี 2557 และทางสำนักงานมายการเจริญพันธุ์มีการติดตามประเมินผลการจัดระบบบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในระดับจังหวัดและอำเภอตามเกณฑ์ที่กำหนด

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสภาพการณ์เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น ตามการรับรู้ของวัยรุ่นในชนบท จังหวัดอุดรธานี เพื่อนำมาเป็นข้อมูลนำใช้ในการพัฒนาระบบและรูปแบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรให้กับเยาวชนแต่ละวิถีชีวิตนั้นจะทำให้เกิดการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของเยาวชนด้านสุขภาวะทางเพศจึงมีความสำคัญยิ่ง ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาวะทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์อย่างจริงจังและต่อเนื่องยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพการณ์การจัดบริการอนามัยเจริญพันธุ์ สำหรับวัยรุ่น ตามการรับรู้ของวัยรุ่นในชนบท จังหวัดอุดรธานี

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น 12-18 ปี เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ; การตระหนักเกี่ยวกับ



การป้องกันการตั้งครรภ์เมื่อมีเพศสัมพันธ์; ความคิดเห็นในเรื่อง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และ ไวรัสเชชไอวี และความตระหนักเกี่ยวกับบริการสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์

ประชากร

ประชากรคือวัยรุ่นทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 12-18 ปีที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านของ 5 ตำบล จังหวัดอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่ศึกษาในโรงเรียนขยายโอกาส และโรงเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ใน 5 พื้นที่ กลุ่มตัวอย่าง เป็นวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผู้วิจัยได้สุ่มเลือกอย่างง่ายจากรายชื่อนักเรียนที่ได้จากครูแนะแนวของโรงเรียน ผู้วิจัยทำการชี้แจงกับนักเรียนที่ได้รับการสุ่ม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงการมีส่วนร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ เป็นการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ปกครองของนักเรียน อนุญาตให้นักเรียนเข้าร่วมโครงการ และนักเรียนมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือไม่พร้อมที่จะเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 439 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด เรื่องสุขภาพทางเพศ การบริการอนามัยเจริญพันธุ์จากสถานบริการสาธารณสุข ของ Vuttanont (2006) ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตรฐานฉบับภาษาไทยที่ดัดแปลงที่เคยใช้เก็บรวบรวมข้อมูลกับนักเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ และผู้วิจัยได้รับอนุญาตในการใช้เครื่องมือ แบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นและครอบครัว; ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ; การตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์เมื่อมีเพศสัมพันธ์; ความคิดเห็นในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และ ไวรัสเชชไอวี และความตระหนักเกี่ยวกับบริการสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความเชื่อมั่น (Reliability)

นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มวัยรุ่นอายุ 12-18 ปี ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดประชุมเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย การเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง
2. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครอง ครู และกลุ่มตัวอย่างต้องมีความสมัครใจ
3. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับวัยรุ่นทั้งเพศชายและหญิง อายุ 12-18 ปี จำนวน 439 คน
4. เพื่อให้ข้อมูลของผู้ถูกวิจัยเป็นความลับ รายชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกกำหนดโดยผู้วิจัย เป็นรหัสตัวเลข รายละเอียดของรายชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยพร้อมรหัสตัวเลขจะถูกเก็บแยกต่างหากจากแบบสอบถาม ในแบบสอบถามไม่มีชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง แต่ใช้รหัสตัวเลขแทน หลังตอบแบบสอบถาม ทุกครั้งแบบสอบถามจะต้องถูกเก็บใส่ซองปิดผนึกโดยกลุ่มตัวอย่าง ก่อนส่งคืนผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ และ สถิติ chi – square



ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผลการศึกษาแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2: ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดและ
ถุงยางอนามัย

ส่วนที่ 3: การตระหนัก ทักษะเกี่ยวกับการ
ป้องกันการตั้งครรภ์

ส่วนที่ 4: ทักษะต่อการจัดบริการอนามัย
เจริญพันธุ์

ตัวอย่างเพศหญิงส่วนใหญ่ตอบถูกมากกว่าเพศชาย ในเกือบทุกหัวข้อ ยกเว้นหัวข้อเกี่ยวกับ การสามารถ
ตั้งครรภ์ได้ตั้งแต่ครั้งแรกที่มีเพศสัมพันธ์ และหัวข้อ
ถุงยางอนามัยเป็นวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ที่มี
ประสิทธิภาพ ที่กลุ่มตัวอย่างเพศชายตอบถูกคิดเป็น
ร้อยละสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิง จากค่าคะแนน
เต็มรวม 11 คะแนน พบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการ
คุมกำเนิด และถุงยางอนามัยเท่ากับ 6.34 เพศหญิง
มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 6.56 และเพศชายมี
ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 6.25 ค่าคะแนนต่ำสุด
อยู่ 0 คะแนน ค่าคะแนนสูงสุดอยู่ 11 คะแนนทั้งเพศ
ชายและหญิง ดังแสดงในตารางที่ 1

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง
จำนวน 283 คน คิดเป็นร้อยละ 64.5 และผู้ชาย
จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 35.5 อายุอยู่ระหว่าง
12-18 ปี ส่วนใหญ่อายุ 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.8
รองลงมาคือ 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.3 และส่วนใหญ่
กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 คิดเป็นร้อย
ละ 23.5

ส่วนที่ 2 : ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดและ ถุงยางอนามัย

จากข้อคำถามความรู้เรื่องการคุมกำเนิดและ
ถุงยางอนามัย 11 ข้อ พบว่าได้ภาพรวมหัวข้อที่กลุ่ม
ตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุดคือ เรื่องการหลั่งภายนอก
เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ พบตอบถูกร้อยละ 33.9 เป็น
เพศหญิงร้อยละ 35.3 และเพศชายร้อยละ 31.4
หัวข้อที่พบว่ตอบถูกน้อยที่สุดรองลงมาคือเรื่องการ
หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในวันที่น่าจะมีการตั้งครรภ์
เกิดขึ้น พบตอบถูกร้อยละ 43.5 เป็นเพศหญิงร้อยละ
44.2 และเพศชายร้อยละ 42.3 สำหรับเรื่องการใช้
ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์นั้นพบว่ากลุ่ม
ตัวอย่างตอบถูกร้อยละ 80.2 เป็นเพศหญิงร้อยละ
84.8 เพศชายร้อยละ 71.8 ผลการวิจัยพบว่ากลุ่ม



ตารางที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด และถุงยางอนามัย

รายการ	จำนวน (%) ของวัยรุ่นที่ตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง					
	ชาย		หญิง		รวม	
	n	%	n	%	n	%
วัยรุ่นหญิงสามารถตั้งครรภ์ได้ตั้งแต่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	90	57.7	150	53	240	54.7
วัยรุ่นชายสามารถเอาวิ้วะเพศออกมาข้างนอกก่อนมีการหลั่งน้ำกามเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์	49	31.4	100	35.3	149	33.9
วัยรุ่นสามารถหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในวันที่น่าจะมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น(ช่วงวันที่มีไข่ตก)	66	42.3	125	44	191	43.5
วัยรุ่นหญิงสามารถกินยาคุมกำเนิดทุกวัน เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์	73	46.8	175	61.8	248	56.5
วัยรุ่นหญิงสามารถฉีดยาคุมกำเนิดทุกๆ 2-3 เดือน เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์	67	42.9	139	49.1	206	46.9
วัยรุ่นชายสามารถสวมถุงยางอนามัย เพื่อป้องกันไม่ให้วัยรุ่นหญิงตั้งครรภ์	112	71.8	240	84.8	352	80.2
วัยรุ่นหญิงสามารถกินยาคุมกำเนิดทันทีหลังมีเพศสัมพันธ์ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์	65	41.7	142	50.2	207	47.1
ยาคุมกำเนิดสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	77	49.4	175	61.8	252	57.4
ถุงยางอนามัยมันใจได้ 100%	132	84.6	267	94.3	399	90.9
ถุงยางอนามัยเป็นวิธีการที่ใช้ป้องกันการตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพ	123	78.8	199	70.3	322	73.3
ถุงยางอนามัยสามารถใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ได้มากกว่า 1 ครั้ง (ใช้ซ้ำได้)	74	47.4	145	51.2	219	49.9
Total Score (11)						
Minimum Score	0		0		0	
Maximum Score	11		11		11	
Mean	5.95		6.56		6.34	
SD	2.53		2.18		2.33	



ส่วนที่ 3 : การตระหนัก ทักษะคิดเกี่ยวกับการป้องกัน การตั้งครรภ์

3.1 ความคิดเห็นของวัยรุ่นเกี่ยวกับการใช้ ฤๅงยางอนามัย

พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศ หญิงเห็นด้วยว่าวัยรุ่นหญิงควรจะแนะนำให้วัยรุ่นชาย ใช้ฤๅงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 94.5 รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่า วัยรุ่นชายควรที่จะเป็นคนบอกกับฝ่ายหญิงว่าเขาเองจะใช้ฤๅงยาง อนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 87 มีกลุ่ม ตัวอย่างร้อยละ 23.5 เห็นด้วยว่า มันเป็นเรื่องที่น่าอาย ที่วัยรุ่นชายจะไปซื้อหรือมีฤๅงยางอนามัย และกลุ่ม ตัวอย่างเกือบร้อยละ 30 เห็นด้วยว่าการที่วัยรุ่นหญิง แนะนำให้วัยรุ่นชายใช้ฤๅงยางอนามัย วัยรุ่นชายอาจคิด ว่าวัยรุ่นหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นมาก่อนแล้ว กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36.2 เห็นด้วยว่าการใช้ฤๅงยาง อนามัยทำให้ลดความพึงพอใจทางเพศ

3.2 ค่าเฉลี่ยของความตระหนักถึง ความสำคัญของการใช้ฤๅงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

พบค่าเฉลี่ยสูงสุดในหัวข้อ วัยรุ่นหญิง ควรแนะนำวัยรุ่นชายใช้ฤๅงยางอนามัยเมื่อมี เพศสัมพันธ์ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.62 โดยเพศชายพบ ค่าเฉลี่ย 4.42 และเพศหญิงค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.72 รองลงมาคือ วัยรุ่นชาย (สมชาย) ควรที่จะเป็นคนบอก กับฝ่ายหญิงว่าเขาเองจะใช้ฤๅงยางอนามัยเมื่อมี เพศสัมพันธ์ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.29 โดยเพศชายพบ ค่าเฉลี่ย 4.03 และเพศหญิงค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.44 พบค่าเฉลี่ยต่ำสุดในหัวข้อเกี่ยวกับ ถ้าวัยรุ่นหญิง แนะนำให้วัยรุ่นชายใช้ฤๅงยางอนามัย วัยรุ่นชายอาจคิด ว่าวัยรุ่นหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นมาก่อนแล้ว และหัวข้อเกี่ยวกับฤๅงยางอนามัยสามารถหลุดจาก ช่องคลอดเพศชายและหายเข้าไปในร่างกายของเพศหญิง พบค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ 3.19

3.3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับเอชไอวี/ เอ็ดส์ และการใช้ฤๅงยางอนามัย

พบว่า วัยรุ่นเพศชายและเพศหญิงส่วนใหญ่เคยได้ยินเกี่ยวกับเอช ไอ วี และเอ็ดส์ คิดเป็นร้อย ละ 91.1 และ 91.8 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศ ชายและหญิงประมาณ ร้อยละ 9 แสดงความคิดเห็น ว่า เอ็ดส์สามารถรักษาให้หายขาดได้ และประมาณ ร้อยละ 10 แสดงความคิดเห็นว่าไม่แน่ใจว่าสามารถ ตรวจเลือดเพื่อค้นหาการติดเชื้อเอ็ดส์ หรือ เอช ไอ วี ได้

3.4 โรคที่วัยรุ่นสามารถติดต่อทางเพศ สัมพันธ์

พบว่าร้อยละ 72 ของกลุ่มตัวอย่างตอบ แบบสอบถามเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์คือ ซิฟิลิส หูดหงอนไก่ ภูมิ มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 20, 18.5 และ 17.1 ที่บอกว่าสามโรคนี้เป็นโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ และมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ที่ตอบ แบบสอบถามว่า โรคเบาหวานเป็นโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ และร้อยละ 36 บอกว่าไม่แน่ใจว่าโรค อะไรบ้างคือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3.5 สถานที่ในการรักษาถ้าเป็นโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์

พบว่าวัยรุ่นเพศชายและเพศหญิงเมื่อมี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เลือกที่จะรับการรักษาที่ โรงพยาบาลของรัฐ/ศูนย์สุขภาพ/คลินิกของทาง ราชการ และคลินิกเอกชน คิดเป็นร้อยละ 71.3 และ 70.8 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4



ตารางที่ 2 สถานที่ในการรักษาถ้าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

รายการ	ชาย		หญิง		รวม	
	n	%	n	%	n	%
ร้านขายยา	15	9.6	25	8.8	40	9.1
หมอเอกชน/พยาบาล/คลินิกเอกชน	98	62.8	213	75.3	311	70.8
โรงพยาบาลของรัฐ/ศูนย์สุขภาพ/คลินิกของทางราชการ	94	60.3	219	77.4	313	71.3
อื่นๆ (ยาแผนโบราณ, คลินิกผิดกฎหมาย)	2	1.3	2	0.7	4	0.9

ส่วนที่ 4 ทศนคติต่อการจัดบริการอนามัยเจริญพันธุ์

4.1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบบริการทางสุขภาพ (คลินิกวางแผนครอบครัว, คลินิกกามโรค, คลินิกให้คำปรึกษา)

พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและหญิงแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นเป็นเรื่องยาก พบร้อยละ 97.9 และร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่างคิดว่าสถานบริการด้านสุขภาพสำหรับเยาวชน ไม่น่าจะมีประโยชน์มากสำหรับวัยรุ่น และร้อยละ 75.4 กังวลว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะตัดสินและคาดเดาพฤติกรรมของวัยรุ่นตามมุมมองของเจ้าหน้าที่ มากกว่าที่จะฟังความคิดเห็นของวัยรุ่น และวัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นอยู่ที่ใดพบร้อยละ 74.7 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบบริการทางสุขภาพ (คลินิกวางแผนครอบครัว, คลินิกกามโรค, คลินิกให้คำปรึกษา)

รายการ	จำนวน (%)						X ²	P value
	ชาย		หญิง		รวม			
	n	%	n	%	n	%		
คุณไม่ทราบว่าสถานบริการอยู่ที่ไหน								
ใช่	105	67.3	223	78.8	328	74.7	1.81	.011*
ไม่ใช่	51	32.7	60	21.2	111	25.3		
คุณไม่ทราบว่าสถานที่เหล่านี้ให้บริการอะไรแก่วัยรุ่น								
ใช่	88	56.4	178	62.9	266	60.6	.76	.187
ไม่ใช่	68	43.6	105	37.1	173	39.4		
สถานบริการเหล่านี้ไม่มีบริการสำหรับวัยรุ่น								
ใช่	90	57.7	130	45.9	220	50.1	1.61	.022*
ไม่ใช่	66	42.3	153	54.1	219	49.9		



คุณกังวลว่าเจ้าหน้าที่ของสถานบริการเหล่านี้จะคาดเดาพฤติกรรมของคุณ (มีมุมมองเฉพาะที่คาดหวังได้)								
ใช่	119	76.3	212	74.9	331	75.4	1.07	.817
ไม่ใช่	37	23.7	71	25.1	108	24.6		
คุณไม่คิดว่าสถานบริการเหล่านี้จะมีประโยชน์มาก								
ใช่	126	80.8	225	79.5	351	80	1.08	.804
ไม่ใช่	30	19.2	58	20.5	88	20		
มันเป็นการยากที่จะเข้าถึงสถานบริการเหล่านี้								
ใช่	149	95.5	281	99.3	430	97.9	7.16	.012*
ไม่ใช่	7	4.5	2	0.7	9	2.1		

อภิปรายผล

การนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

1.ความรู้ เกี่ยวกับการคุมกำเนิดและถุงยางอนามัย

จากข้อค้นพบ แสดงภาพที่ชัดเจนเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอ้าคะแนความรู้เรื่องเพศศึกษา ค่อนข้างต่ำ ซึ่งวัยรุ่นส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็นว่ายังมีความต้องการให้โรงเรียนเน้นการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา ในบางประเด็นที่นักเรียนส่วนใหญ่คิดว่าความรู้ที่ได้รับจากโรงเรียนยังไม่เพียงพอ เกี่ยวกับ การรักร่วมเพศ เลสเบี้ยน เกย์ การมีสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนต่างเพศ การตั้งครรภ์และการทำแท้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Liu และคณะ (2006) ที่พบว่าหลักสูตรการสอนเพศศึกษาในโรงเรียนยังมีข้อจำกัด และครูที่รับผิดชอบสอน เพศศึกษาส่วนใหญ่ยังต้องการการพัฒนาศักยภาพทั้งด้านความรู้ การเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการสอน เพศศึกษา และการพัฒนาทักษะการสอน การใช้คำปรึกษาแก่นักเรียน นักศึกษา และที่สำคัญคือการควบคุม กำกับการสอนเพศศึกษาในโรงเรียนยังขาดความชัดเจน นโยบายการสอนเพศศึกษาในโรงเรียนยังเป็นประเด็น สำคัญที่ผู้กำหนดนโยบายควรมองประเด็นในการสอนให้มีความชัดเจนและสอดคล้องกับความต้องการของ กลุ่มเป้าหมาย (Allen, 2005) โรงเรียนในประเทศไทยที่คาดหวังสำหรับ พ่อแม่ ผู้ปกครอง ในการเป็นแหล่งเรียนรู้เรื่อง เพศศึกษาสำหรับเด็กและเยาวชน (Milton, 2003) จากการศึกษาวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่อยู่ในโรงเรียน ทั่วทุกภาคของประเทศ มีช่วงอายุระหว่าง 10-15 ปี จำนวน 1,040 คน ถึงความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเพศศึกษา นั้นพบว่าเพศชายมักให้คำตอบในเรื่องนี้ว่า ไม่เคยรู้ ไม่ทราบและไม่เข้าใจว่าเพศศึกษาหมายถึงอะไรบ้าง มีเพียง เพศชายบางคนเท่านั้นที่มีความรู้ ความเข้าใจว่าเพศศึกษาเป็นเรื่องเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายและ หญิง การคบเพื่อนต่างเพศ รวมไปถึงการวางแผนครอบครัวซึ่งเป็นเพียงส่วนหนึ่งในเรื่องเพศศึกษาเท่านั้น ยังมี ความรู้ความเข้าใจในเรื่องเพศศึกษาที่ค่อนข้างน้อย แต่เมื่อถามในประเด็นย่อยต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบของ เพศศึกษา ก็พบว่า เพศชายมีความรู้ที่ครอบคลุมทุกด้านตามองค์ประกอบของเพศศึกษาทั้ง 6 ด้าน ทั้งในเรื่องของ วัฒนธรรม การของมนุษย์ สัมพันธภาพ ทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต พฤติกรรมทางเพศ สุขภาพทางเพศ รวมถึง สังคมและวัฒนธรรม แต่ยังขาดเพียงความเข้าใจว่าเรื่องที่ตนตอบมานั้นเป็นส่วนหนึ่งในเพศศึกษาด้วย เช่น พัฒนาการของร่างกายและอารมณ์ ความหลากหลายทางเพศ (ละมัย มั่นคง และคณะ, 2557)



จากการศึกษาพบว่าค่าคะแนนความรู้ของนักเรียนชายต่ำกว่านักเรียนหญิง สอดคล้องกับการศึกษานักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในอำเภอสหพันธ์จังหวัดกาฬสินธุ์ มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของเพศชายเท่ากับ 10.47 เพศหญิงเท่ากับ 12.36 คะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติของเพศชายเท่ากับ 55.97 เพศหญิงเท่ากับ 62.91 ดังนั้น จะพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่มีเพศต่างกันมีความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับเพศศึกษา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .000$) จากการศึกษาวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่อยู่ในโรงเรียนทั่วทุกภาคของประเทศ มีช่วงอายุระหว่าง 10-15 ปี จำนวน 1,040 คน พบว่าวัยรุ่นเพศหญิงนั้น เมื่อถามถึงคำว่าเพศศึกษาก็สามารถให้ความหมายไว้ได้อย่างครอบคลุมทุกด้าน ตามองค์ประกอบของเพศศึกษาทั้ง 6 ด้าน ทั้งในเรื่องของการพัฒนาการของมนุษย์สัมพันธ์ภาพ ทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต พฤติกรรมทางเพศ สุขภาพทางเพศ รวมถึงสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งให้เห็นว่า เพศหญิงมีความรู้ ความเข้าใจกับคำว่าเพศศึกษามากกว่าเพศชาย (ละมัย มั่นคง และคณะ, 2557)

2. ทัศนคติเกี่ยวกับการคุมกำเนิดและถุงยางอนามัย

จากการศึกษาที่ผ่านมาของ UNFPA (2005) พบว่า พ่อแม่คนไทย บุคลากรสาธารณสุข ครู มีความกระอักกระอ่วนใจในการพูดคุยเรื่องเพศกับเด็กวัยรุ่น ซึ่งการพูดเรื่องเพศในอดีตถูกมองว่าเป็นเรื่องน่าละอาย เป็นเรื่องละเอียดอ่อน ทำให้เป็นเรื่องยากที่จะพูดคุยกับบุตรหลานโดยตรงไปตรงมา หรืออย่างเปิดเผย ทั้งนี้ พ่อแม่จึงเป็นบุคคลที่วัยรุ่นเลือกในการพูดคุยเรื่องเพศ หรือเลือกเป็นที่ปรึกษาเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ หรือการทำแท้ง (Powell, 2008) อินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางสำคัญที่วัยรุ่นใช้ในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเพศ ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่อาจส่งผลในทางลบต่อวัยรุ่นเนื่องจากเป็นสื่อที่อาจไม่เหมาะสมและไม่ได้ผ่านการคัดกรองหรืออาจจะเป็นข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือ (Meenagh, 2003) พ่อแม่ ผู้ใหญ่

จึงควรที่จะสอดส่องพฤติกรรมการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตของบุตรหลาน

เด็กไทยทุกวันนี้มีช่องทางเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องเพศได้จากสื่อต่าง ๆ มากมาย ทั้งโทรทัศน์ ภาพยนตร์ อินเทอร์เน็ต วีซีดี ฯลฯ และเราก็กังหนัดไม่ให้รับข้อมูลเหล่านั้นไม่ได้ ซึ่งล้วนเป็นตัว กระตุ้นให้เด็กมีความอยากรู้อยากเห็น ซึ่งเป็นไปตามวัยของเด็ก ในขณะที่ผ่านมามีพ่อแม่ หรือครูอาจารย์มักปฏิเสธที่จะพูดเรื่องเพศกับเด็ก และชอบคิดว่ายังไม่โตเป็นผู้ใหญ่ หรือแต่งงานไปแล้วก็รู้อเอง ซึ่งคงเป็นไปได้แล้วในยุคสมัยนี้

สำหรับทัศนคติกลุ่มตัวอย่างต่อการใช้อย่างอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าวัยรุ่นเพศหญิงมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าวัยรุ่นชายเกือบทุกหัวข้อ ยกเว้นหัวข้อเรื่องอนามัยเหมาะสมกับสัมพันธ์ภาพที่ยังยืน และมีความรักพบว่าเพศชายมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงส่วนใหญ่เชื่อว่าการใช้อย่างอนามัยเป็นวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพบว่า วัยรุ่นชายส่วนใหญ่ไม่กล้าที่จะไปขอถุงยางอนามัยจากสถานบริการสาธารณสุข เนื่องจากอายและกลัวชาวบ้านมองว่าตนเองมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานก่อนวัยอันควร ประกอบกับวัยรุ่นหญิงรู้สึกกระอักกระอ่วนใจที่จะบอกแฟนหนุ่มในการใช้อย่างอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ เพราะเกรงว่าฝ่ายชายจะรู้สึกว่าเขาไม่ไว้วางใจ แต่ถ้าจะให้ฝ่ายหญิงเป็นคนไปขอกถุงยางอนามัยนั้นเป็นเรื่องเป็นไปได้ยาก เพราะเกรงฝ่ายชายมองว่าตนเองเป็นผู้หญิงที่มีประสบการณ์ทางเพศมาก่อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thato และคณะ (2003) ที่พบว่าวัยรุ่นไทยได้รับข้อมูลเรื่องเพศค่อนข้างน้อยและเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยเป็นการแสดงถึงความไว้วางใจของคู่รัก

นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่ง ยังมีความรู้ไม่ถูกต้องคิดว่าโรคเบาหวาน มาลาเรีย หัด เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นประเด็นที่แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นยังมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคติดต่อทาง



เพศสัมพันธ์ ซึ่งวัยรุ่นควรได้รับความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ถูกต้อง

3.ทัศนคติต่อการจัดบริการอนามัยเจริญพันธุ์

ถึงแม้วัยรุ่นส่วนใหญ่จะเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ เอดส์ เอชไอวี ภาวะอนามัย การตั้งครรภ์ ผ่านทางสื่อต่าง ๆ ที่นำเสนอผ่านสถานบริการสาธารณสุข การอบรม และสื่อต่าง ๆ ทางโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต วัยรุ่นส่วนใหญ่ยังคงไม่ทราบว่าการจัดบริการอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น และเกือบทั้งหมดมีมุมมองว่าเป็นการยากในการเข้าถึงบริการ เนื่องจากการที่มีสภาพแวดล้อมของการจัดหน่วยบริการที่ไม่เอื้อให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการ ทั้งจากบุคลิกลักษณะของผู้ให้บริการที่มีท่าทีที่ทำให้วัยรุ่นไม่แน่ใจ และไม่มั่นใจในความน่าเชื่อถือ ความสามารถในการรักษาความลับ ทำให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นว่า มันเป็นการยากที่จะเข้าถึงสถานบริการเหล่านี้ โดยกังวลว่าเจ้าหน้าที่ของสถานบริการเหล่านี้จะคาดเดาพฤติกรรมของวัยรุ่น คิดว่าสถานบริการเหล่านี้จะไม่ค่อยมีประโยชน์มาก ทำให้วัยรุ่นอาจเลือกใช้การปรึกษาจากกลุ่มเพื่อนหรือแสวงหาข้อมูลทางอื่น ซึ่งอาจทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยและเสีย ต่อชีวิตได้ เช่นการตั้งครรภ์ที่เลือกการแท้งทั้งจากสถานบริการที่ผิดกฎหมาย เป็นต้น

การจัดบริการที่เป็นมิตร ควรเปิดบริการนอกเวลาราชการ และควรให้บริการให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นโดยมีหลายช่องทางให้วัยรุ่นมีโอกาสเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตน เช่นการเลือกวิธีการศึกษาที่ไม่ต้องเปิดเผยตัวตน เช่นบอออนไลน์ บุคลากรที่ให้บริการควรเป็นบุคคลที่มีความเข้าใจความต้องการของวัยรุ่น ผ่านการบอกเล่าเรื่องราวการให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่น เป็นบุคคลที่มีความรู้ มีบุคลิกภาพที่ดี แต่งกายเหมาะสม รักษาความลับ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์ของกรมอนามัยที่ได้กำหนดแนวทางการให้บริการที่เป็นมิตร ซึ่งหน่วยงานสาธารณสุขต้องจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนโดยคำนึงถึงความ

เปราะบางของเยาวชน คือ เยาวชนเป็นกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ บุคลิกภาพ และการปรับตัวจากวัยเด็กสู่วัยหนุ่มสาว และการก้าวสู่การเป็นวัยรุ่นใหญ่ตอนต้น ต้องการการยอมรับจากหมู่เพื่อน เชื่อเพื่อนวัยเดียวกันมากกว่าผู้ใหญ่ เรียนรู้เรื่องเพศในสื่อสังคม on-line และเสี่ยงต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ไม่รอบด้าน คิดว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องน่าอาย อยากรู้อยากลอง ชอบทำตามหมู่เพื่อน เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพทางเพศขาดที่ปรึกษา อาจ กลัวพ่อแม่รู้เรื่องพฤติกรรมทางเพศ และกลัวคนใน ไม่กล้าเข้าไปรับบริการด้านสุขภาพ มักซื้อยากินเอง ทำให้บริการควรที่จะตระหนักถึงความต้องการของเยาวชน เพื่อที่จะได้จัดระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของเยาวชนอย่างแท้จริง (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2555) ตามที่ UNFPA ได้สรุปแนวคิดว่าบริการที่เป็นมิตรนั้นลักษณะและระบบบริการ ควรเปิดบริการในเวลาที่เหมาะสมสำหรับเยาวชน มียาเวชภัณฑ์ที่เพียงพอ มีทางเลือกการคุมกำเนิดที่หลากหลาย มีมาตรฐานการรักษาความลับที่น่าเชื่อถือ มีระบบส่งต่อที่เหมาะสม ผู้ให้บริการมีความสามารถ มีความเข้าใจและให้การยอมรับ เยาวชน รับฟังความเห็นของเยาวชน มีเยาวชนเป็นผู้ให้บริการ มีการจัดบริการทั้งทางสุขภาพและบริการทางสังคมสถานที่บริการมีความเป็นส่วนตัว แยกสถานที่และเวลาให้บริการมีความเฉพาะเจาะจงสำหรับเยาวชน ทำเลที่ตั้งเข้าถึงได้ง่าย (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2555)

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้สนับสนุนทุนวิจัย สสส สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี นักเรียน ครูแนะแนวประจำโรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

- Allen, D. R., Carey, J. W., Manopaiboon, C., Jenkins, R. A., Uthaivaravit, W., Kilmarx, P. H., et al. (2003). Sexual health risks among young Thai women: implications for HIV/STD prevention and contraception. *AIDS Behav*, 7(1), 9-21.
- Avert. (2011). *The history of HIV and AIDS in Thailand*. [Electronic Version]. Retrieved 8 February 2011, from <http://www.avert.org/thailand-aids-hiv.htm>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Cresswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage.
- DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B. K., Harrington, K., et al. (2001). Parental Monitoring: Association with adolescents' risk behaviours. *Pediatrics*, 107(6), 1363-1368.
- Edgards, K. (2000). Sexual behaviour and early coitache in a national sample of 17 year old Swedish girls. *Sexually Transmitted Infection*, 76, 98-102.
- Liu, A., Kilmarx, P., Jenkins, R. A., Manopaiboon, C., Mock, P. A., Jeeyapunt, S., et al. (2006). Sexual Initiation, Substance Use, and Sexual Behaviour and Knowledge among vocational students in Northern Thailand. *International Family Planning Perspectives*, 32(3), 126-135.
- Meenagh, J. (2003). Sex Education must teach more than biology, risks. *SIECUS report*, 31(4), 20-22.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *An expanded sourcebook qualitative data analysis* (2 ed.). Thousand Oaks, CA: Sage
- Milton, J. (2003). Primary school sex education programmes: views and experiences of teachers in four primary schools in Sydney, Australia. *Sex Education*, 3(3), 241-256.
- Paz-Bailey, G., Kilmarx, P. H., Supawitkul, S., Chaowanachan, T., Jeeyapunt, S., Sternberg, M., et al. (2003). Risk factors for sexually transmitted diseases in Northern Thai adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 30, 326.
- Powell, E. (2008). Young people's use of friends and family for sex and relationships information and advice. *Sex Education*, 8(3), 289-302.
- Thato, S., Charron-Prochownik, D., Dorn, L. D., Albrecht, S. A., & Stone, C. A. (2003). Predictors of condom use among adolescent Thai vocational Students. *Nurs Scholarsh*, 35(2), 157-163.
- Thato, S., Rachukul, S., & Sopajaree, C. (2007). Obstetrics and perinatal outcomes of Thai pregnant adolescents: A retrospective study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1158-1164.



เอกสารอ้างอิง

- UNFPA. (2005). *Reproductive Health of Women in Thailand*. Bangkok: UNFPA Country Technical Services Team for East and South-East Asia.
- Vuttanont, U., Greenhalgh, T., Griffin, M., & Boynton, P. (2006). 'Smart boys' and 'Sweet girls' Sex education needs in Thai teenagers: a mixed-methods study. *Lancet*, 368(9), 2068-2080.
- Warakamin, S., Boonthai, N., & Tangcharoensathien, V. (2004). Induced abortion in Thailand: Current situation in public hospitals and legal perspectives. *Reproductive Health Matters*, 12(24), 147-156.
- WHO. (1998). *The second decade: improving adolescent health and development. Adolescent health and development programme*. Geneva: WHO Press.
- WHO. (2007). *Adolescent pregnancy-Unmet needs and Undone deeds. A review of the literature and programmes. Department of Child and Adolescent Health and Development*. Geneva: WHO Press.
- กุลวดี เถนว่อง.(2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และแนวทางการแก้ปัญหาแบบยั่งยืน: กรณีศึกษาจังหวัดปทุมธานี. สืบค้นเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2554, จาก <http://www.thaiedresearch.org>.
- เจษฎา สุระแสง. รุ่งนภา เอกตาแสง. นัยนา กล้ายัน. (2559). ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับเพศศึกษาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อาเภอสีลขันธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 1(3): November 2008-February 2009, หน้า 82-93.
- โรงพยาบาลอุดรธานี. (2552). สรุปรายงานประจำปีแผนกสูตินรีเวชกรรม. อุดรธานี: แผนกสูติกรรม, โรงพยาบาลอุดรธานี, กระทรวงสาธารณสุข.
- ละมัย มั่นคง และคณะ. (2557). รายงานการศึกษาวิจัย เรื่องการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวไทย. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด นนทบุรี.
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2555). แนวทางการจัดบริการที่เข้มแข็งสำหรับเยาวชน พนักงานบริการหญิง และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี: มปป. เอกสารเข้าเล่มอัดสำเนา. หน้า 37.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2552). รายงานอนามัยแม่และเด็ก: สถิติมารดาวัยรุ่น. ฝ่ายยุทธศาสตร์และแผนงาน. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (2555). สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน 2554. (อินเทอร์เน็ต). (เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2556). เข้าถึงได้จาก <http://rh.anamai.moph.go.th/home.html>
- สมศักดิ์ สุทธิสุวรรณภูมิ และคณะ. (2556). การให้บริการการอนามัยเจริญพันธุ์คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก



รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ตำบลสร้างก่ออำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

The Health Promotion Model of the Elderly People by Community,
Sangko Sub-District, Kutchap District, Udonthani Province

บวพรรณพร
นิสิตสาธิตสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชอง ขามรัตน์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์จรรยา จินวงษ์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ได้แก่ นายกเทศมนตรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน ด้านสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ราชัญชาวบ้าน และกรรมการชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 37 คน กลุ่มที่ 2 คือกลุ่มผู้สูงอายุบ้านบ่อคำ จำนวน 76 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แผนงานในกระบวนการ AIC แบบสังเกตกระบวนการแบบบันทึกการประชุม แบบสอบถามผลการดำเนินงานโครงการ เป็นแบบสอบถามประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.77 และแบบวัดคุณภาพชีวิต เป็นแบบสอบถามประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลทางวิจัยพบว่า กระบวนการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทพื้นที่ 2) วิเคราะห์ปัญหาและสังเคราะห์รูปแบบ 3) ทำแผนปฏิบัติการ 4) ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ 5) นิเทศสอบถามผลการดำเนินงานโครงการ 6) ประเมินคุณภาพชีวิต 7) ประชุมกลุ่มย่อยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สรุปและข้อเสนอแนะและรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ประกอบด้วย 8 กิจกรรม คือ 1) การสร้างเครือข่ายและคณะทำงาน 2) การส่งเสริมการออกกำลังกาย 3) การให้ข้อมูลข่าวสาร/การประชาสัมพันธ์โครงการ 4) การส่งเสริมและพัฒนาจิตใจ 5) การส่งเสริมอาชีพและรายได้ 6) การให้ความรู้และตรวจคัดกรองสุขภาพในวันจ่ายเบี้ยยังชีพ 7) การติดต่อประสานงานของเครือข่าย 8) การจัดทำข้อตกลงร่วมกันในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และกิจกรรมดังกล่าวส่งผลให้การดำเนินงานตามรูปแบบ มีคะแนนหลังการดำเนินงานโดยรวม อยู่ในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.07 (S.D.= 0.55) และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมทุกด้าน อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 91.22



(S.D.=5.86) เป็น 95.89 (S.D.=7.35) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value<0.005) ปัจจัยความสำเร็จเกิดจาก 1) มีการจัดตั้งเครือข่ายคณะทำงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน 3) การติดต่อประสานงานของเครือข่าย 4) ชุมชนมีการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : รูปแบบ/ ผู้สูงอายุ/ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

Abstract

This action research aimed to study the health promotion model of the elderly people by community, Sangko Sub-district, Kutchap District, Udonthani Province. The samples were 2 group. Group 1 total 37 persons consist of the mayor, The direct of the hospital district health, Headman village, Assistance headman village, village health committee, Health volunteers, philosopher and The elderly committee club. Group 2 consist of 76 elderly people. Data were collected by worksheets of AIC, Observation form, Conference record, Rating scale project performance form of reliability of 0.77 and Rating scale quality of life evaluation form of reliability of 0.85. Data were analyzed by using descriptive statistics in term of frequency, percentage, average, standard deviation. The inferential statistics were analyzed by paired t-test.

The results found that the process performance of the health promotion model of the elderly people by community include 7 stage : 1) Context base and Operating condition study 2) Analysis of the problems synthetic model 3) Planning Activities 4) Action 5) Supervision performance 6) Quality of Life evaluation 7) Knowledge exchange and suggestions. The health promotion model of the elderly people by community that include 8 activities : 1) A network and teamwork 2) Promotion of exercise 3) Provide information and Public relation 4) Promotion and Development of psychological 5) Promotion career and earning 6) Educating and Health screening in the allowance received 7) Coordination 8) Memorandum on the health promotion of the elderly people. The process leading to the health promotion model of the elderly people by community, the overall of operation Project implementation average 4.07 (S.D.= 0.55) and Quality of life for the elderly people evaluation increased form an average 91.22 (S.D.= 5.86) to 95.89 (S.D.= 7.35), The increased was statistically significant (p value< 0.005) The key success is comprised 1) Health promotion network working group 2) Participants 3) Coordination 4) Continuing operation of the community.



Key word : Model / Elderly people/
The health promotion model of the elderly
people

บทนำ

ประชากรโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ ในปี พ.ศ.2555 โลกมีประชากรประมาณ 7,087 ล้านคน มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 11.70 และ คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2568 โลกจะมีประชากรเพิ่ม เป็น 7,851.40 ล้านคน และมีจำนวนประชากร ผู้สูงอายุเพิ่มประมาณ 1,100 ล้านคน สำหรับประเทศ ไทยประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและใน 10 ปีข้างหน้า คือ ในปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2563 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13.20, 19.10, 26.60 และ 32.10 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) องค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดไว้ว่าการที่ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป สัดส่วนเกินกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้ง ประเทศแสดงว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่ยุคแห่งสังคม ผู้สูงอายุ (United Nation: UN, 2013)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรมิได้ ส่งผลกระทบด้านประชากรเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อระบบอื่น ๆ ได้แก่ผลกระทบทางสุขภาพ ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและผลกระทบทางด้าน ความเป็นอยู่ อย่างไรก็ตามที่ผ่านมารัฐบาลไทยได้ กำหนดกฎหมาย ข้อบังคับ แผนและนโยบายต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมสำหรับการ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ และสามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยมีการกำหนดปณิญาผู้สูงอายุไทยปี 2542 เพื่อให้ ผู้สูงอายุได้รับปัจจัยขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมี คุณค่าและศักดิ์ศรีและการดูแลผู้สูงอายุตามแผน ผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545- 2565)ได้กำหนด ยุทธศาสตร์ในเรื่องการดูแลและการคุ้มครองผู้สูงอายุ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกภาคส่วนของสังคมนำยุทธศาสตร์ สู่การปฏิบัติในเรื่องการจัดบริการ และกิจกรรมของ

การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นต้องเป็น กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพ ในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการตรา กฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ คือ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 สิทธิผู้สูงอายุมาตรา 11 ให้ผู้สูงอายุมีสิทธิ ได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนในด้านต่างๆ (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 2553) จังหวัดอุดรธานี มีนโยบายการขับเคลื่อนการ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยกำหนดแผนยุทธศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี เพื่อ เตรียมการรองรับสังคมผู้สูงอายุและเตรียมความพร้อม ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครอบคลุมทุกมิติ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2557) จังหวัด อุดรธานี ปี พ.ศ. 2557 มีประชากร 1,591,584 คน มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 12.21 (194,374 คน) และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จังหวัดอุดรธานีจะมี ผู้สูงอายุ ร้อยละ 16.5 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุดรธานี, 2557) อำเภอกุดจับ มีจำนวนประชากร 64,711 คน มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 12.01 (7,771 คน) ซึ่ง แสดงให้เห็นว่าอำเภอกุดจับกำลังเผชิญอยู่กับภาวะ สังคมผู้สูงอายุ จากการรายงานภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุดจับ พบว่า ผู้สูงอายุ มีภาวะเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.41 เสี่ยง ต่อโรคเบาหวาน ร้อยละ 50.23 มีภาวะโรคปวดเข่า และข้อ ร้อยละ 23.42 มีปัญหาด้านสายตา ร้อยละ 41.43 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุดจับ, 2557) ตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี มีจำนวน ประชากรในเขตรับผิดชอบ 4,005 คน มีผู้สูงอายุ ร้อย ละ 10.27 (412 คน) อัตราการเพิ่มของผู้สูงอายุ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2553 - 2557 มีร้อยละ 9.92, 9.97, 10.04, 10.08 และ 10.27 ตามลำดับ (ทะเบียนราษฎร สำนักงานเทศบาลตำบลสร้างก่อ, 2557) ผู้สูงอายุที่มา รับบริการด้านสุขภาพ และมีภาวะเจ็บป่วย พบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องสุขภาพได้แก่ โรคความดันโลหิต สูง ร้อยละ 47.76 โรคเบาหวาน ร้อยละ 26.11 มีดัชนี มวลกายเกินเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 23.88 มีปัญหาโรค



ปวดเข่าและข้อ ร้อยละ 18.29 มีปัญหาเรื่องสายตาที่ไม่ชัดเจน ร้อยละ 11.94 และอุบัติเหตุอื่น ๆ ร้อยละ 3.46 จากการดำเนินงานการจัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสร้างก่อที่ผ่านมา ชุมชนบ้านบ่อคำ หมู่ 13 ตำบลสร้างก่ออำเภอภูดง จังหวัดอุดรธานี มีจำนวนประชากรทั้งหมด 871 คน มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 8.72 จากการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปี พบว่า ผู้สูงอายุในหมู่บ้านมีปัญหาสุขภาพ และมีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมากขึ้นและจากการตรวจสุขภาพ ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ ดังนี้ 1) การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด พบผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยง 20 คน คิดเป็นร้อยละ 26.31 การตรวจวัดความดันโลหิตพบผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยง 39 คน คิดเป็นร้อยละ 51.31 มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติ 17 คน คิดเป็นร้อยละ 22.36 มีปัญหาสายตา มองไม่ชัดเจน จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 19.73 นอกจากนี้ยังมีผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข ไม่มีการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม ไม่มารับการตรวจสุขภาพเนื่องจากเดินทางไม่สะดวกและไม่ต้องการรับการตรวจหากไม่มีความเจ็บป่วย และชุมชนยังขาดความตระหนักในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อทอง, 2557) สำหรับกิจกรรมของผู้สูงอายุ ที่มีการดำเนินการโดยเทศบาลตำบลสร้างก่อ ได้แก่ การจ่ายเบี้ยยังชีพ การจัดงานวันผู้สูงอายุปีละครั้ง (รดน้ำดำหัว) การร่วมพิธีกรรมทางศาสนาในวันสำคัญทางศาสนา ประเพณีท้องถิ่น ซึ่งโดยที่ผ่านมามีการดำเนินงานกิจกรรมต่าง ๆ ของเทศบาลที่จัดให้ตามวาระและงบประมาณ ส่วนการดำเนินงานแต่ละหน่วยงาน มีการบูรณาการน้อย หน่วยงานท้องถิ่นให้งบประมาณตามโครงการ/กิจกรรมที่ขอสนับสนุนเท่านั้น และการดำเนินกิจกรรมแยกกันของแต่ละหน่วยงาน ขาดการประสานงานของชุมชน และขาดความต่อเนื่องของกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการทบทวนสถานการณ์การดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ผ่านมา พบว่าชุมชนยังไม่มีรูปแบบในการดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและยังมีความจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยภาคีเครือข่ายในชุมชนจะต้องร่วมมือกันในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนปฏิบัติการรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่วางไว้ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและสามารถช่วยเหลือตนเองได้จากกองความรู้ความตระหนักให้คนในชุมชนได้มีบทบาทสำคัญในการจัดการปัญหาของชุมชน โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุในการกำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนเหมาะสมกับบริบทพื้นที่และตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ เนื่องจากกระทำการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลสร้างก่อที่ผ่านมาขาดการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนและขาดการบูรณาการ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน เพื่อให้ได้รูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเฉพาะในเชิงพื้นที่และเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการด้านการส่งเสริมสุขภาพที่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ และนำผลที่ได้มาจัดทำเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ที่จะทำให้เกิดความสำเร็จและความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทพื้นที่ สภาพการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ตำบลสร้างก่ออำเภอภูดง จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษากระบวนการสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ตำบลสร้างก่ออำเภอภูดง จังหวัดอุดรธานี



3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

4. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่องรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control : A-I-C) เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนได้มีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน และร่วมปฏิบัติการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกรอบการวิจัยของเคมมิสและแมกทากาส (องอาจนัยพันธ์, 2554 อ้างอิงจาก Carr and Kemmis, 1988) ประกอบด้วย 4 ระยะ และมีขั้นตอนดำเนินการวิจัยเป็น 7 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาบริบทพื้นที่ สภาพการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยทำการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำการเก็บข้อมูลเพิ่มชุมชน และร่วมประชาคมหมู่บ้านกับผู้ใหญ่บ้าน เพื่อรับทราบข้อมูลปัญหา อุปสรรคความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนและประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนดำเนินการเครื่องมือที่ใช้ คือแบบสังเกตกระบวนการและแบบวัดคุณภาพชีวิต จากผู้สูงอายุ จำนวน 76 คนเป็นผู้ที่สามารถสื่อสารอ่านเขียนภาษาไทยได้เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตก่อนและหลังดำเนินการตามแผนปฏิบัติการรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ของกลุ่มขับเคลื่อนงาน เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 37 คน เพื่อเข้าร่วมกระบวนการสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ 1) ดำรงตำแหน่งนายกเทศมนตรีตำบลสร้างก่อจำนวน 1 คน 2) ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพนทองจำนวน 1คน 3) ดำรงตำแหน่งผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 3 คน 4) ดำรงตำแหน่งปราชญ์ชาวบ้าน จำนวน 2 คน 5) ดำรงตำแหน่งคณะกรรมการหมู่บ้านด้านสาธารณสุข จำนวน 10 คน 6) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน10 คน 7) ดำรงตำแหน่งกรรมการชมรมผู้สูงอายุ จำนวนจำนวน 10 คน 8) มีความประสงค์เข้าร่วมโครงการวิจัยเกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้ที่แสดงความประสงค์ออกจากการวิจัย โดยผู้วิจัยคืนข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อจัดทำกระบวนการวิเคราะห์ปัญหาและสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเครื่องมือที่ใช้ คือใบงานการวางแผนแบบมีส่วนร่วม แบบบันทึกการประชุม แบบสังเกตกระบวนการ

ขั้นตอนที่ 3 จัดทำแผนปฏิบัติการรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน (Action plan) โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 37 คน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในแผนกิจกรรม ระยะเวลาดำเนินการงบประมาณ เพื่อนำสู่การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการเครื่องมือที่ใช้ คือใบงานการวางแผนแบบมีส่วนร่วม แบบสังเกตกระบวนการ

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ (Action)

ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่ได้จากระยะที่1ตามแผนกิจกรรม/โครงการ และบทบาทหน้าที่ที่กำหนด โดยผู้วิจัยลง



พื้นที่สังเกตด้วยตนเองแบบไม่มีส่วนร่วมเครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสังเกตกระบวนการ

ระยะที่ 3 การสังเกตผล (Observation)

ขั้นตอนที่ 5. นิเทศ และสอบถามผลการดำเนินงานโครงการตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุโดยชุมชน ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 37 คน โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากการใช้แบบสอบถามผลการดำเนินงานหลังการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตามแผนปฏิบัติการเสริมสร้างเครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามผลการดำเนินงานโครงการ แบบสังเกตกระบวนการ

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในชุมชน จำนวน 76 คน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยลงเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ อีกครั้งหลังการดำเนินการเสริมสร้าง ประมาณ 1 เดือน เครื่องมือที่ใช้คือแบบวัดคุณภาพชีวิต

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

ขั้นตอนที่ 7 การจัดประชุมกลุ่มย่อยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 37 คน เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ในระหว่างการทำโครงการ และข้อเสนอแนะจากการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ เพื่อนำมาแก้ไขและพัฒนาในวงจรต่อไป และ นำปัจจัยความสำเร็จมากำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ที่เหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุต่อไป เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบบันทึกการประชุม แบบสังเกตกระบวนการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

2 ชุดประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามผลการดำเนินงานโครงการตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 37 คน เป็นแบบสอบถาม

ในภาพรวมของโครงการ ใช้เก็บข้อมูลหลังการดำเนินการประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน บทบาททางสังคม ประสบการณ์เคยได้รับการอบรมและพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามปลายปิด (close-end Question) ให้เลือกตอบและเติมลงในช่องว่างจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามผลการดำเนินงานโครงการตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนภาพรวมของโครงการจำนวน 20 ข้อโดยการปรับปรุงและประยุกต์ใช้ของบุญพัฒนา สรรจรเดช, (2557) เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale) เกณฑ์การแปรผล ค่าคะแนน (5, 4, 3, 2, 1) ตามลำดับ (รังสรรค์ สิงห์สิทธิ์, 2550) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยใช้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แก้ไขตามคำแนะนำ และนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียง แล้วหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหา มีค่า IOC เท่ากับ 0.67 หาคุณภาพด้านความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (บุญชม ศรีสะอาด, 2553) ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับเท่ากับ 0.77 และหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยใช้วิธีทดสอบรายข้อกับคะแนนรวม มีค่าอยู่ระหว่าง 0.75-0.84

ชุดที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิต เป็นแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 76 คน ใช้เก็บข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินการ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากรประกอบด้วย เพศ อายุระดับการศึกษา สถานภาพสมรสอาชีพ รายได้ต่อเดือน ที่พักอาศัย ปัญหาสุขภาพ การตรวจสุขภาพประจำปี การได้รับความช่วยเหลือหรือสงเคราะห์ และผู้ดูแล เป็นคำถามปลายปิด (close-



end Question) ให้เลือกตอบ และเติมลงในช่องว่าง จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิต เป็นเครื่องมือสำเร็จรูปขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล, 2554) จำนวน 26 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่เลย มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale) เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเป็น (5, 4, 3, 2, 1) ตามลำดับ (รังสรรค์ สิงหาเลิศ, 2550) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยใช้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แล้วหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหา มีค่าเท่ากับ 1 และหาคุณภาพด้านความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (บุญชม ศรีสะอาด, 2553) ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับเท่ากับ 0.85 และหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยใช้วิธีทดสอบรายข้อกับคะแนนรวม มีค่าอยู่ระหว่าง 0.77- 0.89

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 ใบงานการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1) ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนแบบมีส่วนร่วม 2) กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหา แนวคิดและทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างข้อความ 3) ตรวจสอบความชัดเจน กระชับของภาษาโดยอาจารย์ที่ปรึกษา 4) แก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา 5) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แล้วหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหาใบงานการวางแผนแบบมีส่วนร่วม มีค่าเท่ากับ 1 6) แก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

ชุดที่ 2 แบบสังเกตกระบวนการใช้ในการสังเกตกระบวนการในระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน ระยะ

ที่ 3 ขั้นการปฏิบัติ ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกตการณ์ และระยะที่ 4 ขั้นการสะท้อนกลับ มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1) ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับการกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแมกทาเกาส์ 2) กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหา แนวคิดและทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างข้อความ 3) ตรวจสอบความชัดเจน กระชับของภาษาโดยอาจารย์ที่ปรึกษา 4) แก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา 5) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แล้วหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหา มีค่าเท่ากับ 1 6) แก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

ชุดที่ 3 แบบบันทึกการประชุม ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในระยะที่ 4 ขั้นการสะท้อนกลับ มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1) ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกการประชุม 2) กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหา แนวคิดและทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างข้อความ 3) ตรวจสอบความชัดเจน กระชับของภาษาโดยอาจารย์ที่ปรึกษา 4) แก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา 5) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยใช้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แล้วหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหา มีค่าเท่ากับ 1 6) แก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยกับกลุ่มผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุและผู้สูงอายุบ้านบ่อคำ ผู้วิจัยได้จัดเก็บข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ข้อมูลเชิงปริมาณ นำแบบสอบถามการวิจัยและแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการทดลองใช้และแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้ว มาเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการสอบถามและสัมภาษณ์ด้วยตัวเอง คือ ก่อน



ดำเนินการ ระหว่างวันที่ 26-30 มิถุนายน 2558 และ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง และประชากรหลัง การดำเนินการ ระหว่างวันที่ 24-29 กันยายน 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยค่ามัธยฐานและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด Paired t-test และ Content Analysis

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 บริบทพื้นที่ สภาพการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

1.1. บริบทพื้นที่ บ้านบ่อคำ หมู่ที่ 13 ตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี มีพื้นที่ การปกครอง 2.0937 ตารางกิโลเมตร (1,308-2-25 ไร่) ห่างจากจังหวัดอุดรธานี 38 กิโลเมตร ห่างจากตัว อำเภอกุดจับ 14 กิโลเมตร มี 200 หลังคาเรือน มีประชากรทั้งหมด 871 คน มีผู้สูงอายุ 76 คนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีพืชเศรษฐกิจที่สำคัญ คือ ยางพารา อ้อย และมันสำปะหลัง ลักษณะพื้นฐานทางสังคมเป็นลักษณะครอบครัวขยาย อาศัยอยู่กับพ่อ แม่ ปู่ ย่า หรือ ตายาย พื้นฐานทาง สังคมเป็นแบบชนบทและนับถือศาสนาพุทธ ลักษณะ การปกครองโดยผู้ใหญ่บ้านที่ริเริ่ม และเข้มแข็ง ให้ความสำคัญและเอาใจใส่กับสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างดี สถานที่สำคัญในพื้นที่ ได้แก่ วัดวิสุทธิวาต 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล 1 แห่ง โรงเรียนประถมศึกษาชั้นพื้นฐาน 1 แห่ง ธนาคารข้าวชุมชน/ยุงฉาง 1 แห่ง ที่อ่าน หนังสือประจำหมู่บ้าน 1 แห่ง หอกระจายข่าว 2 แห่ง ร้านค้าชุมชน 2 แห่ง และป้อมตำรวจชุมชน 1 แห่ง

1.2. สภาพการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี จากการเก็บข้อมูลแฟ้มเอกสาร รายงานต่าง ๆ ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อทอง พบว่า

ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ ได้แก่ ปัญหาโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) จำนวน 40 คน มีผู้ป่วย รายใหม่เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 6.57 (5 คน) ควบคุม ระดับน้ำตาลไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 13.16 (10 คน) ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 7.89 (6 คน) ปัญหาผู้สูงอายุ จำนวน 76 คน แบ่งเป็น ผู้สูงอายุติดสังคมจำนวน 66 คน ติดบ้าน จำนวน 10 คน และไม่มีผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จากการตรวจคัดกรอง พบภาวะปวดขาและข้อ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อย ละ 22.36 จากภาวะความดันโลหิตสูงและน้ำหนักเกิน เกณฑ์ปกติ นอกจากนี้ยังมีปัญหาดังกล่าว จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 19.73 ปัญหาของผู้สูงอายุใน ชุมชน จำนวน 76 คน จากการตรวจคัดกรองด้วยแบบ คัดกรองสุขภาพประจำปี 2557 ของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อทอง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะรักษาโรคและการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บางคนดูแลรักษา สุขภาพด้วยยาสมุนไพรจากหมอพื้นบ้าน และผู้สูงอายุ บางส่วนมีบุตรหลานหรือญาติพาไปรักษาที่ โรงพยาบาลในอำเภอกุดจับ หรือตัวเมือง ด้านการจัด กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อทอง มีการตรวจสุขภาพ ประจำปี คัดกรองความเสี่ยงโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปีละ 1 ครั้ง แต่มีผู้สูงอายุบางส่วนไม่มารับการตรวจสุขภาพ เนื่องจากมีความเข้าใจว่าการตรวจสุขภาพต้องมีความ เจ็บป่วยเท่านั้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางส่วนไม่สะดวก ในการเดินทาง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ชอบเข้าร่วม กิจกรรม ไม่มีการออกกำลังกาย ไม่ตระหนักและขาด ความเอาใจใส่ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง ประกอบกับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีจำนวนน้อย ขาด ผู้รับผิดชอบโดยตรงและบทบาทหน้าที่ ภาระงาน รับผิดชอบมาก

จากการศึกษาข้อมูลเทศบาลตำบลบ้านบ่อทอง รายงานประจำปี 2557 ของเทศบาลตำบลสร้างก่อ พบว่า มีการขึ้นทะเบียน เพื่อจ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุ



โครงการอุดหนุนในการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ในการตรวจเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวาน โครงการตรวจคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง (รวมทุกกลุ่มอายุ) มีศูนย์พัฒนาคุณภาพและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ แต่มีผู้สูงอายุบ้านบ่อคำเข้าร่วมกลุ่มน้อยมาก นอกจากนี้ยังมีการจัดกิจกรรมรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุในวันสงกรานต์ และการจัดงานประเพณีของท้องถิ่น

ส่วนที่ 2 กระบวนการสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

1) ผลการวิเคราะห์ปัญหาสภาพการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุปัจจุบันโดยผู้วิจัยทำการศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสาร และหน่วยงานในพื้นที่ ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ผู้สูงอายุบ้านบ่อคำมีปัญหาสุขภาพ และมีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า ร้อยละ 50 (แบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุประจำปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อทอง, 2557) และผู้วิจัยลงพื้นที่ทำการเก็บข้อมูลแฟ้มชุมชน และเข้าร่วมการประชุมหารือร่วมกับผู้ใหญ่บ้านบ้านบ่อคำ โดยทำการนัดหมายให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมการประชุม เพื่อรับทราบปัญหาอุปสรรค ความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนได้ข้อคิดเห็นและสรุปปัญหาของผู้สูงอายุ ดังนี้ ด้านร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรคปวดกล้ามเนื้อ เส้นยึด ปวดเข่าและข้อขาดการออกกำลังกายขาดการตรวจสุขภาพ ด้านจิตใจ พบว่า ขาดความตระหนักและใส่ใจในสุขภาพของตนเอง ขาดกำลังใจ ไม่เข้าร่วมกิจกรรม รู้สึกขี้เกียจ ไม่อยากเดินห่างออกจากบ้าน มีภาระต้องดูแลลูกหลาน โครงการที่ยืดเหนียวจิตใจ อยากมีเพื่อนคุย ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่า ขาดการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุไม่รวมกลุ่ม ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรม สถานที่ไม่สะอาดและไม่เอื้อต่อรวมกลุ่มกิจกรรม ขาดการดูแลสถานที่ที่เอื้อต่อการรวมกลุ่ม

ด้านเศรษฐกิจ พบว่า ผู้สูงอายุมีรายได้จากการรับจ้างจากบุตรหลาน มีฝีมือในการผลิตสินค้าพื้นบ้าน แต่ขาดผู้รับซื้อและสถานที่รับซื้อใกล้บ้าน ด้านชุมชนชุมชนยังไม่ทราบปัญหาของผู้สูงอายุ ไม่มีแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ ไม่มีเครือข่ายการติดต่อในชุมชน และขาดกรรมการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุบ้านบ่อคำมีหน่วยงานแต่ละหน่วยเข้ามาดำเนินการส่งเสริมสุขภาพตามวาระและงบประมาณที่ได้รับหรือได้รับการสนับสนุนเท่านั้น โดยคนในชุมชนไม่ได้เข้ามาร่วมคิดร่วมวางแผน ไม่มีการส่งเสริมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานต่าง ๆ มีการทำงานแบบบูรณาการร่วมกันน้อย นอกจากนี้ยังพบว่าเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการมีจำนวนน้อยไม่เพียงพอ ภาระงานและความรับผิดชอบของกรรมการบริการเชิงรุกไม่เพียงพอ

2) ผลการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 37 คน โดยใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงวัตถุประสงค์เบื้องต้นของการประชุม และประโยชน์ที่ชาวบ้านและผู้สูงอายุจะได้รับ และการคืนข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค สภาพการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพ และปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

3) ผลการจัดทำแผนปฏิบัติการ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนตำบลสร้างก่ออำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี (Action Plan) ในขั้นตอนนี้จะเป็นการสังเคราะห์และสรุปแผนปฏิบัติการตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนที่ได้จากการมีส่วนร่วมในกระบวนการสร้างรูปแบบ มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบในแผนกิจกรรม ระยะเวลาดำเนินการงบประมาณสู่การปฏิบัติต่อไป

4) ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการหลังการจัดทำแผนปฏิบัติการทำให้เกิดโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 1 โครงการ ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้ 1) การสร้างเครือข่ายและคณะทำงานเพื่อการ



ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ (รำไม้พลอง) 3) การให้ความรู้และการตรวจคัดกรองสุขภาพเชิงรุกในวันจ่ายเบี้ยยังชีพ 4) การส่งเสริมและพัฒนาด้านจิตใจผู้สูงอายุ 5) การให้ข้อมูลข่าวสาร/ประชาสัมพันธ์โครงการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ 6) การส่งเสริมอาชีพและรายได้แก่ผู้สูงอายุ 7) การติดต่อประสานงานในชุมชน/ ระหว่างชุมชน 8) ข้อตกลงร่วมกันในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

ผลการดำเนินงานโครงการตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี หลังดำเนินการพบว่าการดำเนินงานโครงการโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมากมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.07 (S.D.= 0.55) โดยมีรายละเอียดรายด้าน พบว่า ด้านเครือข่ายค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 (S.D.= 0.64) ด้านการดำเนินงาน/กิจกรรมค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 (S.D.= 0.48) และด้านการประสานงานค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.04 (S.D.= 0.54)

ผลการวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ค่าเฉลี่ยหลังดำเนินการมากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.01) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการ เท่ากับ 95.89 (S.D.=6.61) และค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนดำเนินการ เท่ากับ 91.22 (S.D.=5.86)

ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมปัญหาและอุปสรรคการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ 1) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุไม่เพียงพอ 2) งบประมาณไม่เพียงพอ 3) การประสานงานไม่เป็นระบบ 4) วัสดุ

อุปกรณ์ไม่เพียงพอ 5) ทำงานแบบแยกส่วน 6) การส่งเสริมสุขภาพจิตตามวาระของแต่ละหน่วยงาน 7) กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่ตรงตามความต้องการผู้สูงอายุ

2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ในการสร้างรูปแบบการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยใช้เทคนิคกระบวนการกลุ่ม A-I-C หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผน ทำให้เกิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน คือ โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี มี 8 กิจกรรม ซึ่งชุมชนร่วมกันกำหนดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ “กฎบัตรรอตตาวา”⁹ ซึ่ง ดังนี้

1) ให้ความหมายสาธารณะเพื่อสุขภาพ คือ การจัดทำข้อตกลงร่วมกันในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ คือ ให้ความข้อมูลข่าวสาร/การประชาสัมพันธ์โครงการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและกิจกรรมการรณรงค์ทำความสะอาดถนนรอบหมู่บ้าน

3) เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน คือ การสร้างเครือข่ายและคณะทำงาน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการติดต่อประสานงานของเครือข่ายในชุมชน

4) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล คือ การส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ (รำไม้พลอง) การส่งเสริมและพัฒนาด้านจิตใจผู้สูงอายุและการส่งเสริมอาชีพและรายได้แก่ผู้สูงอายุ

5) การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข คือ การให้ความรู้และการตรวจคัดกรองสุขภาพเชิงรุกวันจ่ายเบี้ยยังชีพ

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จ ได้แก่ 1) มีเครือข่ายคณะทำงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน



3) การติดต่อประสานงานของเครือข่าย 4) ชุมชนมีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาต่อไป ได้แก่ 1) ยังขาดการจัดกิจกรรมด้านสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน 2) ขาดการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุซึ่งจะต้องนำมาพัฒนาในวาระต่อไป

ส่วนที่ 4 ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

ปัจจัยความสำเร็จ ได้แก่ 1) มีเครือข่ายคณะทำงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน 3) การติดต่อประสานงานของเครือข่าย 4) ชุมชนมีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเกิดจากการที่มีผู้นำเข้มแข็ง มุ่งมั่น รับทราบปัญหาและเอาใจใส่ผู้สูงอายุ มีเครือข่ายคณะทำงานเกิดขึ้นในชุมชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการติดต่อประสานงานที่กระชับระหว่างชุมชน หน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยหน่วยงานภาครัฐให้การสนับสนุนด้านการบริการ วิชาการ ทางการเงินให้การสนับสนุนงบประมาณ นอกจากนี้ในชุมชนยังมีความตระหนักและมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและเกิดความยั่งยืน

อภิปรายผล

1. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ 1) การสร้างเครือข่ายและคณะทำงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ 3) การให้ข้อมูลข่าวสาร/ การประชาสัมพันธ์โครงการ 4) การส่งเสริมและพัฒนาด้านจิตใจผู้สูงอายุ 5) การส่งเสริมอาชีพและรายได้แก่ผู้สูงอายุ 6) การให้ความรู้และตรวจคัดกรองสุขภาพเชิงรุกในวันจ่ายเบี้ยยังชีพ 7) การติดต่อประสานงาน

8) การจัดทำข้อตกลงร่วมกันในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของวิโชติ ผ่าผิวดิ (2556) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชน บ้านหนองเสือ ตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงท่าบ จังหวัดสุรินทร์ ที่พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนประกอบด้วย การจัดกิจกรรมออกกำลังกาย การตั้งกิจกรรมเข้าวัดฟังธรรม การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ การให้ความรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ การตรวจคัดกรองสุขภาพ การจัดกิจกรรมดูแลสิ่งแวดล้อมในชุมชน การจัดงานวันผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้าน การจัดกิจกรรมจ่ายเบี้ยยังชีพ สอดคล้องกับประเด็นของกิจกรรมที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ร่วมกันจัดกิจกรรม

2. การดำเนินงานโครงการตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี หลังดำเนินการอยู่ในระดับที่สอดคล้องกับการศึกษาของพินิจวรรณ บุณย์เจริญ (2554) ที่ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านลุ่มพุก ตำบลนาดี อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ที่พบว่า หลังดำเนินการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยบูรณาการร่วมกันระหว่างสถานีอนามัย องค์การบริหารส่วนตำบลและชุมชน พบว่า อยู่ในระดับดี สอดคล้องเนื่องจากการแก้ไขปัญหาโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกันวางแผน ดำเนินการ สังเกตการณ์และสะท้อนกลับส่งผลให้สามารถแก้ไขปัญหาได้จริง

3. ผลการวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หลังดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนที่พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของวิโชติ ผ่าผิวดิ (2556) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชน บ้านหนองเสือ ตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงท่าบ จังหวัดสุรินทร์ ที่พบว่า หลังการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้นกว่า



ก่อนการพัฒนาโดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกันเนื่องจากประเด็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เป็นกิจกรรมที่เน้นภาคีเครือข่ายภายใต้ความร่วมมือของแกนนำด้านสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

4. ปัญหาและอุปสรรคการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 1) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุไม่เพียงพอ 2) งบประมาณไม่เพียงพอ 3) การประสานงานไม่เป็นระบบ 4) วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ 5) ทำงานแบบแยกส่วน 6) การส่งเสริมสุขภาพจัดตามวาระของแต่ละหน่วยงาน 7) กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่ตรงตามความต้องการผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ กานต์วี กอบสุข (2554) ที่ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านโคกบรณลง ตำบลถาชี อำเภอมือง จังหวัดสุรินทร์ที่พบว่าผู้สูงอายุขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพ สนใจการรักษามากกว่าการสร้างสุขภาพ ชุมชนไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพและไม่มีการสนับสนุนกิจกรรมผู้สูงอายุ การจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพไม่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน สอดคล้องเนื่องจากประเด็นที่เป็นปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาเชิงระบบของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีในทุกพื้นที่

5. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ได้แก่ 1) มีเครือข่ายองค์กรทำงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน 3) การประสานงานของภาคีเครือข่าย 4) ชุมชนมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของยุพา อภิโกมลกร และพรนน้อย แสงแก้ว (2557) ที่พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ 1) ใช้การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 2) ความรู้ ความเข้าใจในงาน 3) ใช้บริบทของพื้นที่เป็นฐาน 4) ผู้นำกล้าคิด กล้าเปลี่ยน เรียนรู้งาน 5) มีการสื่อสารตลอดเวลาและมีการติดตามอย่างต่อเนื่องมี

ความสอดคล้องกัน 4 ประการ คือ การมีส่วนร่วม ความรู้ความเข้าใจในงาน การสื่อสารและการติดตาม เนื่องจากทั้ง 4 ปัจจัยเป็นองค์ประกอบในการดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จ

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัย ลิ้มทองดี ประธานกรรมการสอบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัย ชามรังสี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อจลรา จินวงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รวมทั้ง อาจารย์ ดร.ภก.ผู้เกียรติ หุดปอ กรรมการสอบ และอาจารย์ ดร.อภิศรา วัฒนเสน ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้ให้คำแนะนำ และตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้



เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.). (2553). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546.(พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส.).
- กานต์วี กอบสุข. (2554). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านโคกบรณลง ตำบลฤาษี อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชญาพัฒนสรจรเดช. (2557). การพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก้ง อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เทศบาลตำบลสร้างก่อ. (2557).ทะเบียนราษฎรท้องถิ่นเทศบาลตำบลสร้างก่อ ตำบลสร้างก่อ อำเภอภูคด จัหวัดอุดรธานี.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). การวิจัยเบื้องต้น. (ฉบับปรับปรุงใหม่).(พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- พินิจวรรณบุรณ์เจริญ. (2554). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านลุมพุก ตำบลนาดี อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาสารคาม:มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ยุพา อภิโกมลกรและและพวงน้อย แสงแก้ว. (2557). การจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ บ้านศรีหนองเกล้าอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง.วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัย สิ่งแวดล้อม, 37(1),89-98.
- รังสรรค์ สิงหาเลิศ. (2550).สถิติและการใช้โปรแกรม SPSS for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล งานวิจัย.มหาสารคาม: สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อทอง. (2557). แบบตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปี 2557. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อทอง ตำบลสร้างก่อ อำเภอภูคด จัหวัดอุดรธานี.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อทอง. (2558). แบบตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปี 2558. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อทอง ตำบลสร้างก่อ อำเภอภูคด จัหวัดอุดรธานี.
- วิโชติ พิณผด. (2556). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองเสือ ตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต.มหาสารคาม:มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุจิตน์ มหัตตนิรันดร์กุล. (2545). โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ โรงพยาบาลสวนปรุง.เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). ผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูคดจ้บ. (2557). รายงานสถานการณ์งานผู้สูงอายุประจำปี 2557.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูคดจ้บ จังหวัดอุดรธานี.



เอกสารอ้างอิง

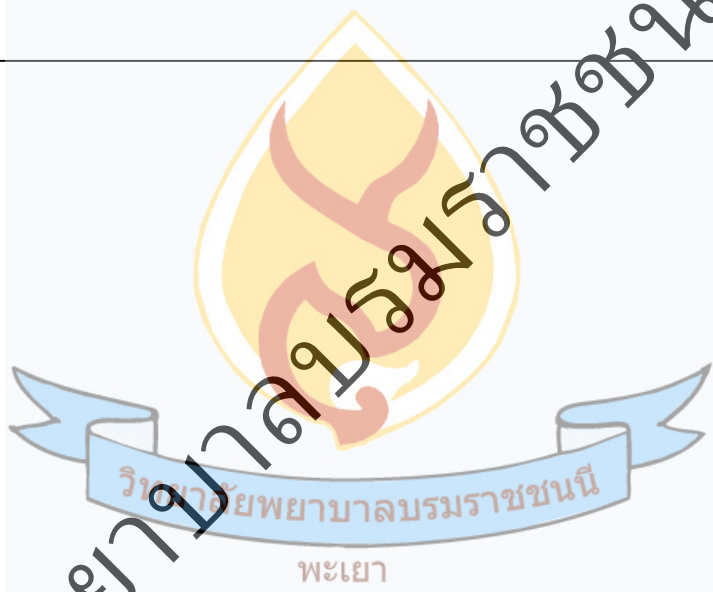
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2557). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2557). แผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี 2558. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.

องอาจ นัยพัฒน์. (2554). การออกแบบการวิจัยเชิงปริมาณเชิงคุณภาพและผสมผสานวิธีการ. (พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

Kemmis, S. and R. McTaggart. (1988). *The Action Research Planner*. Victoria :

Deakin University Press. United Nation Global Age Health Index 2013. Available URL สืบค้นเมื่อ วันที่ 1 เม.ย. 58, จาก [http://www. Globalgewatch.org](http://www.Globalgewatch.org)



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน พะเยา



ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

Predictors of HealthCare behaviors for the Elderly among
Caregivers in Warinchamrap District, Ubonratchathani Province

สุวิมลรัตน์ งามประเสริฐ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Study) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 399 คน ที่อาศัยอยู่ในอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Simple Random Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตอบด้วยตนเองประกอบด้วย 4 ส่วน หาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ความเชื่อมั่นส่วนที่ 2 เท่ากับ .89 ส่วนที่ 3 เท่ากับ .87, 87.76, .94 ส่วนที่ 4 เท่ากับ .89, .79 และค่า KR-20 เท่ากับ .56 - .60 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติไคสแควร์สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และหาสมการทำนายด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้น

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ ปัจจัยระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการดูแล และปัจจัยลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความเครียด ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

และความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน ด้านสุขภาพ ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การให้การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากครอบครัว และการให้การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

เมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้น พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 23.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ได้แก่ ปัจจัยความเครียด ปัจจัยความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และปัจจัยการให้การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นจึงควรมีทีมสุขภาพ และครอบครัวดูแลพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุให้มากขึ้น

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ



Abstract

The purpose of this cross-sectional analysis research is to predictors of health care behaviors for the elderly among care givers. The sample consisted of 399 caregivers of elderly people in Warinchamrab district, Ubonratchathani Province by using stratified random sampling method. Data were collected by applying 4 parts self-administrative questionnaires and data were analyzed by using 1) descriptive statistics 2) analytical statistics : Pearson correlation, chi-square test, and stepwise multiple regression statistics.

The results revealed that social life such as factor income and the relationship with the elderly, psychological factors : stress factors in the role of elder care factors knowledge in the health care of elderly caregivers and the locus inside - outside their own health care to elderly, social factors: The factors supporting the health care of elderly caregiver family and inputs to support the health care of the elderly care from medical personnel were associated with behavioral health care, statistically significant ($p < 0.05$).

The result of stepwise method of multiple regression statistics revealed that factors including stress factors: the locus inside - outside their own health care, and supporting the elderly care health care from medical personnel could accurately predict health care behaviors for the elderly among caregivers at the level of 23.2 % ($R^2 = .232$, $p < .05$). Therefore, it should be arranged the family health care teams appropriately for

taking care health care behaviors for the elderly

Key words : Behavioral Health Care, Elderly ,Elderly care to caregivers

บทนำ

จากสถานการณ์โครงสร้างประชากรวัยสูงอายุในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.2 ในปี พ.ศ.2543 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2562 สัดส่วนจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.3 เป็นข้อบ่งชี้ว่าขณะนี้สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ : Aging society (สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, 2552) กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ความสำคัญกับการที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยพบว่าประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและได้ประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำนวนที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดสังคม ประมาณ 5 ล้านคนหรือร้อยละ 79 และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปโรงพยาบาล 1.3 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 21 ดังนั้นรัฐบาลจึงมุ่งเน้นเป้าหมายสำคัญทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงและทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมคาดหวังว่าการมีส่วนร่วมมีการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ,2558)

จังหวัดอุบลราชธานีมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 164,698 คนในรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานีปี 2553 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี,2553) พบปัญหาโรคไม่ติดต่อประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 25.44 โรคเบาหวานร้อยละ 10.42 ปัญหาทันตสุขภาพร้อยละ 43.83 โรคทางสายตาร้อยละ 43.83 และปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 2.47 สำหรับด้าน



การบริหารจัดการงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีได้กำหนดนโยบายที่ชัดเจนและต่อเนื่องในทุกระดับเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยแก้ไขปัญหาระยะยาวได้และอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีมีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมากที่สุด 3 ลำดับแรก คืออำเภวารินชำราบ (14.04%) พิบูลมังสาหาร (13.65%) และ ตระการพืชผล (13.62%) การดำเนินงานตามนโยบายเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นในสภาวะผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น แต่ขาดผู้ดูแลทั้งผู้สูงอายุที่สุขภาพดีและเจ็บป่วย มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โดยคณะพยาบาลศาสตร์ ร่วมกับ โรงพยาบาลวารินชำราบ สาธารณสุขอำเภอมืองอุบลราชธานี และ สาธารณสุขอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (www.ubu.ac.th/new/index.php เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2558) ร่วมลงนามความร่วมมือในบันทึกข้อตกลงทางการศึกษา ในเบื้องต้นรูปแบบการดำเนินงาน ด้านการอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 3 เดือน ให้แก่ผู้พบชุมชนในพื้นที่อำเภวารินชำราบ ระหว่างวันที่ 12 มกราคม – 3 เมษายน 2558 โดยมีผู้เข้าร่วมอบรมจำนวน 40 คนผู้ดูแลดังกล่าวเป็นคุณในชุมชนแต่ไม่ใช้กลุ่มบุตรหลานหรือญาติผู้สูงอายุ จากการวิเคราะห์แล้วพบว่าการที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดีนั้น ส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลซึ่งผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีประสบการณ์การปฏิบัติของผู้ดูแลแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกันเนื่องจากมีปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยทางจิต ปัจจัยทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้อง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร,2552)

ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุจากที่ผู้สูงอายุมีความลดน้อยถอยลงของสุขภาพจึงทำให้ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวมีการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญในการที่ทำให้ผู้สูงอายุ

มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุนี้ มีผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง มีภาระผูกพันถูกจำกัดเวลาให้เฉพาะการดูแลผู้สูงอายุได้เท่านั้น ไม่สามารถวางแผนการดำเนินชีวิตตนเองได้ จากบทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบงานวิจัยปัจจัยทางชีวจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับอายุมากมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย (วชิรพรรณ เทพิน,2553) พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลความสามารถทำนายนการดูแลกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันพบว่าความสามารถทำนายนการดูแลก่อนไปด้านตำแหน่งความว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่สามารถคาดการณ์การดูแลและควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ (ฉัตรกมล ประจวบลาภและคณะ,2557) และจากการศึกษาบทบาทสมาชิกของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ พบว่าสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุอัลไซเมอร์โดยส่วนใหญ่เป็นบุตร และดูแลผู้สูงอายุใน 4 ด้านสำคัญได้แก่ทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ ทางด้านสังคมและด้านการรักษา (นิษา โมราถและคณะ,2555) แต่ยังไม่มีการศึกษาในส่วนปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในประเด็น ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในด้านปัจจัยทางชีวจิตได้แก่ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการดูแล ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ปัจจัยทางจิตได้แก่ความเครียด ความเชื่อภายใน-นอกตน และปัจจัยทางสังคมได้แก่การได้รับการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากครอบครัวและบุคคลากร



ทางการแพทย์ว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างไร ซึ่งผลการวิจัยจะทำให้ทราบสาเหตุและปัจจัยทำนายเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการจัดกิจกรรมให้กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ของปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบบภาคตัดขวาง (Cross-Section Analytical Study)

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นบุคคลใน ครอบครัว หรือญาติของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 26 แห่ง จำนวน 9,143 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลในครอบครัว หรือญาติของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 23 แห่ง ในอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 399 คน สุ่มตัวอย่างตาม ขนาดของแต่ละชั้นภูมิด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับสลาก

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Simple Random Sampling) จัดสรรตัวอย่างเป็นสัดส่วนกับขนาดของชั้นภูมิ ขนาดของชั้นภูมิ (Proportional allocation) (ยุพา ถาวรพิภพ, 2554) ประชากรเป้าหมาย มี 9,143 คน และผู้วิจัยต้องการกลุ่มตัวอย่าง 399 คนจากประชากรทั้งหมดและใช้การสุ่มอย่างง่าย สุ่มกลุ่มตัวอย่าง 30% จากประชากรในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ทั้งหมด 23 แห่งแต่ละแห่งจะได้กลุ่มตัวอย่าง (30% ของ 399 คน) ตามสัดส่วน

เกณฑ์รับเข้าศึกษา

1. เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุระบุว่าให้การดูแลผู้สูงอายุขณะอยู่ที่บ้านมากที่สุดในรอบครัว และเป็นผู้นำผู้สูงอายุมาตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาล มากที่สุดในครอบครัว
2. ต้องมีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 เดือน ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาแล้วว่าเป็นระยะเวลาที่ นานเพียงพอต่อการได้รับประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้สูงอายุและเพียงพอต่อการประเมินพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้
3. ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าศึกษาเป็นผู้ที่ได้รับการรับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจากโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตนั้น
4. มีการรับรู้ สติสัมปชัญญะดี สามารถ
5. ไม่เป็นโรคหรือความผิดปกติทางจิตใจ
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และพัฒนามาจาก วชิราพรพรณ เทพิน (2553) และ คมสัน แก้วระยะ (2540) ประกอบด้วย 1) แบบสอบถาม ด้านปัจจัยทางชีวสังคม 2) แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3) แบบสอบถามด้านปัจจัยทางจิต และ 4) แบบสอบถาม ด้านปัจจัยทางสังคม

1. **แบบสอบถามด้านปัจจัยทางชีวสังคม** เป็นแบบสอบถามที่ถามข้อมูลคุณลักษณะทาง ประชากรต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างโดยสอบถาม เกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการดูแลลักษณะ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุและลักษณะครอบครัวของ



ผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบสอบถามเป็นแบบกำหนดคำตอบให้ (Check List) จำนวน 8 ข้อ

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุลักษณะแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 7 ด้านได้แก่ 1) ด้านอาหาร 2) ด้านการนอนหลับพักผ่อน 3) ด้านออกกำลังกาย 4) ด้านการขับถ่าย 5) ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ 6) ด้านสุขภาพอนามัยและ 7) ด้านการปรับตัวต่อความเครียด แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ผู้วิจัยได้แบ่งตามระดับการประเมินที่มีความหมายโดยการกำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยตามนियามการวัดตัวแปร จำนวน 33 ข้อ

3. แบบสอบถามด้านปัจจัยทางจิตได้แก่

3.1) แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของคัมสัน แก้วระยยะ (คัมสัน แก้วระยยะ, 2540) ซึ่งข้อคำถามเป็นคำถามเชิงบวก แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ผู้วิจัยได้แบ่งตามระดับการประเมินที่มีความหมายโดยการกำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยตามนियามการวัดตัวแปรจำนวน 30 ข้อ

3.2) แบบสอบถามความวิตกกังวลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุแบ่งเป็น 7 ด้านได้แก่ ด้านอาหาร ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการป้องกันอันตรายต่อตนเอง ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการปรับตัวต่อความเครียด แบบสอบถามแบบการประเมินผล 5 ระดับ คือ ถูกต้อง หรือ ไม่ถูกต้อง จำนวน 22 ข้อ

3.3) แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดความเชื่อ ความชอบเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ผู้วิจัยได้แบ่งตามระดับการประเมินที่มีความหมายโดยการกำหนดเกณฑ์การ

แบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยตามนियามการวัดตัวแปรจำนวน 10 ข้อ

3.4) แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่สามารถวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ผู้วิจัยได้แบ่งตามระดับการประเมินที่มีความหมายโดยการกำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยตามนियามการวัดตัวแปรจำนวน 6 ข้อ

3.5) แบบสอบถามสมรรถนะระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ แบบสอบถามครอบคลุมเกี่ยวกับ 2 องค์ประกอบของสมรรถนะระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ และด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ผู้วิจัยได้แบ่งตามระดับการประเมินที่มีความหมายโดยการกำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยตามนियามการวัดตัวแปรจำนวน 20 ข้อ

4. แบบสอบถามด้านปัจจัยทางสังคม

4.1) การให้การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุจากครอบครัว โดยนำแนวคิดมาจากเชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et.al., 1981) มาปรับปรุงและพัฒนาแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ผู้วิจัยได้แบ่งตามระดับการประเมินที่มีความหมายโดยการกำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยตามนियามการวัดตัวแปรจำนวน 10 ข้อ

4.2) การให้การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุจากบุคลากรทางการแพทย์ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ผู้วิจัยได้แบ่งตามระดับการประเมินที่มีความหมายโดยการกำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยตามนियามการวัดตัวแปรจำนวน 10 ข้อ



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามในการวิจัย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพในระดับที่ยอมรับได้ โดยมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Expert) ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ การพยาบาลผู้ใหญ่ และการพยาบาลผู้สูงอายุ นำแบบสอบถามมาทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ส่วนที่ 2 เท่ากับ .89 ส่วนที่ 3 ประกอบด้วย .87.87.76 .94 และส่วนที่ 4 ประกอบด้วย .89 .79 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประสานขอความอนุเคราะห์สาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีในการทำวิจัยกับประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี และผู้ใหญ่บ้าน ทุกหมู่บ้านของกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตประสงค์โดยการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัยได้คัดเลือกตัวอย่างตามคุณลักษณะที่กำหนดพบกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยโดยให้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 399 คนและผู้วิจัยเป็นผู้สอบถามกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างตอบและผู้วิจัยขอรับแบบสอบถามคืนทันทีเมื่อผู้ตอบแบบสอบถามเสร็จและได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมดบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์และทำการวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและให้สิทธิกับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในการตัดสินใจยินยอมเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจ

2. การรายงานผลการวิจัย ใช้การนำเสนอข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยชื่อสกุลของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติไคสแควร์สถิติเชิงประสิทธิสัมพันธ์ของเพียร์สัน และทดสอบการทำนายด้วยสถิติวิเคราะห์ Stepwise multiple regression analysis

ผลการวิจัย

จากการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.9 มีอายุระหว่าง 21-65 ปีมากที่สุดร้อยละ 36.5 ผู้ดูแลมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 78.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 66.9 รองลงมาชั้นมัธยมศึกษาร้อยละ 31.6 โดยมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาทร้อยละ 53.3 นอกจากนี้ยังพบว่ามีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นบุตรร้อยละ 61.1 ลักษณะครอบครัวขยายร้อยละ 52.6 ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มีประวัติว่าดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 1 ปี ร้อยละ 78.4 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของปัจจัยชีวสังคม (n = 399)

ปัจจัยชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	ความถี่	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	100	25.2
หญิง	299	74.9
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 21 ปี	5	1.3
21-40	124	31.1
41-60	125	31.3
61-65	145	36.5
สถานภาพสมรส		
โสด	41	10.3
สมรส	298	74.7
หม้ายหรือหย่าร้าง	60	15.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	255	63.9
มัธยมศึกษา	126	31.6
ปริญญาตรี	16	4.0
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.5
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	212	53.3
5,000-10,000 บาท	157	39.4
มากกว่า 10,000 บาท	30	7.3
ระยะเวลาการดูแล		
1-6 เดือน	32	8.0
7-12 เดือน	54	13.6
1 ปีขึ้นไป	313	78.4
ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ		
คู่ชีวิต	49	12.3
บุตร	244	61.2
หลาน	74	18.5
อื่นๆ	32	8.0
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	189	47.4
ครอบครัวขยาย	210	52.6



ปัจจัยทางจิตด้านความเครียดในบทบาทผู้ดูแลของผู้สูงอายุพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเครียดระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 69.6 และภาพรวมผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเครียดระดับต่ำ $\bar{X} = 1.44$ S.D.=.724

ด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 49.0

ด้านทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง และภาพรวมผู้ดูแลมีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.36$ S.D.=.405)

ด้านความเชื่ออำนาจภายใน-นอกด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ผู้ดูแลมีความเชื่ออำนาจภายใน-นอกด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 66.8 และภาพรวมผู้ดูแลมีความเชื่ออำนาจภายใน-นอกด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.51$ S.D.=1.22)

ด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุพบว่า สัมพันธภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.7 และภาพรวมสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุพบว่าอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.46$ S.D.=.434)

ปัจจัยทางสังคมประกอบด้วยการให้การสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากครอบครัวของผู้สูงอายุพบว่าอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 76.6 และภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.38$ S.D.=.407)

การให้การสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า การให้การสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากบุคลากรทางการแพทย์ของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62.3 และภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.77$ S.D.=.587)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 66.2 และภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.48$ S.D.=1.23)

ปัจจัยชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการดูแล และลักษณะความสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ปัจจัยชีวสังคม	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	
	หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Chi-square)	p-value
เพศ	0.042	.976
อายุ	2.853	.837
ระดับการศึกษา	0.539**	.001
สถานภาพสมรส	4.86	.302
รายได้ต่อเดือน	0.72**	.001



ระยะเวลาการดูแล	0.832**	.002
ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ	0.371**	.002
ลักษณะครอบครัว	3.285	.195

** p-value= .01

ปัจจัยทางจิตที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และปัจจัยความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนเองด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล โดยปัจจัยความเครียดในบทบาทผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.273$) ส่วนปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและปัจจัยความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนเองด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 ($r = -0.166, -0.259$ ตามลำดับ) สำหรับปัจจัยทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และปัจจัยสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยทางจิตที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางจิต	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value
ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล	0.273**	.000
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	-0.166**	.001
ทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	0.009	.854
ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนเองด้านสุขภาพ	-0.259**	.000
สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ	0.085	.091

** p-value= .01

ปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากครอบครัว และปัจจัยการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.125, 0.421$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 5



ตารางที่ 5 ปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางสังคม	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	p-value
การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล จากครอบครัว	0.125*	.012
การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล จากบุคลากรทางการแพทย์	0.421**	.000

** p-value= .01,* p-value= .05

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุอำเภอวังน้อย จังหวัด
อุบลราชธานี ผลการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ตัวแปรที่
ศึกษาทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 23.2 ($R^2 =$
0.232) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือ ปัจจัยการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ ($\beta =$
.36, $p < .001$) ปัจจัยความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนเองด้านสุขภาพ ($\beta = -.15$, $p < .001$) และปัจจัย
ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ($\beta = .14$, $p < .001$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ปัจจัยทำนาย		S.E.	β	t	p-value
การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ ผู้ดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์	0.344	0.043	0.363	7.976	.001
ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนเองด้านสุขภาพ	-0.116	0.034	-0.158	-3.370	.001
ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล	0.098	0.032	0.144	0.144	.003

p-value= .001



อภิปรายผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำมาใช้อภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยแต่ละข้อดังนี้

1. ปัจจัยชีวสังคม ทางจิตและทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ปัจจัยชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการดูแล และลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 โดยระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล สิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลโดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงสามารถแสวงหาข้อมูลนำมาคิดพิจารณาตัดสินใจการกระทำได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยและผู้ที่มีการศึกษาสูงจะทำให้การแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาต่างๆ ที่สงสัยหรือไม่เข้าใจในสิ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพาวมิล เมฆวิชัย (2555) พบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีความสัมพันธ์กับผลกระทบต่อการดูแลผู้สูงอายุ รายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลแตกต่างกันรายได้มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการทางสาธารณสุขและโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลกับการศึกษาของวชิราพรพร เทพิน (2555) พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่ำกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่าระยะเวลาการดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ส่วนลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ถ้ามีสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุไม่ดี อันเนื่องมาจากต้องทำตามหน้าที่ที่ต้องดูแลหรือทำตามความจำเป็นมากกว่าความเต็มใจจะทำให้การดูแล

สุขภาพผู้สูงอายุดำเนินไปในทางที่ไม่ดี แต่ถ้าหากว่ามีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันมาก่อนมีความผูกพันรักใคร่ มักเกิดความยินดีและเต็มใจที่จะให้การช่วยเหลือ การศึกษาของนิชา โมราถบและคณะ (2555) พบว่าสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุอัลไซเมอร์โดยส่วนใหญ่เป็นบุตรเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ ซึ่งเป็นบิดามารดาของตน

พบว่าปัจจัยชีวสังคมบางตัวแปรได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ซึ่งไม่ตรงกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ไม่สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของโอเรม ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเพศเป็นตัวกำหนดความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Orem, 1985) ในผู้ดูแลที่มีเพศแตกต่างกันจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแตกต่างกัน

อายุและสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ปัจจัยนี้บ่งบอกถึงวุฒิภาวะ ภาวะจิตใจ ผู้ดูแลที่มีอายุและสถานภาพสมรสในวัย 21-60 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ เป็นวัยของการมีครอบครัวมีความมั่นคงในหน้าที่การงาน มีความรับผิดชอบซึ่งจะสูงสุดเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวชิราพรพร เทพิน (2555)

ปัจจัยทางจิตจากการศึกษา พบว่า ปัจจัยความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และปัจจัยความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนเองด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ปัจจัยความเครียดในบทบาทผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.273, -.166, -.259$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1



ที่ตั้งไว้ กล่าวคือผลการวิจัยพบว่าความเครียดใน
บทบาทผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้น
เนื่องจากการที่ผู้ดูแลสวมบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็น
ความรู้สึกของผู้ดูแลต่อบทบาทต่างๆว่าเป็น
ประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและสัมพันธ์กับ
บทบาทหรือตำแหน่งที่คาดหวังเป็นความรู้สึกคับข้องใจ
(Joos; Andrew; & Roy; 1985; 1991) ความเครียด
ในบทบาทผู้ดูแลประกอบด้วย ความคลุมเครือใน
บทบาท เพราะมีหลายบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ
ซึ่งสอดคล้องกับอุษา วงษ์อนันต์และคณะ (2552) ได้
ศึกษาอัตมโนทัศน์การสนับสนุนทางสังคมกับ
สุขภาพจิตของผู้สูงอายุและ การศึกษาของวชิราพรพรณ
เทพิน (2555) พบว่าผู้ดูแลที่มีความเครียด ในบทบาท
ผู้ดูแลสูง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่า
ผู้ดูแลที่มีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลต่ำ และยัง
สอดคล้องกับบรอนนค์ กุลธนรงค์ และคณะ (2555)
พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิม โรคหลอดเลือดสมองมีความ
เครียด ในบทบาทผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และ
สอดคล้องกับการศึกษาของวชิราพรพรณ เทพิน
(2555) ในด้านของความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุการนำ
องค์ความรู้มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุมักมีพฤติกรรม
การดูแลผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่นำองค์ความรู้มาใช้ในการ
ดูแลผู้สูงอายุน้อยและผู้ดูแลที่มีความเชื่ออำนาจ
ภายในตน-นอกตนด้านสุขภาพสูงมีพฤติกรรมการดูแล
ผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน-
นอกตนด้านสุขภาพต่ำ

ยังปัจจัยทางสังคมพบว่า ปัจจัยการสนับสนุน
ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากครอบครัว
และปัจจัยการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
ของผู้ดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์
ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ 0.05 ($r = 0.125, 0.421$ ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไป
ตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้ กล่าวคือพบว่าปัจจัย

การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล
จากครอบครัว และปัจจัยการสนับสนุนด้านการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์
โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้สูงอายุ
ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและบุคลากร
ทางการแพทย์ทั้งในเรื่องข้อมูลข่าวสารวัสดุสิ่งของหรือ
ด้านจิตใจผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการทางการแพทย์
และสาธารณสุขรวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำทำให้
ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและ
สามารถเผชิญกับปัญหาหรือแก้ปัญหาคัดค้านที่เกิดจาก
ความเจ็บป่วยได้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้เพนเดอร์ (Pender,
1987) การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านการแพทย์และ
สาธารณสุขมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของ
วงษ์อนันต์และสุภาวณิสนธิรัตน์ (2552) ได้ศึกษา
อัตมโนทัศน์การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของ
ผู้สูงอายุผลการศึกษาวิจัยพบว่าอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์
ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและการสนับสนุน
ทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

2. ความสามารถในการทำนายพฤติกรรม

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ของ
ปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัว
แปรทีละขั้นพบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ
23.2 ($R^2 = 0.232$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p < .001$) คือปัจจัยการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ปัจจัย
ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนเองด้านสุขภาพและ
ปัจจัยความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผลการศึกษา
สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้เพียงบางส่วนแสดงให้เห็น
ว่าปัจจัยทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้ คือปัจจัย การสนับสนุน
ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากบุคลากร
ทางการแพทย์โดยการได้รับการสนับสนุนด้านการดูแล



สุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นปัจจัยแรกที่สามารถทำนายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้ตามแนวคิดของ ซึ่งสามารถอธิบายตามแนวคิดของคobb (Cobb, S., 1976) กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถ ตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลได้โดยเป็น แรงกระตุ้นที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่มีคุณค่าและได้รับการยกย่องเป็นส่วน หนึ่งของเครือข่ายทางสังคมพบว่า ปัจจัยทางจิต สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ ผู้ดูแลได้ 2 ปัจจัยคือปัจจัยความเชื่ออำนาจภายใน- นอกตนเองด้านสุขภาพนั้นเป็นปัจจัยทางจิตลำดับแรก ที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลได้ซึ่งความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนเอง ด้านสุขภาพในลักษณะทางตรงข้ามตามแนวคิดของ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) อธิบายว่าผลตอบแทนอันหนึ่งได้มาจาก พฤติกรรมของบุคคลย่อมก่อให้เกิดความคาดหวังที่จะ ได้ผลตอบแทน ผลการวิจัยนี้พบลักษณะทางตรงข้าม อธิบายได้ว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่คาดหวังเพื่อที่จะดูแล ผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีโดยไม่คาดหวังสิ่งตอบแทนใด ๆ จากการดูแลและปัจจัยความเครียดเชิงแนวคิด บทบาท ผู้ดูแลประกอบด้วย ความคลุมเครือในบทบาท (Role ambiguity) ความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict) และการมีบทบาทมากเกินไป ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุมี ความรู้สึกของผู้ดูแลต่อบทบาทต่างๆ ว่าหลายบทบาท เกินไปเป็นประสพการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ดังกล่าว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ประสานงานและ บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัด อำเภวารินชำราบ ทุกแห่งที่อำนวยความสะดวกใน การเก็บข้อมูลตลอดจนผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ในการเก็บข้อมูลอย่างดียิ่ง



เอกสารอ้างอิง

คมสัน แก้วระยะ. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุเขตเทศบาลเมือง จังหวัดเพชรบุรี* ปริญญาโท พย.ม.(พยาบาลศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

ฉัตรกมลประจวบลาภ วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ นารัตน์ จิตรมนตรีและอัครวุฒิ วิริยเวชกุล.

(2556).ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลความสามารถในการทำนายนายการดูแลกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 215-245.

นิขภา โมราลภ ชไมพร กาญจนกิจสกุล ศุภสิทธิ์ พรรณนารุณหทัย วิพรรณ ประจวบเหม และพุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์. (2555). บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่อัลไซเมอร์. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 6(2), 122-131.

พาวุฒิเมฆวิชัยและสุรินทร์แซ่ตั้ง. (2556). ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2556, 58(1), 101-110.

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. (2558). ผลการลงนามร่วมมือ. (เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2558). เข้าถึงได้จาก <http://www.ubu.ac.th/new/index.php>

วชิราพรรณ เทพิน. (2555). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ. สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2552). *ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย. แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). กรุงเทพมหานคร.*

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2553). รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานีปี 2553.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2558. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).

อุษาวงษ์อนันต์และสุภาณิสรรัตน์. (2552). อัตมโนทัศน์การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. *วารสารโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์*, 9(2), 40-46.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychological Medicine*, 38(5), 300-314.

Joos, I.M. Nelson, R., and Lynees, A. (1985). *Man Health and Nursing : Basic Concept And Theory*. USA: Reston Publishing.

Pander, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2 edition. Carifornia: Appleton&Lunge.



ผลของการประยุกต์กระบวนการอนามัยชุมชน ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย

Effects of Applying Community Health Process and Community Participation on the Control of Aedes Larva

สุวัฒนา เกิดม่วง ศักติกร สุวรรณเจริญ นิลดา จันทิแสง
สุธานินทร์ สุธีประเสริฐ ธนิษฐา ทองนาคอินต๊ะปันวิเศษ
ศรีสุรางค์ เคหะนาค พรชัย พูนคงมี ชวนพิศ ศิริไพบุลย์
ภาควิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

บทคัดย่อ

การมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนนับเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาสภาวะสุขภาพ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้กระบวนการอนามัยชุมชนร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลาย กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือตัวแทนครัวเรือน หมู่ที่ 2 ตำบลทับใต้ อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 80 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ซึ่งตัวแทนครัวเรือนได้รับการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลาย โดยใช้กระบวนการอนามัยชุมชนโดยให้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งประกอบด้วย 1) ขั้นเตรียมชุมชน 2) ขั้นวินิจฉัยชุมชน 3) ขั้นวางแผน 4) ขั้นดำเนินกิจกรรมโดยใช้การมีส่วนร่วมของตัวแทนชุมชนและตัวแทนนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ในการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายแก่ตัวแทนครัวเรือน และ 5) ประเมินผล รวมระยะการดำเนินการวิจัย 16 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามร่วมกับการ

สังเกต ดำเนินการเก็บรวบรวมก่อน และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test ผลการศึกษพบว่าหลังการทดลอง ตัวแทนครัวเรือนมีความรู้ที่เพิ่มขึ้นในเรื่อง ความรู้ ทักษะพฤติกรรมในการควบคุมลูกน้ำยุงลายสูงกว่าก่อนการทดลองและค่าดัชนีบ้านที่พบลูกน้ำยุงลายลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การวิจัยครั้งนี้จึงขอเสนอแนะว่า การประยุกต์ใช้กระบวนการอนามัยชุมชนร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้ประชาชนในชุมชนเกิดพฤติกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายที่ถูกต้องเหมาะสม อีกทั้งเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการกระตุ้นให้ผู้อยู่ในชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาในชุมชน

คำสำคัญ : กระบวนการอนามัยชุมชนการมีส่วนร่วมของชุมชนลูกน้ำยุงลาย



Abstract

Community participation is a significant factor for health development. The objective of this one group pretest-posttest quasi experimental study was to examine effects of applying the community health process and community participation on behaviors related to the control of *Aedes* larva. Subjects were 80 family representatives living in Muang district, Suphanburi province selected by simple random sampling. Family representatives participated in the community-based program by applying community health process. The program comprised five phases including; 1) community preparation, 2) community diagnosis, 3) planning, 4) implementations with participation of representatives from communities and students grade 5th and 6th in providing knowledge and changing behaviors related to the control of *Aedes* larva in each household, and 5) evaluation. The implementation of the program took 16 weeks. Data were collected using self-administered questionnaires and the observation method. Pre-test data were collected one week before starting the program and post-test data collected one week after the intervention. The results showed that the mean scores of knowledge, attitudes, behaviors related to the control of *Aedes* larva were significantly higher than that of the pre-test, and the House Index (H.I.) was

significantly lower after intervention ($p < .05$). Findings suggested that the program applying the community health process and community participation could be able to encourage community members to control of *Aedes* larva. The program could serve as guidelines for public health staff to encourage community stakeholders to participate in solving community health problems.

Keywords : Community Health Process, Community Participations, *Aedes* Larva

บทนำ

ประเทศไทยตั้งอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีสภาพภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่มและถูกน้ำท่วมขังซึ่งเหมาะต่อการเจริญเติบโตและขยายพันธุ์ของแมลงและสัตว์นำโรคต่าง ๆ มากมาย โดยพบว่าแมลงและสัตว์นำโรคที่มีการขยายพันธุ์อย่างรวดเร็วและเป็นพาหะนำโรคมามากที่สุด ทำให้เกิดปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยนั้นคือยุงเพราะนอกจากยุงกินเลือดและก่อให้เกิดความรำคาญแล้ว ยุงบางชนิดยังสามารถทำหน้าที่เป็นพาหะนำโรคได้อีกด้วย โรคที่เกิดจากยุงเป็นพาหะที่สำคัญและพบมากในประเทศไทยได้แก่โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever) โดยมียุงลายโดยเฉพาะ *Aedes aegypti* Linn. เป็นพาหะสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการไม่รู้จักรั้ววิธีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายที่ถูกวิธี จึงทำให้แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเพิ่มขึ้นจึงส่งผลกระทบให้เกิดโรคไข้เลือดออกในประเทศไทยเรื่อยมาและมีการแพร่ระบาดมาจนถึงปัจจุบัน (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

ไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา หลายหน่วยงานได้พยายามรณรงค์ให้



ประชาชนร่วมกันทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เพื่อลดพาหะนำโรคไข้เลือดออก แต่ก็ไม่สามารถควบคุมการเกิดโรคไข้เลือดออกได้เท่าที่ควร ดังเห็นจากรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออก 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2556 อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 89.27, 117.91, 107.06, 122.63 และ 234.81 ต่อแสนประชากรอัตราตายโรคไข้เลือดออก 0.09, 0.12, 0.19, 0.09 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ในปีพ.ศ. 2556 จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคไข้เลือดออกมีทั้งสิ้น 24,272 รายคิดเป็นอัตราป่วย 37.88 ต่อแสนประชากร ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้วทั้งสิ้น 28 ราย ซึ่งเป็นอัตราที่มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี (สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) และยังพบว่าหลาย ๆ จังหวัดยังมีการระบาดของโรคไข้เลือดออก โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ภาคกลาง

จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นจังหวัดหนึ่งในภาคกลางที่มีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกทุกปี จากข้อมูลสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของจังหวัดสุพรรณบุรี พ.ศ. 2556 พบผู้ป่วยไปแล้ว จำนวน 333 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 39.46 ต่อแสนประชากร ในส่วนของอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในระดับอำเภอนั้น อำเภอเมืองสุพรรณบุรีมีอัตราป่วยสูงสุดเท่ากับ 151.51 ต่อแสนประชากร (สำนักกระบวนวิทยา, 2556) ดังนั้นจึงควรแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงควรกำจัดที่สาเหตุของการเกิดโรคซึ่งนับว่าเป็นวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ง่ายและเร็ว นั่นคือ การตัดวงจรชีวิตช่วงระยะหนึ่งของยุง โดยการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เพราะช่วงที่อ่อนแอที่สุดของยุงคือระยะตัวอ่อน (Nymph Stage) เนื่องจากยุงยังเล็กและอ่อนแอมาก (สำนักโรคติดต่อมาโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

ปัญหาอย่างหนึ่งที่สำคัญเกี่ยวกับการกำจัดลูกน้ำยุงลาย มาจากสภาพแวดล้อมรอบบริเวณที่อยู่อาศัย เนื่องจากธรรมชาติของยุงลาย มักจะวางไข่ในน้ำนิ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาชนะที่มีน้ำขัง เช่น เศษกะลามะพร้าว ขวดพลาสติก เศษภาชนะแตก ยางรถยนต์ ฯ (แผนยุทธศาสตร์โรคติดต่อมาโดยแมลงระดับชาติ, 2555) และจากการสำรวจชุมชนหมู่บ้านประสพสุข ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี สำรวจพบว่าทั้งสภาพทั่วไปเป็นลักษณะพื้นที่ราบลุ่ม มีแม่น้ำท่าจีนไหลผ่าน ภูมิประเทศโดยทั่วไปเป็นป่ารก มีเศษ พืชและขยะมูลฝอยต่าง ๆ ที่สามารถกักเก็บน้ำฝนได้ จึงเป็นแหล่งที่ยุงลายจะสามารถวางไข่ได้ และจากการตรวจหาด้ยขึ้นบ้านที่พบลูกน้ำยุงลาย (House Index) จากจำนวน 80 หลังคาเรือน พบว่าจำนวน 65 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 81.25 ซึ่งเกินจากที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือจำนวนหลังคาเรือนที่พบลูกน้ำยุงลายต้องไม่เกินร้อยละ 1 ซึ่งหากประชาชนไม่ให้ความสนใจ ไม่มีการป้องกันและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ก็อาจทำให้มีจำนวนยุงลายเพิ่มมากขึ้นในชุมชน ก็ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกวิธี และทันเวลาหากป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกโดยมียุงลายเป็นพาหะ

จากเหตุผลดังกล่าวพบว่าควรมีการหามาตรการในการเสริมสร้างการป้องกันที่ได้รับการยอมรับว่าได้ผลเร็วและเสียค่าใช้จ่ายน้อยคือ การกำจัดสาเหตุที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ปลอดภัย โดยการปลูกฝังจิตสำนึกและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรค จึงเป็นมาตรการที่เหมาะสมและเห็นผลได้ชัดเจนในระยะเวลานานสั้น (Green & Kreuter, 2005) เพราะฉะนั้นการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ดีที่สุดจึงอยู่ที่การทำลายและการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตัวหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนบุคคลหรือชุมชนโดยตรง (สำนักงานควบคุม



โรคไข้เลือดออกกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

ปัจจุบันหลายจังหวัดได้หามาตรการและวิธีการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนมีรูปแบบต่างๆเช่น 1) การรณรงค์โดยการระดมความร่วมมือของผู้นำชุมชนนักเรียนกลุ่มกิจกรรมและประชาชนเพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายในชุมชนเป็นครั้งคราว 2) การร่วมมือกับโรงเรียนในการสอนนักเรียนให้มีความรู้เรื่องการควบคุมยุงลายและมอบหมายกิจกรรมให้นักเรียนกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน 3) การจัดอาสาสมัครสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายตามบ้านเรือนและใส่ทรายกำจัดลูกน้ำแต่การดำเนินงานในรูปแบบดังกล่าวพบว่าจัดเป็นครั้งคราวและขาดความต่อเนื่อง ดังนั้นควรมุ่งเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของปัญหาและสามารถแก้ปัญหาด้วยตนเองควรจะได้รับ การส่งเสริมและปฏิบัติให้แพร่หลายมากที่สุด โดยเน้นปัจจัยสำคัญคือความครอบคลุมสม่ำเสมอและต่อเนื่องการกระตุ้นเตือนให้ประชาชนตื่นตัวในการควบคุมโรคให้การสนับสนุนทรัพยากรหรือเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคโดยประชาชนในท้องถิ่นอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ (การมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อควบคุมยุงลาย, 2555)

การศึกษาครั้งนี้จึงประยุกต์กระบวนการอันามัยชุมชนร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งประกอบด้วย 1) ขั้นเตรียมชุมชน 2) ขั้นวินิจฉัยชุมชน 3) ขั้นวางแผน 4) ขั้นดำเนินการกิจกรรมโดยใช้การมีส่วนร่วมของตัวแทนชุมชนและตัวแทนนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ในการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายแก่ตัวแทนครัวเรือน และ 5) ขั้นประเมินผลโดยนำหลักการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในกระบวนการศึกษา โดยให้ประชาชนในชุมชนซึ่งเป็น

เจ้าของพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการรับผิดชอบดำเนินการควบคุมและส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายที่ถูกต้องเหมาะสมและต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อนำมาซึ่งพฤติกรรมที่ถูกต้องส่งผลให้ประชาชนในชุมชนเกิดพฤติกรรมกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลาย และสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต อีกทั้งเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการกระตุ้นให้ผูมีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้ ทักษะคิด เรื่องโรคไข้เลือดออกและการควบคุมลูกน้ำยุงลายพฤติกรรมกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลาย และค่าดัชนีบ้านที่พบลูกน้ำยุงลาย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการประยุกต์กระบวนการอันามัยชุมชนร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย ของประชาชนหมู่ที่ 2 บ้านประสพสุข ตำบลทับใต้เหล็ก อำเภอมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

ระเบียบวิธีการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pretest-Posttest design)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ตัวแทนครัวเรือนครัวเรือนละ 1 คน จาก 210 ครัวเรือน หมู่ที่ 2 บ้านประสพสุข ตำบลทับใต้เหล็ก อำเภอมือง จังหวัดสุพรรณบุรี



กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตร Power analysis โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.8 และขนาดอิทธิพลของตัวแปร เท่ากับ 0.2 (Polit & Hungler, 2004) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 68 ครีวเรือน เพื่อป้องกันการสูญหายของผู้เข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 80 ครีวเรือนและทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยดังนี้

1) เป็นตัวแทนครีวเรือนเพศชายหรือหญิงที่สมาชิกของครีวเรือนนั้นๆ เลือกให้เป็นตัวแทนของครีวเรือนและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย ตามโปรแกรมการประยุกต์กระบวนการอนามัยชุมชน ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมลูกน้ำยุงลายได้ทุกครั้ง

2) เป็นตัวแทนครีวเรือนที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีแต่ไม่เกิน 60 ปี

3) เป็นผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

3. การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

จัดกิจกรรมโปรแกรมการประยุกต์กระบวนการอนามัยชุมชนร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย ระยะเวลา 16 สัปดาห์ดังนี้

1. ดำเนินการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบสำรวจลูกน้ำยุงลายในบ้านก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1)

2. ดำเนินการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมตามแผนกิจกรรมที่สร้างไว้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมจำนวน 14 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 15) ประกอบด้วย

2.1 **ขั้นเตรียมชุมชน (สัปดาห์ที่ 2-3)** เป็นการศึกษาข้อมูลขั้นพื้นฐานปัจจัยต่างๆ และข้อมูล

เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการควบคุมลูกน้ำยุงลาย โดยการใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์กับแกนนำหมู่บ้านเพื่อค้นหาปัญหาของโรคไข้เลือดออกและการควบคุมลูกน้ำยุงลายในบริบทที่เป็นจริง

2.2 **ขั้นวินิจฉัยชุมชน (สัปดาห์ที่ 4-6)**

2.2.1 ระบุปัญหานามัยชุมชนจากการสำรวจรวบรวมข้อมูล (Problem Identification)

2.2.2 จัดลำดับความสำคัญของปัญหา (Priority setting) ด้วยวิธี Weighting scale method โดยพิจารณาองค์ประกอบด้านขนาดของปัญหา (size of problem) ความรุนแรงของปัญหา (severity of problem) ความยากง่ายในการแก้ไข ปัญหา (feasibility) และความสนใจหรือความวิตกกังวลของชุมชนต่อปัญหา (Community concern)

2.3 **ขั้นวางแผน (สัปดาห์ที่ 7-8)**

2.3.1 ประชุมร่วมกับแกนนำหมู่บ้านเพื่อค้นหาสาเหตุของการเกิดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย

2.3.2 ประชุมร่วมกับแกนนำหมู่บ้านเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงและแนวทางการแก้ไขปัญหาการเกิดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย

2.3.3 ตัวแทนชุมชนร่วมกันวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็งของชุมชนในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย

2.3.4 ประชุมร่วมวางแผนการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ

2.3.5 ประชุมร่วมกับแกนนำหมู่บ้านเพื่อร่วมกันระบุจัดหาสถานที่ วัน เวลาที่เหมาะสมในการดำเนินการ/โครงการ

2.3.6 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการและประชาสัมพันธ์โครงการแก่กลุ่มเป้าหมาย (กลุ่มตัวแทนชุมชน/กลุ่มแกนนำนักเรียน/ตัวแทนครีวเรือน)



2.4 ขั้นตอนกิจกรรมโดยใช้การมีส่วนร่วมของตัวแทนชุมชนและแกนนำนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายแก่ตัวแทนครัวเรือน (สัปดาห์ที่ 9-13)

2.4.1 ให้ผู้ศึกษาผ่านหอกระจายข่าวในชุมชนเรื่องวงจรชีวิตของยุง/แหล่งเพาะพันธุ์/วิธีการตรวจดูลูกน้ำยุงลาย/วิธีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายให้แก่ประชาชน/ตัวแทนครัวเรือนในชุมชน ณ หอกระจายข่าวชุมชนบริเวณบ้านผู้ใหญ่บ้าน

2.4.2 จัดอบรมแกนนำนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย (ป.5- ป.6) โรงเรียนวัดแก้วร่วมกับแกนนำชุมชนเรื่องวงจรชีวิตของยุง/แหล่งเพาะพันธุ์/วิธีการตรวจดูลูกน้ำยุงลาย/วิธีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในครัวเรือน/ชุมชน

2.4.3 เติมนรณรงค์คว่ำกะโหลกยะลาและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายภายในหมู่บ้านโดยตัวแทนชุมชนร่วมกับแกนนำนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

2.4.4 สาธิตวิธีการใส่ทรายอะเบทกับตัวแทนหลังคาเรือนและแจกแผ่นพับเรื่องแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย 1 ชิ้นต่อครัวเรือนร่วมกับแกนนำนักเรียน

2.4.5 ให้ตัวแทนครัวเรือนสาธิตย้อนกลับเมื่อปฏิบัติถูกต้องให้แกนนำนักเรียนมอบธง “บ้านปลอดลูกน้ำยุงลาย”

2.4.6 บริการพ่นหมอกควันภายในชุมชน

2.5 ขั้นตอนประเมินผล (สัปดาห์ที่ 14-15) ให้ตัวแทนชุมชนและแกนนำนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่

5 และ 6 ร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับและผลการฝึกทักษะ พร้อมทั้งเสนอถึงปัญหาที่พบจากการทดลองปฏิบัติ การเสนอแนะวิธีการแก้ไข กำหนดข้อตกลงร่วมกันในการปฏิบัติจริง

3. ดำเนินการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบสำรวจลูกน้ำยุงลายในบ้านหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 16)

4.เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถาม 4 ส่วน **ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน เป็นแบบสอบถามแบบเติมคำและเลือกตอบ **ส่วนที่ 2** ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและการควบคุมลูกน้ำยุงลาย มีจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบวัดชนิด 3 ตัวเลือก หากตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน **ส่วนที่ 3** ทักษะคิดเรื่องโรคไข้เลือดออกและการควบคุมลูกน้ำยุงลายมีจำนวน 10 ข้อ **ส่วนที่ 4** พฤติกรรมในการควบคุมลูกน้ำยุงลายมีจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมการประยุกต์กระบวนการอนามัยชุมชนร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย ประกอบด้วย 1) แผนการสอน (Health Education Plan) 2) สไลด์ใบงานเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการควบคุมลูกน้ำยุงลาย 3) คู่มือคำแนะนำเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการควบคุมลูกน้ำยุงลาย และ 4) คู่มือสำรวจลูกน้ำยุงลายสำหรับตัวแทนครัวเรือนและแกนนำนักเรียน

3. แบบสำรวจดัชนีบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (H.I.) เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)



การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ได้ให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) และความสอดคล้องตลอดจนความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ นอกจากนี้ยังพบว่าจาก การสำรวจพบแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในครัวเรือนพบว่าครัวเรือนมีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย จำนวน 65 ครัวเรือน (ร้อยละ 81.2) ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ 41 หลังคาเรือน (ร้อยละ 52.6) ไม่มีวัสดุอุปกรณ์ในการกำจัดลูกน้ำยุงลายในครัวเรือน และพบว่ากิจกรรมการรณรงค์การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในชุมชนยังขาดความต่อเนื่อง (ร้อยละ 64.6) ดังตารางที่ 1

ส่วนด้านความรู้ หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี KR-20 (Kuder-Richardson) ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ พบว่า ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) มีค่าระหว่าง 0.95 ถึง 0.97 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในส่วนที่ 1 มีค่าระหว่าง 0.72 ถึง 0.87

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

(Descriptive statistics) ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ ทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และการควบคุมลูกน้ำยุงลาย และค่าดัชนีบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (HDI) ก่อนและหลังวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Paired t test)

ผลการวิจัย

จากข้อมูลทั่วไปพบว่าตัวแทนครัวเรือนจำนวน 80 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.5 และเพศชายร้อยละ 42.5 โดยมีช่วงอายุระหว่าง 26 – 76 ปี โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 28.8 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี และมากกว่า 60 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 48.38 ± 17.95 ปี

และโดยส่วนใหญ่พบว่าจบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 42.5 นอกจากนี้ยังพบว่าจากการสำรวจพบแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในครัวเรือนพบว่าครัวเรือนมีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย จำนวน 65 ครัวเรือน (ร้อยละ 81.2) ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ 41 หลังคาเรือน (ร้อยละ 52.6) ไม่มีวัสดุอุปกรณ์ในการกำจัดลูกน้ำยุงลายในครัวเรือน และพบว่ากิจกรรมการรณรงค์การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในชุมชนยังขาดความต่อเนื่อง (ร้อยละ 64.6) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=80)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง (n=80)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	42.5
หญิง	46	57.5
อายุ (ปี)		
< 29	11	13.7
30 – 39	11	13.7
40 – 49	23	28.8
50 – 59	12	15.0
> 60	23	28.8
	Mean = 48.38	S.D= ± 17.95
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	34	42.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	19	23.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย	15	18.7
ปริญญาตรี	7	8.7
ไม่ได้ศึกษา	5	6.3
พบแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในครัวเรือน (หลังคาเรือน)		
พบ	65	81.2
ไม่พบ	15	18.8
กิจกรรมการรณรงค์การจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในชุมชน (หลังคาเรือน)		
รณรงค์ต่อเนื่อง	28	35.4
รณรงค์ไม่ต่อเนื่อง	51	64.6

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มตัวอย่าง ในเรื่องความรู้ ทักษะคิดเรื่องโรคไข้เลือดออกและการควบคุมลูกน้ำยุงลายและพฤติกรรมในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น ภายหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิดเรื่องโรคไข้เลือดออกและการควบคุมลูกน้ำยุงลายและพฤติกรรมในการควบคุมลูกน้ำยุงลายก่อนและหลังการทดลอง (n=80)

ตัวแปร	Mean	S.D.	t-test	df	p-value
ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและการควบคุมลูกน้ำยุงลาย					
ก่อนการทดลอง	9.90	2.09	7.957	79	<0.001
หลังการทดลอง	11.45	2.98			
ทัศนคติเรื่องโรคไข้เลือดออกและการควบคุมลูกน้ำยุงลาย					
ก่อนการทดลอง	23.53	3.60	2.011	79	0.048
หลังการทดลอง	25.00	3.65			
พฤติกรรมในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย					
ก่อนการทดลอง	14.29	3.18	9.899	79	<0.001
หลังการทดลอง	16.16	2.83			

ผลการเปรียบเทียบผลการสำรวจค่าดัชนีบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (H.I.) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการประยุกต์กระบวนการอนามัยชุมชนร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมลูกน้ำยุงลายของตัวแทนครอบครัว พบว่า หลังจากได้รับโปรแกรมการทดลองที่นำดัชนีบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (H.I.) ลดลงกว่าก่อนได้รับการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าดัชนีบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (H.I.) ก่อนและหลังการทดลอง (n=80)

ตัวแปร	จำนวนหลังคาเรือน สำรวจพบลูกน้ำ	H.I.	t-test	df	p-value
ค่าดัชนีบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (H.I.)					
ก่อนการทดลอง	80	65	31.124	79	<0.001
หลังการทดลอง	80	17			



อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องไข้เลือดออกและการควบคุมลูกน้ำยุงลาย ก่อนการทดลอง $M=9.90, S.D.\pm 2.09$ หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ $M=11.45, S.D.\pm 2.98$ ด้านทัศนคติเรื่อง ไข้เลือดออกและการควบคุมลูกน้ำยุงลายพบว่า มี คะแนนเฉลี่ย ก่อนการทดลอง $M=23.53, S.D.\pm 3.60$ หลังการทดลอง 1สัปดาห์ $M = 25.00, S.D.\pm 3.65$ และด้านพฤติกรรมในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย พบว่า ก่อนการทดลอง $M=14.29, S.D.\pm 3.18$ หลังการ ทดลอง 1 สัปดาห์ $M= 16.16, S.D.\pm 2.83$ โดยมีค่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.005$) และค่าดัชนีบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (H.I.) ก่อนการทดลองมีค่า H.I.เท่ากับ 81.25 (65 หลังคาเรือน) และหลังการทดลองมีค่า H.I.เท่ากับ 21.25 (17 หลังคาเรือน)

ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผลของโปรแกรมการ ประยุกต์กระบวนการอนามัยชุมชนร่วมกับการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการควบคุมลูกน้ำยุงลายโดยใช้ กระบวนการอนามัยชุมชนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่ง ประกอบด้วย 1. ขั้นเตรียมชุมชน 2. ขั้นวินิจฉัยชุมชน 3. ขั้นวางแผน 4. ขั้นดำเนินการกิจกรรมโดยใช้การมีส่วนร่วม ของตัวแทนชุมชนและตัวแทนนักเรียนชั้น ประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ในการให้ความรู้และ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมลูกน้ำยุงลาย แก่ตัวแทนครัวเรือน และ 5. ขั้นประเมินผล ทำให้กลุ่ม ตัวอย่างได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน อีกทั้งเรื่องการมีแหล่ง เพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายยังเป็นสถานการณ์ใกล้ตัว กลุ่มตัวอย่างเคยพบเห็นและเคยประสบโดยตรง ทำให้ สามารถเข้าใจได้ง่าย

และเมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม 16 สัปดาห์

พบว่าตัวแทนชุมชนและตัวแทนครัวเรือนให้ความเห็น ว่า การดำเนินกิจกรรมในเรื่องการสาธิตและการฝึก ทักษะในการควบคุมลูกน้ำยุงลายในสถานการณ์จริง เป็นกิจกรรมที่กลุ่มตัวแทนชุมชนชื่นชอบเนื่องจาก เคย ได้รับแต่การสอนสุศึกษาในเรื่องดังกล่าว ซึ่ง เป็น กิจกรรมที่ตัวแทนครัวเรือนได้รับเพียงการบรรยายจาก เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพียงฝ่ายเดียว แต่กิจกรรมการ วิจัยดังกล่าวทำให้ตัวแทนชุมชนและตัวแทนครัวเรือน ทราบถึงวิธีการปฏิบัติในการควบคุมลูกน้ำยุงลายอย่าง ถูกต้องเนื่องจากได้รับการฝึกทักษะทุกคนอีกทั้งกลวิธี ที่ใช้ในกิจกรรม คือ กระบวนการใช้ชุมชนเป็นฐานโดย การจัดอบรมแกนนำนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอน ปลาย (ป.5- ป.6) ร่วมกับแกนนำชุมชนเรื่องวงจรชีวิต ของยุง แผลงเพาะพันธุ์ วิธีการตรวจสอบลูกน้ำยุงลาย วิธีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในครัวเรือน และชุมชน พร้อมทั้งกิจกรรมการเดินรณรงค์คว่า ะโหลกกะลาและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ภายในหมู่บ้านร่วมกับสาธิตวิธีการใส่ทรายอะเบท กับตัวแทนหลังคาเรือนและแจกแผ่นพับเรื่องแหล่ง เพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เป็นกลวิธีที่ใช้การมีส่วนร่วม ของชุมชนในการดำเนินงาน ส่งผลให้กลุ่มตัวแทน ครัวเรือนมีความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับโรค ไข้เลือดออกและการควบคุมลูกน้ำยุงลายสูงขึ้นกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม (การมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อ ควบคุมยุงลาย, 2555)

การจัดให้ตัวแทนชุมชนและตัวแทนครัวเรือน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การอภิปรายภายใน กลุ่ม ทำให้การดำเนินกิจกรรมไม่น่าเบื่อ เนื่องจากได้ เข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในทุก ขั้นตอน นอกจากนี้ การที่มีตัวแทนชุมชนติดตามตรวจ



เยี่ยมครัวเรือนรวมทั้งให้คำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อมภายในครัวเรือน และให้การสนับสนุนในด้าน ข้อมูลข่าวสาร อุปกรณ์ และการประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ฉีดพ่นหมอกควันกำจัดยุงลายและการได้รับอุปกรณ์ในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย ได้แก่ ทรายอะเบท จากกลุ่มตัวแทนชุมชนเป็นกิจกรรมที่กระตุ้นให้ตัวแทนครัวเรือนเกิดความตื่นตัวและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากขึ้น ส่งผลให้ค่าดัชนีบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (H.I.) ลดลงกว่าก่อนการทดลอง (ค่า H.I. ก่อนการทดลองมีค่า H.I. เท่ากับ 81.25 และหลังการทดลองมีค่า H.I. เท่ากับ 21.25) ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีความสอดคล้องกับหาญณรงค์ แสงแก้ว (2558) พบว่าแกนนำครัวเรือนหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำครัวเรือนมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์การรับรู้อุปสรรคและการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการสำรวจความพึงพอใจของลูกน้ำยุงลายของแกนนำครัวเรือนภายหลังโปรแกรมเท่ากับ 14.28 และสอดคล้องกับ ประพนธ์ ทุมกุลและคณะ (2554) ที่พบภายหลังจากแกนนำครัวเรือนได้รับโปรแกรมมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมลูกน้ำยุงลายจังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการควบคุมลูกน้ำยุงลายสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากผลการวิจัยข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมลูกน้ำยุงลายมีส่วนช่วยส่งเสริมครัวเรือนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมลูกน้ำยุงลายให้แกนนำ

จากเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงจุดเด่นของโปรแกรมประยุกต์กระบวนการอนามัยชุมชนร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมลูกน้ำยุงลายว่ามีความแตกต่างในกลวิธีในการดำเนินกิจกรรมจากกลวิธีที่ตัวแทนชุมชนเคยได้รับในครั้งที่ผ่าน ๆ มา ในเรื่องการทำตัวแทนชุมชนและตัวแทนครัวเรือนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น /อภิปราย การลงมือกระทำและการปฏิบัติตามสถานการณ์จริง ส่งผลให้ตัวแทนครัวเรือนเกิดพฤติกรรมในการควบคุมลูกน้ำยุงลายได้อย่างมากยิ่งขึ้นจึงขอเสนอแนะว่าการประยุกต์ใช้กระบวนการอนามัยชุมชนร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้ประชาชนในชุมชนเกิดพฤติกรรมในการควบคุมลูกน้ำยุงลายที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำหรือการระบาดของโรคไข้เลือดออกในอนาคต อีกทั้งเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการกระตุ้นให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาในชุมชนต่อไป

สำหรับข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ผู้วิจัยเสนอว่า 1) ควรมีการติดตามผลในระยะยาวโดยเพิ่มระยะเวลาการศึกษาให้มากขึ้น และควรมีการประเมินผลแบบวัดซ้ำ (Repeated measure) เพื่อเป็นการประเมินผลความคงทนของพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและการควบคุมลูกน้ำยุงลาย 2) ควรมีการศึกษาวิจัยทดลองแบบศึกษา 2 กลุ่ม เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมที่เหมาะสมกับการแก้ไขปัญหาชุมชนและ 3) ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและควบคุมลูกน้ำยุงลาย เพื่อแก้ไขสาเหตุหรือจัดกิจกรรมการแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน



เอกสารอ้างอิง

-การมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อควบคุมยุงลาย.(2555). สืบค้นเมื่อ 28 เมษายน 2559, สืบค้นจาก <http://www.thaivbd.org/content.php?id=34>
- กรุณกรณ์ หมวกกุล นิรัตน์ อิมามิ มณีรัตน์ อีระวิวัฒน์ และสุภาวดี บุญชื่น. (2554). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมลูกน้ำยุงลายจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสุขศึกษา*, 34(117), 37-50.
- แผนยุทธศาสตร์โรคติดต่อฯโดยแมลงระดับชาติ. 2555 – 2559. (2555). สืบค้นเมื่อ 28 เมษายน 2559, สืบค้น จาก <http://www.ddc.moph.go.th>
- สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออกกรมควบคุมโรคติดต่อกระทรวงสาธารณสุข.(2545). *คหกรรมกรรม ระบาดและสถานการณ์โรคไข้เลือดออกช็อกและไข้แดงก็ประเทศไทยพ.ศ. 2554* จากรายงาน 506 , 22 มิถุนายน 2554, สืบค้นเมื่อ 28 เมษายน 2559, สืบค้นจาก <http://www.google.co.th/url?>
- สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก*. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อวิทยา.
- สำนักโรคติดต่อฯโดยแมลง กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2553). *รายงานเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- หาญณรงค์ แสงแก. (2558). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำครัวเรือนตำบลเมืองไผ่อำเภอร้อยไร่ประเทศจังหวัดสระแก้ว. *วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร*. 10(1), 65-81.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health Program Planning*. (4th ed). NY, London: McGraw-Hill.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods*. (4th ed). JB, Philadelphia: Lippincott.



การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชนตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

Development of health promotion model for disabled people
by participation of the community at Phonsa Sub-District,
Thabo District, Nongkhai Province

สุริยัน นันทา

นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กฤษณ์ ชุนลิก

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์

สำคัญและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับข้อมูลเชิง

คุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ชุมชนจะมีลักษณะเป็น

1) เพื่อศึกษาบริบทของชุมชนในการพัฒนารูปแบบ
การส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของ
ชุมชน 2) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการ
ส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
3) เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจากการพัฒนา
รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วม
ของชุมชน 4) เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการ
พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมี
ส่วนร่วมของชุมชน โดยทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างใน
ชุมชนประกอบด้วย ผู้พิการ ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร
สาธารณสุข และบุคลากรภาครัฐ จำนวน 36 คน
กระบวนการศึกษาประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหา
การวางแผนแก้ไขปัญหา การปฏิบัติการและการ
ติดตามประเมินผลเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการตอบ
แบบสอบถาม การสังเกต และการสัมภาษณ์ วิเคราะห์
ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่า ชุมชนจะมีลักษณะเป็น
ชุมชนกึ่งเมือง มีบ้านติดกันหนาแน่น เป็นชุมชนแบบ
ดั้งเดิมมีการอนุรักษ์ประเพณีและวัฒนธรรมต่าง ๆ ที่
เคยสืบทอดกันมา ให้ความเคารพแก่ผู้สูงอายุและ
ผู้อาวุโสกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ
คนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 9
ขั้นตอน ได้แก่ 1) การรวบรวมข้อมูล 2) การวิเคราะห์
ปัญหา 3) การวิเคราะห์บริบท 4) การกำหนดแนวทาง
5) การจัดทำแผนงาน/กิจกรรม 6) การบริหารจัดการ
แผน 7) การปฏิบัติการตามแผน 8) การติดตาม
ประเมินผล และ 9) การสรุปผล กระบวนการดังกล่าว
ทำให้เกิดโครงการที่ชุมชนได้จัดทำขึ้นจำนวน 3
โครงการได้แก่ โครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย
คนพิการโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดย
ชุมชนมีส่วนร่วม และโครงการเยี่ยมคนพิการโดย
ชุมชนเกิดผลลัพธ์ต่อการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานคน



พิการในชุมชนคือคนพิการได้รับคำแนะนำปรึกษา/ความรู้เรื่องบทบาทหน้าที่ครอบครัวในการดูแลคนพิการ เพิ่มขึ้นร้อยละ 24.59 คนพิการได้รับการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการอยู่อาศัยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 22.95 คนพิการได้รับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสิทธิผลประโยชน์คนพิการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 16.39 และทำให้เกิดแนวทางการส่งเสริมสุขภาพคนพิการในชุมชน คือ 1) ออกเยี่ยมคนพิการที่บ้านโดยเครือข่ายชุมชนอย่างน้อยปีละครั้ง 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพคนพิการ 3) สร้างพลังให้ชุมชนดำเนินการเอง 4) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล แก่คนพิการอย่างสม่ำเสมอ 5) จัดระบบบริการสาธารณสุข ให้คนพิการเข้าถึงได้สะดวก ปัจจัยความสำเร็จในครั้งนี้ คือมีผู้นำชุมชนในพื้นที่ที่เข้มแข็ง กลุ่มประชาชนในพื้นที่ที่มีความใส่ใจต่อคนพิการ มีรูปแบบการทำงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐกับองค์กรในพื้นที่ ที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : สิทธิพื้นฐานคนพิการ / การส่งเสริมสุขภาพคนพิการ / การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

The purposes of this operation research were to study 1) the context of community in structure development for health promotion to the disabled by participation of the community; 2) the process development of promotion for the disabled by participation of the community; 3) the proceed result from structure development of health promotion for the disabled by participation of the community; and 4) the achievement factors of structure development for the disabled by participation of the community. The sampling group in the community was consisted with the disabled, community leaders, health volunteers, and government officers in total for 36 people. The study process was

consisted with problem analysis, problem solution planning, workshop, and monitoring and evaluation. The data was collected by questionnaire, notification, and interview. The data was analyzed with descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation. For the qualitative data was used content analysis.

The research found that the community was the semiurban community, houses adjacent densely the traditional community, and the conservation of traditions and custom that handed down, and people respect the elderly and senior. The structure development process of health promotion for the disabled by participation of the community was consisted with 9 steps such as 1) Data Collection, 2) Problem Analysis, 3) Context Analysis, 4) Guidelines Setting, 5) Work Planning, 6) Plan Management, 7) Compliance with the Plan, Monitoring and Evaluation, and 9) Conclusion. The process resulted in a number of community projects have been prepared, including three projects. Project environment, housing people with disabilities. Development disabilities through community participation. And projects visited by the disabled community. Outcomes on access to basic rights of the disabled people in the community. The stated process could be advised and consulted for the disabled in subject of the roles and duties for looking after the disabled was increase for 24.59%, the disabled have adjusted the surrounding of their dwelling for 22.95%, the disabled



have accessed to the information of their rights and benefits increase to 16.39% and the concept of health promotion in the disabled community. 1) Visit the home of the disabled community. At least once a year, 2) creation of an environment that is conducive to the health of people with disabilities, 3) empowering communities to take action themselves 4) developing personal skills. The people regularly 5) Public health services. Disabled accessible. The factors achievements on this research were that the local community leaders were vigorous, the local people were attentive to the disabled, and the working structure with the government organization has more efficiency.

Keyword : Fundamental Right of the Disabled / Health Promotion for the Disabled / Community Participation

บทนำ

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าประมาณร้อยละ 10 ของประชากรโลก เป็นคนพิการด้วยเหตุผลทางการแพทย์ ส่วนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ องค์การสหประชาชาติกำหนดแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการขึ้น 4 ด้าน คือ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ทางสังคม ทางการศึกษา และทางอาชีพ โดยอนุสัญญาภาคส่วนในสังคมมีส่วนร่วม เพื่อเสริมสร้างคนพิการก้าวหน้า สิทธิความเสมอภาคและความยุติธรรมสำหรับคนพิการ (พวงแก้ว กิจธรรม, 2555) และองค์การอนามัยโลกได้เริ่มแนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชนเป็นฐาน (Community Based Rehabilitation ; CBR) ขึ้นใน พ.ศ. 2537 โดยเปลี่ยนแนวคิดจากวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยสถาบันเป็นฐาน (Institutional Based Rehabilitation ; IBR) และแบบแผนทางการแพทย์

(Medical Model) ที่เน้นบทบาทของผู้เชี่ยวชาญหรือนักวิชาชีพอยู่เหนือการตัดสินใจของคนพิการที่อยู่ในฐานะของผู้รับบริการหรือคนไข้เป็นแนวคิดแบบแผนเชิงสังคม (Social Model) แก่คนพิการโดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนและการสร้างชุมชนที่ร่วมรับผิดชอบต่อกันทุกคนในชุมชน ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชนเป็นฐานนี้ จะเป็นกลไกมีส่วนร่วมของคนพิการ ครอบครัวของคนพิการและสมาชิกในชุมชน (WHO, 2004)

จากการพัฒนาประเทศไทยให้เจริญอย่างรวดเร็ว เป็นผลให้สังคมไทยมีความเจริญก้าวหน้าด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว ประชาชนได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลสุขภาพตนเองอย่างทั่วถึง ส่งผลให้ความเป็นอยู่ของประชาชนส่วนใหญ่ดีขึ้น แต่สำหรับกลุ่มผู้พิการก็อยู่ในฐานะที่เสียเปรียบทางสังคม ไม่ได้รับประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจากรัฐบาลอย่างเต็มที่ เนื่องจากสาเหตุจากความพิการที่ไม่สามารถนำพาตัวเองเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขของรัฐได้ ถึงแม้จะมีการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศไทยให้มีความเจริญก้าวหน้า และครอบคลุมให้มีสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบลทุกแห่ง แต่ไม่ครอบคลุมทุกชุมชนและหมู่บ้าน จากสภาพปัญหาดังกล่าวทำให้คนพิการขาดการดูแลเอาใจใส่ด้านสุขภาพตนเอง ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและเกิดการเจ็บป่วยตามมา (เฉลิมรัตน์โสภา 2555 : 3) สำหรับประเทศไทย ใน พ.ศ. 2558 มีคนพิการประมาณ 1.58 ล้านคน หรือร้อยละ 2.44 ของประชากรทั้งประเทศ โดยเพศชายมีสัดส่วนมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย คือ ร้อยละ 1.27 และ ร้อยละ 1.07 ของประชากรทั้งประเทศตามลำดับ ผู้พิการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไปร้อยละ 30 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 38.82 ภาคเหนือ ร้อยละ 22.36 ภาคกลาง ร้อยละ 20.78 ภาคใต้ ร้อยละ 11.10 และ กรุงเทพมหานครมีคนพิการ ร้อยละ 4.00



ของจำนวนผู้พิการทั้งหมด และพบว่า ประเภทของความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 48.40 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) จังหวัดหนองคาย มีคนพิการที่จดทะเบียนแล้วจำนวน 8,747 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.70 ของประชากร ประกอบด้วย พิกัดด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 48.90 ทางสายตา ร้อยละ 15.50 ทางสื่อความหมาย ร้อยละ 8.40 ทางจิตใจ และพฤติกรรม ร้อยละ 6.30 ทางการเรียนรู้ ร้อยละ 11.6 และพิการทางสติปัญญา ร้อยละ 9.30 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย, 2558) อำเภอท่าบ่อ มีคนพิการที่ได้รับการจดทะเบียนจำนวน 763 คน แยกเป็น พิกัดทางการเคลื่อนไหว ร้อยละ 52.00 พิกัดทางสติปัญญาและการเรียนรู้ ร้อยละ 16.93 พิกัดทางการมองเห็น ร้อยละ 16.87 พิกัดทางการได้ยิน ร้อยละ 9.79 และพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ร้อยละ 4.41 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าบ่อ, 2558) ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย มีคนพิการจำนวน 61 คน เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว ร้อยละ 57.38 พิกัดทางการมองเห็น ร้อยละ 14.75 พิกัดทางการได้ยิน ร้อยละ 11.48 พิกัดทางสติปัญญา ร้อยละ 8.20 พิกัดทางจิตใจหรือพฤติกรรม ร้อยละ 4.92 และพิการทางการเรียนรู้ ร้อยละ 3.28 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา, 2558) และจากข้อมูลทะเบียนรายงานด้านการรักษาพยาบาลในแต่ละเดือนพบคนพิการเข้ามารับการรักษาพยาบาลด้วยอาการเจ็บป่วยเฉื่อย ราวร้อยละ (ทะเบียนผู้มารับบริการด้านการรักษาพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา, 2558) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคนพิการยังมีสุขภาพที่ไม่ดี เจ็บป่วยอยู่บ่อยๆ จำเป็นจะต้องมีแนวทางในการดูแลสุขภาพคนพิการที่ชัดเจนเหมาะสมในชุมชน

ในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพคนพิการที่ผ่านมาของตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย มีการดำเนินงานทั้งภาครัฐและ

เอกชน แต่ยังไม่มีการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจน การเยี่ยมบ้านคนพิการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะมุ่งแก้ปัญหาเฉพาะด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวแต่ขาดการช่วยเหลืออย่างเป็นองค์รวม ในขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังขาดความเข้าใจในการดำเนินงานด้านคนพิการ มักจะปฏิบัติกับคนพิการในลักษณะของการแจกสิ่งของ เช่น เสื้อกันหนาว ผ้าห่ม ถุงเท้า เป็นต้น คราวมากกว่าหาแนวทางพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพให้คนพิการดูแลตนเองและเข้าสู่สังคมได้ ซึ่งการดูแลดังกล่าวยังไม่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของคนพิการ ปัญหาดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของผอ.บัณฑิต โคกคาน (2555) ที่ศึกษาการพึ่งตนเองของคนพิการพบว่าชุมชนยังไม่เห็นความสำคัญของคนพิการว่าเป็นปัญหา จึงไม่เกิดรูปธรรมในการดูแลคนพิการ ในขณะเดียวกันชุมชนมีความเต็มใจที่จะช่วยเหลือคนพิการ เพียงแต่ขาดการชี้แนะจากองค์กรของรัฐว่าจะทำอย่างไร ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย เพื่อให้มีแนวทางในการจัดการด้านการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ที่ตรงตามความต้องการของคนพิการโดยผ่านการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันของชุมชน เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่แปลกใหม่ในพื้นที่ และสามารถขยายผลไปสู่การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วม



ของชุมชนตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจากการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

4. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control : A-I-C) เพื่อให้ชุมชนได้มีบทบาทสำคัญในการจัดการปัญหาของชุมชน โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ตามกรอบของ Kemmis and McTaggart และผู้วิจัยได้เพิ่มขั้นตอนที่จะต้องดำเนินการไว้ 8 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) เป็นการใช้กระบวนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้ง 3 กลุ่ม แล้วดำเนินการตามขั้นตอนที่วางไว้ 3 ขั้นตอน เพื่อให้ได้แผนปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์บริบทชุมชน เป็นการเรียนรู้ร่วมกันของผู้เข้าร่วมวิจัยกับผู้วิจัยเพื่อศึกษาบริบทชุมชนที่เป็นอยู่เป็นอย่างไร โดยอาศัยข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัย และข้อมูลจากผู้วิจัยรวบรวมมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา ในขั้นตอนเตรียมการเป็นฐานในการวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของคนพิการ เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลของคนพิการในชุมชน โดยใช้ข้อเท็จจริงของคนพิการที่มีในชุมชนจากผู้เข้าร่วมวิจัย และข้อมูลจากการสัมภาษณ์คนพิการโดยผู้วิจัยเป็นฐานในการวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 3 การจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการเป็นผู้นำผลการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 และ 2 ตั้งแต่การวิเคราะห์ชุมชนตนเองเพื่อค้นหาถึงบริบทชุมชน ความต้องการของคนพิการในชุมชน แล้วระดมความคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากผู้ร่วมวิจัย จัดทำเป็นแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ กิจกรรมสำคัญ ระยะเวลาดำเนินการ งบประมาณสู่การปฏิบัติในขั้นตอนการปฏิบัติต่อไป

ระยะที่ 1 นี้ผู้วิจัยทำหน้าที่วิทยากรกระบวนการ (Facilitator) ดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยให้ความรู้เรื่องคนพิการ ค้นข้อมูลคนพิการในพื้นที่ ส่งเสริมให้ผู้ร่วมวิจัยได้แสดงบทบาทและนำเสนอข้อคิด แนวทางการแก้ไขปัญหา และพัฒนาระบบการดูแลคนพิการในชุมชน พร้อมบันทึกในแบบบันทึกกิจกรรมในทุกขั้นตอน

ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติการ (Action) มี 1 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการปฏิบัติการตามแผนแบบมีส่วนร่วม ที่ได้มีการกำหนดไว้จาก ระยะที่ 1 ตามกิจกรรม บทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยลงพื้นที่สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม พร้อมกับบันทึกผลที่เกิดขึ้น

ระยะที่ 3 ระยะดำเนินการ (Observe) มี 2 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การติดตาม/สังเกตผล โดยผู้วิจัยศึกษาปรากฏการณ์การที่เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเชิงประจักษ์ จากกระบวนการจัดการให้เกิดกิจกรรมของระยะที่ 2 ตามกรอบการพัฒนารูปแบบการ



ส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ได้แก่ การฟื้นฟูด้านการแพทย์และดูแลสุขภาพ การฟื้นฟูอาชีพ การยอมรับและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การได้รับเบี้ยยังชีพ และการปรับสภาพแวดล้อม ที่ส่งผลให้สุขภาพคนพิการดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินผล โดยใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้น ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ และแบบบันทึกภาคสนาม เพื่อเป็นการศึกษาผลการดำเนินกิจกรรมที่เกิดขึ้นหลังจากใช้กระบวนการจัดการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตลอดจนเป็นการรวบรวมข้อเสนอแนะ ความต้องการจัดการดูแลคนพิการในชุมชนของคนพิการ เพื่อสรุปผลเป็นข้อมูลนำเข้าสู่ขั้นตอนต่อไปของการวิจัย

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflect) การศึกษาระยะสะท้อนผลนี้เป็นการดำเนินการที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนในระยะเดียวกัน โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม ทั้ง 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มคนพิการ 2) กลุ่มผู้นำชุมชน และ 3) กลุ่มบุคลากรภาครัฐ ผู้เกี่ยวข้องกับคนพิการ มี 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสรุป เพื่อทบทวนกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุด ผลการดำเนินงานทั้งดำเนินการสำเร็จและไม่สำเร็จ หรือได้ดำเนินการตามแผนและไม่ได้ดำเนินการตามแผนบ้างไว้ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างกระบวนการ ความร่วมมือที่ได้รับ ความภาคภูมิใจ รวบรวมประเด็นต่าง ๆ สู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่ทำให้กิจกรรมแต่ละขั้นตอนของแผนปฏิบัติการบรรลุผล ว่าเกิดจากปัจจัยใดบ้าง ทั้งด้านบุคคล ชุมชน สิ่งแวดล้อม ระบบบริการของภาครัฐ และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น

ในระหว่างดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอน เก็บประเด็นที่เป็นปัญหาอุปสรรคไว้เพื่อนำเข้าสู่ระยะการวางแผนเพื่อพัฒนาในวงรอบต่อไป และนำปัจจัยแห่งความสำเร็จเข้าสู่ขั้นตอนการกำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

ในการสนทนากลุ่มเพื่อสะท้อนผลระยะที่ 4 นี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเองโดยใช้ข้อมูลนำเข้าจากสังเกตในระยะที่ 3 ซึ่งเป็นทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ และข้อมูลที่สะท้อนโดยตรงจากผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมบันทึกกิจกรรมที่ดำเนินการในทุกขั้นตอนในแบบบันทึกกิจกรรมต่าง ๆ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ คนพิการ จำนวน 61 คน
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ คนพิการจำนวน 10 คน ผู้ใหญ่บ้าน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 คน และบุคลากรจากภาครัฐที่เกี่ยวข้องจำนวน 6 คน รวม 36 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นคนพิการในพื้นที่ที่ได้รับขึ้นทะเบียนคนพิการแล้ว 2) สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยและสื่อสารกับผู้เข้าร่วมวิจัยคนอื่นได้ แสดงความคิดเห็นและให้ข้อมูลได้ 3) ดำรงตำแหน่งผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่ 4) ดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ 5) ดำรงตำแหน่งนายกเทศมนตรีในพื้นที่ 6) ดำรงตำแหน่งนายกองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ 7) ดำรงตำแหน่งนักสุขภาพประจำครอบครัวในพื้นที่ 8) ปฏิบัติงานในองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ 9) เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่แสดงความประสงค์ออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้



1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์สำหรับคนพิการ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อทราบถึงลักษณะทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ และสถานการณ์การได้รับหรือเข้าถึงสิทธิของคนพิการ ใช้สัมภาษณ์คนพิการ

1.2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ใช้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบบันทึกกิจกรรม แบบบันทึกภาคสนาม และแบบสัมภาษณ์เจาะลึก โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 แบบบันทึกกิจกรรม เป็นการบันทึกที่ได้จากการสังเกตของผู้วิจัยต่อผู้ร่วมวิจัยในการมีส่วนร่วมกิจกรรมในระยะวางแผนและระยะสะท้อนผล ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรม การแสดงความคิดเห็น การนำเสนอข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา การเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหา การเสนอตัวรับผิดชอบ การแสดงออกถึงความต้องการในการแก้ไขปัญหาคนพิการ เป็นต้น

2.2 แบบบันทึกภาคสนาม (Field Note) เป็นการบันทึกปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากการสังเกต สัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยในพื้นที่เก็บข้อมูลหลังการปฏิบัติการตามแผนในการสังเกต (Observe) เพื่อประเมินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการที่เปลี่ยนแปลงไปจากการรอบการได้รับและเข้าถึงสิทธิ ตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ร.บ. 2550 โดยมีอุปกรณ์ช่วยในการบันทึกภาคสนาม ได้แก่ การถ่ายภาพ และการบันทึกเสียง

2.3 แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-Depth Interview) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการความลึก ความสมบูรณ์และความชัดเจนของปัญหา เช่น แนวความคิด บทบาท ความต้องการในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ โดย

จะทำการสัมภาษณ์เจาะลึกในประชากรทั้ง 3 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มคนพิการ 2) กลุ่มผู้นำชุมชน 3) บุคลากรภาครัฐ

มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1) ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง กับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart

2) กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหา แนวคิดและทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างข้อความ

3) ตรวจสอบว่าภาษาที่ใช้มีความชัดเจน กระชับโดยอาจารย์ที่ปรึกษา

4) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือ โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.97

5) แก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างพื้นที่ ขึ้นอยู่ได้แก่ ตำบลหนองนาง อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ซึ่งเป็นพื้นที่ ที่มีจำนวนคนพิการและลักษณะของชุมชนใกล้เคียงกัน จำนวน 30 ชุด แยกเป็นผู้นำชุมชน 15 คน บุคลากรภาครัฐ 5 คน คนพิการ 10 คน นำมาวิเคราะห์ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha - Coefficient) ได้ค่า คือ 0.81

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแล้วจัดหมวดหมู่ตามประเด็น



ผลการวิจัย

ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพสะ อำเภอบำบ่ง จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย

1. บริบทชุมชนและลักษณะทั่วไปของคนพิการในชุมชนตำบลโพสะ อำเภอบำบ่ง จังหวัดหนองคาย มี 1,685 หลังคาเรือน ประชากร 6,440 คน เพศชายร้อยละ 48.39 หญิงร้อยละ 51.61 คน ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 80.00 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ชุมชนจะมีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมือง มีบ้านติด ๆ กันหนาแน่น พื้นฐานทางสังคมส่วนใหญ่เป็นเครือญาติเดียวกัน ให้ความเคารพผู้สูงวัยและให้เกียรติผู้อาวุโส ลักษณะการปกครองมีผู้ใหญ่บ้านที่เข้มแข็งใส่ใจในปัญหาสุขภาพคนพิการ ต้องการแก้ไขเพื่อลดช่องว่างของสังคมที่มีต่อคนพิการ ลักษณะทั่วไปของคนพิการในชุมชนตำบลโพสะ อำเภอบำบ่ง จังหวัดหนองคาย มีคนพิการในชุมชนจำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 0.95 ของประชากร แบ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.93) เพศหญิง (ร้อยละ 36.07) ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 52.45) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นคู่ (ร้อยละ 60.66) การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 63.93) อาชีพส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 34.43) 5 ปีได้ครอบครัเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 96.72) ส่วนใหญ่ไม่พอใช้ (ร้อยละ 96.72) สถานภาพครอบครัวส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 60.66) สถานภาพหรือการดำรงตำแหน่งในชุมชน ส่วนใหญ่ไม่มี (ร้อยละ 100.00) สาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการส่วนใหญ่พิการจากอุบัติเหตุ (ร้อยละ 60.66) รองลงมาเกิดจากโรคและความเจ็บป่วย (ร้อยละ 29.50) ลักษณะความพิการส่วนใหญ่พิการด้านร่างกายเคลื่อนไหวไม่ได้ หรือได้น้อย (ร้อยละ 57.38) รองลงมาเป็นความพิการทางสายตาหรือการมองเห็น (ร้อยละ 14.74) ระยะเวลาความพิการส่วนใหญ่ 20 - 39 ปี (ร้อยละ 50.82) จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ 1 - 5 คน (ร้อยละ 96.72) ระดับความสามารถ

ในการประกอบกิจวัตรประจำวันคนพิการส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองได้ในระดับมาก แต่ยังมีคนพิการเกือบร้อยละ 9.80 ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระดับน้อยที่ต้องพึ่งคนอื่นทั้งหมด การได้รับความช่วยเหลือและการเข้าถึงสิทธิพื้นฐานตามกฎหมาย มีเพียงการได้รับเบี้ยยังชีพที่ได้รับสิทธิทุกคน ส่วนสิทธิอื่น ๆ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ 50.00

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพสะ อำเภอบำบ่ง จังหวัดหนองคาย มีขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด 9 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล เป็นการรวบรวมข้อมูลคนพิการ สภาพปัญหาและความต้องการที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อจัดทำทะเบียนคนพิการในชุมชนขึ้น

2.2 ขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหาโดยทุกคนที่เกี่ยวข้องกับคนพิการในชุมชน ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาเพื่อให้ได้ปัญหาที่แท้จริงของคนพิการ ซึ่งอาจเปรียบเทียบกับสิทธิที่คนพิการควรได้รับตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 แล้วลำดับความสำคัญเพื่อวางแผนแก้ไขปัญห

2.3 ขั้นตอนการวิเคราะห์บริบท โดยทุกคนที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อช่วยเหลือหารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการที่เหมาะสมในชุมชน

2.4 ขั้นตอนการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญห ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ร่วมกันกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการจากสภาพปัญหาที่พบและการวิเคราะห์บริบทชุมชน เพื่อให้ได้แนวทางที่หลากหลายตามสภาพปัญหาที่วิเคราะห์ได้

2.5 ขั้นตอนการจัดทำแผนงาน/โครงการ ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ร่วมจัดทำแผนช่วยเหลือคนพิการระดับหมู่บ้านโดยทำแนวทางการแก้ไขปัญหามารวบรวมเพื่อจัดทำแผนงานที่จะปฏิบัติในระดับชุมชน แล้วจัดทำโครงการเพื่อของบประมาณสนับสนุน ได้แก่ โครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่



อาศัยคนพิการ โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยชุมชนมีส่วนร่วม โครงการเยี่ยมคนพิการโดยชุมชน

2.6 ขั้นตอนการบริหารจัดการแผน ผู้เกี่ยวข้องในแผน ร่วมกันบริหารเพื่อให้ทราบว่าใครจะทำอะไร ตอนไหนกับใคร ใช้งบประมาณจากไหน เพื่อให้แผนที่วางไว้สามารถดำเนินการต่อไป ได้แก่ การจัดทำคำสั่งแต่งตั้งกรรมการหรือคณะทำงาน การมอบหมายงาน และการติดต่อประสานงาน

2.7 ขั้นตอนการปฏิบัติการตามแผน ผู้ที่มีส่วนร่วมในแผนปฏิบัติการ/โครงการร่วมกันทำงานตามหน้าที่ที่วางไว้เพื่อให้แผนงาน/โครงการที่วางไว้บรรลุผลโดยอาศัยความร่วมมือจากชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.8 ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนร่วมกันติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานหรือกิจกรรมที่เกิดขึ้น ระหว่างการปฏิบัติงาน

2.9 ขั้นตอนการสรุปผล ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดในชุมชน ร่วมกันสรุปผลสำเร็จ วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และกำหนดเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

3.ผลการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

3.1 ผลผลิตจากกิจกรรมโครงการที่ชุมชนได้จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย พบว่า กิจกรรม/กิจกรรมที่สามารถดำเนินการได้ในระดับชุมชน และขับเคลื่อนจนเกิดกิจกรรมบรรลุตามวัตถุประสงค์ จำนวน 3 โครงการ ได้แก่ โครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยคนพิการ ปรับสภาพแวดล้อมโดยการสร้างราวทางเข้าห้องน้ำในบ้านคนพิการโดยการสนับสนุนเงินช่วยเหลือจากเทศบาลตำบลโพธิ์เสด็จ และเจ้าบ้านออกสมทบอีกส่วนหนึ่ง และใช้แรงงานจากชุมชน จำนวน 5 แห่ง โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยชุมชนมีส่วน

ร่วม โดยมีผู้เข้าอบรมคือคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ ผู้นำชุมชน และ อสม.จำนวนทั้งหมด 80 คน โครงการเยี่ยมคนพิการโดยชุมชน ทำให้คนพิการได้รับการดูแล โดยการเยี่ยมบ้านพร้อมชุดเยี่ยมบ้านจากผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลโพธิ์เสด็จ ทหารที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลโพธิ์เสด็จ และทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์เสด็จ โดยคนพิการได้รับการแจกยารักษาโรคเบื้องต้นและเครื่องนุ่งห่มจำนวน 26 คน นำความสุขและความพึงพอใจแก่คนพิการและญาติที่ได้รับการดูแล และช่วยเหลือจากทีมเครือข่ายในชุมชนตำบลโพธิ์เสด็จ

3.2 ผลผลิตต่อการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานคนพิการในชุมชนตามเกณฑ์ พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ดีขึ้นใน 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการ จากเดิม ร้อยละ 42.60 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 24.59 เป็นร้อยละ 18.01 ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกได้รับการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการอยู่อาศัยจากเดิม ร้อยละ 39.35 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 22.95 เป็นร้อยละ 62.30 ด้านเทคโนโลยีและการสื่อสารได้รับการเข้าถึง ข้อมูลข่าวสารด้านสิทธิ ผลประโยชน์คนพิการ จากเดิม ร้อยละ 57.41 เพิ่มขึ้นร้อยละ 16.39 เป็นร้อยละ 73.80 ด้านการมีส่วนร่วมชุมชนได้รับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทางสังคม จากเดิมร้อยละ 45.91 เพิ่มขึ้นร้อยละ 16.39 เป็นร้อยละ 62.30 ด้านการแพทย์ คนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและได้รับกายอุปกรณ์ จากเดิมร้อยละ 59.00 เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.75 เป็นร้อยละ 73.75 ด้านผู้ดูแลคนพิการ ได้รับความรู้ในการดูแลคนพิการ จากเดิมร้อยละ 70.50 เพิ่มขึ้นร้อยละ 11.47 เป็นร้อยละ 81.97 และด้านการเข้าถึงกิจการสาธารณะได้รับการมีบทบาทในโครงการ/กิจกรรมของภาครัฐในระดับพื้นที่ จากเดิม ร้อยละ 55.70 เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.20 เป็นร้อยละ 63.90

3.3 ผลการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ จากผลกิจกรรมโครงการที่ชุมชนได้จัดทำขึ้น ผลการบันทึกภาคสนามจากการสังเกตผลที่



เกิดขึ้น จึงได้แนวทางการส่งเสริมสุขภาพคนพิการในชุมชนตำบลโพธิ์สา 5 ประการ ดังนี้

1) ออกเยี่ยมคนพิการที่บ้านโดยเครือข่ายชุมชน ร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่จากท้องถิ่น และทีมสหวิชาชีพจาก รพ.สต.โพธิ์สา เพื่อให้บริการด้านสุขภาพแบบองค์รวมแก่คนพิการอย่างน้อยปีละครั้ง

2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพคนพิการ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพ

3) สร้างพลังให้ชุมชนดำเนินการเอง ในการส่งเสริม สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ในด้านให้คำปรึกษา ข้อมูลข่าวสาร งบประมาณ ด้านนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อบทบาทชุมชนเช่นจัดงานวันคนพิการอย่างน้อยปีละครั้ง

4) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล ให้ผู้ศึกษาและแนะนำทักษะชีวิต แก่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้คนพิการทราบถึง ข้อมูลข่าวสารสำคัญและทางเลือกในการควบคุมสุขภาพ ซึ่งให้คนพิการเรียนรู้เพื่อเตรียมตัวให้ก้าวผ่านระยะต่าง ๆ ของชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

5) จัดระบบบริการสาธารณสุขให้คนพิการเข้าถึงการใช้บริการสุขภาพในระดับต่าง ๆ ได้สะดวก มีการประสานการทำงานระหว่างหน่วยงานและระหว่างชุมชน เพื่อก่อให้เกิดการร่วมมือร่วมใจ การพัฒนาที่เป็นองค์รวมในด้านการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ให้คนพิการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานได้ดีขึ้น

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพธิ์สา อำเภอบำบอง จังหวัดหนองคายครั้งนี้ ที่สำคัญประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

4.1 ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน และ อสม. ผู้นำเข้มแข็งใส่ใจในปัญหาคุณภาพชีวิตคนพิการ มีความกระตือรือร้นในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการตั้งแต่เริ่มต้น เข้าร่วมกิจกรรมอย่างพร้อมเพียง ปฏิบัติงานที่

รับผิดชอบ การออกติดตามและประเมินผลงานที่ดำเนินการร่วมกัน จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

4.2 ชุมชนเห็นพร้อมและมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมดำเนินการตั้งแต่การให้ข้อมูล ร่วมคิดวิเคราะห์ การจัดทำแผนปฏิบัติการ และร่วมบริจาคสมทบทุนช่วยเหลือคนพิการในชุมชน

4.3 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ ได้แก่ โครงการออกเยี่ยมคนพิการ การเพิ่มเงินเบี้ยยังชีพคนพิการและเป็นเจ้าภาพจัดหาเตียงเยี่ยมเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจต่อคนพิการในชุมชน เจ้าหน้าที่ภาครัฐมีบทบาทคอยเสริมความรู้ คอยให้คำปรึกษา อำนวยความสะดวก ติดตามประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ และให้ข้อมูลที่สอดคล้องตรงกันกับข้อมูลในชุมชน

อภิปรายผล

จากการวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพธิ์สา อำเภอบำบอง จังหวัดหนองคาย ในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการด้วยกระบวนการของ Kemmis และ Mc Taggart ในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีประเด็นสำคัญที่จะอภิปรายผลดังนี้

1. การวิเคราะห์บริบทชุมชน พบว่า ภูมิหลังของชุมชนส่วนใหญ่เป็นชุมชนมีเครือญาติเดียวกัน ลักษณะทั่วไปของชุมชนมีความโอบอ้อมอารี รักใคร่สามัคคีเอื้อเฟื้อต่อกัน นับถือผู้สูงวัย ให้เกียรติผู้อาวุโส ประกอบกับการมีผู้นำที่มีความมุ่งมั่นใส่ใจต่อปัญหาชุมชน ชอบเรียนรู้เพื่อพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง มี อสม. สมาชิกเทศบาล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และกรรมการฝ่ายต่าง ๆ ในชุมชนมีความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน เป็นคุณลักษณะทางสังคมที่เกื้อหนุนให้เกิดกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยทางด้านชุมชนที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุข ของ เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ (2555)



กล่าวว่า ลักษณะทางภูมิศาสตร์จิตวิทยาทางสังคม การจัดระเบียบสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนในแต่ละชุมชนเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยแตกต่างกันออกไป ชุมชนที่ตั้ง รากฐานเป็นเวลานานจะมีการปฏิสัมพันธ์ ในลักษณะเครือญาติ การรวมตัวของชุมชนและการ เสียสละช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และสอดคล้องกับ แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็น ฐาน รัชนี้ สรรเสริฐ และคณะ (2553) ดำเนินการ ปรับปรุงเครือข่ายการดูแลสุขภาพ และการให้บริการ การส่งต่อทางการแพทย์ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและ การป้องกันความพิการ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิเริ่ม ดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำชุมชนเข้ามามี ส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ รวมถึง การบูรณาการแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนา สุขภาพของชุมชน เช่น การสนับสนุนทุน การใช้ ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน การระดมคน พิจาร ครอบครัวยุและสมาชิกชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมใน กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพมากขึ้น ตลอดจนการ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามความต้องการของคนพิการเป็น ฐาน

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม สุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า มี 9 ขั้นตอน ดังนี้

1) การรวบรวมข้อมูลโดยชุมชน เป็นการ ค้นหาข้อมูลคนพิการจากชุมชนโดยชุมชน ส่วนผู้ให้ ข้อมูลเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่จะได้รับผลกระทบจาก กิจกรรม คือคนพิการ พบว่า ได้รับความร่วมมือใน การให้ข้อมูลเป็นอย่างดี เพราะเชื่อว่าข้อมูลที่ให้ไปจะ เป็นประโยชน์กับตนเองและคนในครอบครัว และ เชื่อมั่นว่าผู้นำที่รวบรวมข้อมูลไปจะนำไปพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการให้ดีขึ้น

2) การวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน เป็นความ ร่วมมือหลังจากที่ชุมชนรับทราบปัญหา และมีความ เห็นพ้องต้องกันว่าสิ่งที่เป็นอยู่นั้นเป็นปัญหาของ ชุมชนที่ทุกคนที่เกี่ยวข้องจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมใน

การจัดการตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น พบว่า ผลการ วิเคราะห์ปัญหาทำให้ทราบถึงรากเหง้าของปัญหา เพื่อ จะได้หาแนวทางแก้ไขนั้นจะต้องอาศัยการมีส่วนร่วม ของทุกฝ่ายในชุมชน เนื่องจากปัญหาบางอย่างมีความ ซับซ้อนและละเอียดอ่อนเกินกว่าที่บุคคลภายนอก ชุมชนจะรับรู้และเข้าถึงปัญหาได้

3) การวิเคราะห์บริบทร่วมกัน เป็น การ ร่วมกันวิเคราะห์สภาพแวดล้อมทางสังคมและลักษณะ ทั่วไป พบว่า การวิเคราะห์บริบททำให้ทราบจุดแข็ง หรือลักษณะเด่นของชุมชนในการเข้าถึงคนพิการ เพื่อ แก้ไขปัญหาคอนพิการที่ชุมชนต้องการ ซึ่งต้องอาศัยการ ร่วมมือของชุมชนหรือผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในชุมชนใน การวิเคราะห์ร่วมกัน

4) การกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน หลังจากชุมชนรับทราบผลการวิเคราะห์ ปัญหาแล้ว ปัญหาคนพิการในชุมชนเป็นอย่างไร บริบทชุมชนเป็นอย่างไร ควรเข้าไปมีบทบาทอะไรบ้าง ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น พบว่า ชุมชนได้ร่วมกันกำหนดแนวทางในการพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพคนพิการตามบริบทและศักยภาพ ของชุมชน ณ เวลาและสถานการณ์ ทั้งเป็นแนวทางที่ ปฏิบัติได้ในระดับชุมชน และแนวทางที่ต้องเสนอเพื่อ ขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานนอกชุมชน ส่งการ นำไปเป็นแนวทางการจัดแผนปฏิบัติต่อไป

5) การวางแผนปฏิบัติการร่วมกัน เป็น ขั้นตอนที่เกิดต่อเนื่องจากการกำหนดแนวทางการ แก้ไขปัญหา พบว่า ชุมชนเข้ามามีบทบาทร่วมในการ กำหนดกิจกรรมหรือโครงการ เนื่องจากหากเป็น โครงการหรือกิจกรรมที่ได้รับการเสนอหรือมีส่วนร่วม ในการอภิปรายหรือสนับสนุนจากชุมชนแล้วจะทำให้ เกิดความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมด้วย แต่ถ้า ตรงกันข้ามหากไม่ได้รับรู้หรือมีส่วนร่วมในการจัดทำ แผนนี้แล้วนอกจากจะไม่ให้ความร่วมมือแล้วอาจจะ เกิดการขัดขวางในภายหลังได้

6) การบริหารจัดการแผนร่วมกัน เป็น ขั้นตอนที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ



แผนร่วมกัน พบว่า ชุมชนได้มีการมอบหมายงานกัน เป็นคำสั่งของชุมชน การเสนอตัวเพื่อรับผิดชอบงาน การหาแหล่งงบประมาณและทรัพยากรอื่น ๆ ที่จะหาได้ในชุมชน ซึ่งเป็นการกำหนดบทบาทร่วมของชุมชนที่จะนำไปสู่การปฏิบัติทั้งชุมชน

7) การปฏิบัติการตามแผนร่วมกัน เป็นขั้นตอนที่ผู้ที่ได้รับมอบหมายดำเนินกิจกรรม และผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมเข้ามาร่วมกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ในขั้นจัดทำแผนและการบริหารจัดการแผน พบว่า บทบาทส่วนใหญ่จะเป็นผู้นำชุมชน ได้แก่ การใช้บทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อนกิจกรรมโครงการร่วมกัน ได้แก่ บทบาทของผู้ใหญ่บ้านในการติดต่อประสานงาน บทบาทของ สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเสนอและผลักดันโครงการ ให้ผ่านการอนุมัติงบประมาณดำเนินการ และบทบาทของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นหรือพื้นที่ พิจารณาสับสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ

8) การติดตามและประเมินผลร่วมกัน เป็นขั้นตอนสำคัญที่ชุมชน ผู้เกี่ยวข้องจะต้องมีส่วนร่วมในการกำกับติดตาม เพื่อให้ทราบความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน เพื่อจะได้ร่วมกันแก้ไขไปพร้อมกันโดยไม่ต้องเก็บปัญหาไว้ พบว่า ผู้นำชุมชนและกรรมการที่ได้รับแต่งตั้งจะเข้าหน้าที่ติดตามผลการดำเนินงานของกิจกรรม แล้วรายงานผลแก่ชุมชนเป็นระยะ

9) การสรุปผลและการวิเคราะห์ผลงานร่วมกัน เป็นขั้นตอนที่ชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมในการรับรู้ผลสำเร็จของงานร่วมกัน เพราะเป็นผลผลิตของชุมชน ซึ่งเป็นการต้องการของผู้มีส่วนร่วมกิจกรรมที่จะรับสิ่งที่ดีดำเนินการมานั้นมีผลสัมฤทธิ์เป็นอย่างไร พบว่า ชุมชนได้ประชุมกลุ่มเพื่อสรุปผล วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จและถอดบทเรียน ไปพร้อมกัน

ด้านกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น สอดคล้องกับถวิลวดี บุญดีกุล (2551) ได้อธิบายถึงระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชน ไว้ว่า การมี

ส่วนร่วมของประชาชนมีหลายระดับ โดยวิธีการแบ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนอาจแบ่งได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และความละเอียดของการแบ่งเป็นสำคัญการแบ่งระดับขั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนอาจแบ่งได้จากระดับต่ำสุดไปหาระดับสูงสุดออกเป็น 7 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับการให้ข้อมูล 2) ระดับการเปิดรับความคิดเห็นจากประชาชน 3) ระดับการปรึกษาหารือ 4) ระดับการวางแผนร่วมกัน 5) ระดับการร่วมปฏิบัติ 6) ระดับร่วมติดตามตรวจสอบ 7) ระดับการควบคุมโดยประชาชน และงานวิจัยของมนตรี จันทา (2554) ได้ศึกษาอุปสรรคส่งเสริมสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวแบบมีส่วนร่วมตำบลหนองบัวอำเภอสรีนครภูมิ จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ 2) การร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหา 3) การกำหนดแผนงาน/โครงการ 4) การปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการ และ 5) การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

3. ผลการดำเนินงานจากกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพธิ์สามต้น พบว่า เกิดผลลัพธ์ 2 ลักษณะ คือ 1) ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการในชุมชน 9 ขั้นตอน นำไปสู่การเกิดแผนงานโครงการช่วยเหลือคนพิการ 3 โครงการ 2) ผลลัพธ์ที่ส่งผลต่อสุขภาพคนพิการ ตาม พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้น ได้แก่ ด้านการแพทย์คนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและด้านการเข้าถึงกิจการสาธารณะได้รับการมีบทบาทในโครงการ/กิจกรรมของภาครัฐในระดับพื้นที่ ด้านการจัดการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการ ด้านเทคโนโลยีและการสื่อสารได้รับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสิทธิผลประโยชน์คนพิการเพิ่มขึ้น และด้านสิ่งอำนวยความสะดวกได้รับการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการอยู่อาศัย ซึ่งกิจกรรมและผลงานที่เกิดจากกล่าวได้ว่าชุมชนตำบลโพธิ์สามต้นซึ่งเป็นชุมชนที่มีพื้นฐานทางสังคมที่



มีความเข้มแข็งจากรากฐานทางเครือญาติ ประเพณี และวัฒนธรรมเดียวกัน มีผู้นำที่ใส่ใจ เข้าถึงปัญหาของชุมชน และได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐหรือหน่วยงานในระดับพื้นที่ มีศักยภาพที่จัดการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของคนพิการในชุมชนได้ในระดับพื้นฐาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นฐาน ซึ่งสุชาติ ปันกิจดี (2556) ได้ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน หมายถึง การช่วยเหลือพัฒนาศักยภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพในทุกด้านให้แก่คนพิการ โดยความร่วมมือของคนในชุมชน โดยเฉพาะคนพิการและญาติมีการระดมทรัพยากรในท้องถิ่นไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรมนุษย์ เครื่องมือ ทุน วัสดุ สถานที่ รวมทั้งเทคโนโลยีที่เหมาะสมสำหรับชุมชนนั้น เพื่อให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตและมีส่วนร่วมในสังคม ได้ทัดเทียมคนปกติซึ่งพบว่าการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน ทำให้ชุมชนรับผิดชอบต่อปัญหาคนพิการ ยอมรับคนพิการในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของคนชุมชน

4. ปัจจัยความสำเร็จต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจากการวิจัยครั้งนี้ที่สำคัญ ได้แก่

4.1 ผู้นำชุมชน เนื่องจากตำบลโพธิ์สามต้นมีผู้นำที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะผู้ใหญ่บ้านมีความมุ่งมั่นที่จะแก้ไขปัญหาคคนพิการ โดยมองว่าคนพิการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่จะได้รับการดูแลอย่างเสมอภาคจากชุมชน มีการศึกษาข้อมูล เรียนรู้วิธีการที่ละเอียด และเข้าถึงคนพิการ เพื่อหาแนวทางช่วยเหลือคนพิการในชุมชน และผู้นำด้านอื่นๆ ประกอบกันเป็นทีมงานในชุมชนที่เข้าใจ พร้อมจะให้ความร่วมมือปฏิบัติ โดยมองว่าเป็นหน้าที่ของชุมชนที่จะต้องปฏิบัติต่อคนพิการอย่างคนปกติทั่วไป

4.2 ชุมชน เนื่องจากเป็นชุมชนที่มีพื้นฐานทางวัฒนธรรมเดียวกัน มีความรัก ความเอื้ออาทรต่อกันในสังคม มีความสามัคคีสามารถรวมตัวกันเป็นชมรมช่วยเหลือคนพิการได้ มีความเข้าใจปัญหาว่าคนพิการไม่ใช่ภาระของสังคม แต่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่จะต้องร่วมมือกันพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพให้คนพิการ

เหล่านั้นช่วยเหลืตนเองให้ได้เพื่อลดการพึ่งพิงจากสังคม จึงเกิดการมีส่วนร่วมในกิจกรรม และกระบวนการเป็นพลังขับเคลื่อนที่สำคัญส่งผลให้แผนงานโครงการได้รับงบประมาณและบรรลุเป้าหมาย

4.3 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นตำบลโพธิ์สามต้น เพราะเป็นหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนงบประมาณและทำหน้าที่ด้านการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการในระดับชุมชน ดำเนินกิจกรรมที่เป็นลักษณะการสนับสนุน แสวงหาเครือข่ายที่เกื้อหนุนเพื่อสนับสนุนแนวทาง/โครงการแผนงาน ที่ชุมชนร่วมกันจัดทำขึ้น โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์สามต้น ส่งเสริมและสนับสนุนข้อมูลด้านการแลกเปลี่ยน การติดต่อประสานงานกับหน่วยบริการสาธารณสุขเพื่ออำนวยความสะดวกในการจัดบริการด้านการฟื้นฟูส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การประสานงานทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลตำบลโพธิ์สามต้น ในการเยี่ยมบ้านคนพิการ เป็นต้น

ปัจจัยทั้ง 3 อย่างดังกล่าวที่มีผลต่อความสำเร็จต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม ได้มาจากการถอดบทเรียนจากผู้ร่วมวิจัยประกอบกับข้อมูลการสัมภาษณ์ถึงปัจจัยใหญ่ ๆ ที่สำคัญในการขับเคลื่อนในทุกกระบวนการตามวิถีทางสังคม ซึ่งเพ็ญศรี เปลี่ยนขำ (2555) ได้อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุข ได้แก่

1. ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชนและการประสานงานที่ดีต่อกัน เจ้าหน้าที่ในภาครัฐเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่จะส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาด้วยชุมชนเอง
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารในระบบราชการ การดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ
3. ปัจจัยทางด้านชุมชน ลักษณะทางภูมิศาสตร์จิตวิทยาทางสังคม การจัดระเบียบสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนในแต่ละชุมชนเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยแตกต่างกันออกไป ชุมชนที่ตั้งรากฐานเป็นเวลานานจะมีการปฏิสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติ การรวมตัวของชุมชนและการเสียสละช่วยเหลือซึ่งกันและกัน



เอกสารอ้างอิง

- พวงแก้ว กิจธรรม. (2555). *วิวัฒนาการของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศไทย*. [ออนไลน์].
ได้จาก : <http://www.spe - ut.net/?q=node/509>. [สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2555]
- เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ. (2555). *การสาธารณสุขมูลฐาน. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. สถาบันราชภัฏ
เพชรบุรี. ราชบุรี: ธรรมรักษการพิมพ์*
- นิธินันท์ โคกคาน. (2556). *การพึ่งตนเองของคนพิการทางกายในอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น.*
วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนามหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เฉลิม รัตนโสภ. (2555). *ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้พิการ จังหวัดอุบลราชธานี.*
วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย :
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ถวิลวดี บุญดีกุล. (2551). *ระบบการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมระดับจังหวัด : ทำอย่างไรให้เป็นจริง.*
นนทบุรี. สถาบันพัฒนาพระปกเกล้า.
- มนตรี จันทรา. (2554). *รูปแบบส่งเสริมสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวแบบมีส่วนร่วมตำบลหนองบัว
อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการ
จัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.*
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา. (2558). *สรุปผลงานประจำปี 2558. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย.*
- รัชณี สรรเสริญและคณะ. (2553). *การบูรณาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในสถาน
บริการปฐมภูมิ : บทเรียนจากประเทศไทย. การพยาบาลและการศึกษา ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม
- สิงหาคม 2553*
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). *รายงานผลการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ พ.ศ. 2558.*
กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าบ่อ. (2558). *การรวบรวมสถิติประจำปี 2558. สำนักงานสาธารณสุข
อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย.*
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. (2558). *การรวบรวมสถิติรายงานประจำปี 2558. สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย.*
- สุชาดา ปันกิจดี. (2558). *การใช้กระบวนการศึกษาและวิเคราะห์ชุมชนอย่างมีส่วนร่วมกับการดำเนินงาน
ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน.*
- อำนาจ สุวรรณไตร. (2556). *การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านนาทราย
สามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณ
ฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.*
- World Health Organization. (2004). *CBR : a strategy for rehabilitation, equalization of
opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities.*
Geneva: The World Health Organization.
- World Health Organization. (2004). *Disability and Rehabilitation WHO Action Plan 2006 - 2011.*
Assessed from http://www.who.int/disabilities/publications_dar_action_plan_2006_to_2011.pdf



การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชุมชนกาลูกา เมืองจาการ์ ประเทศอินโดนีเซีย

The family participatory of health care in elderly :
the study of Kaluga community, Jakarta, Indonesia

พิมพ์ใจ อุ๋นบ้าน สุมิตรพร จอห์นสัน
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกาลูกา เมืองจาการ์ ประเทศอินโดนีเซียกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาคือ สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนกาลูกา เมืองจาการ์ ประเทศอินโดนีเซีย จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นเอง เครื่องมือผ่านการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency / IOC) เท่ากับ 0.67-1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละและข้อมูลการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษพบว่าการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลสุขภาพทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.34 เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านสังคม และ ด้านเศรษฐกิจ อยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 และ 3.51 การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกาย และด้านอารมณ์ จิตใจ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.43 และ 3.83

สำคัญ : การมีส่วนร่วม, สมาชิกครอบครัวในการดูแลสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

Abstract

The objectives of this study were to study the family participatory of health care in elderly in Kaluga community, Jakarta, Indonesia. The study group was 30 caregiver in Kaluga community, Jakarta, Indonesia. The tool was the questionnaire about family participatory of health care in elderly that created by the researcher. The tool was passed the Content Validity testing by 3 experts, the Index of Consistency was 0.67-1. The general information was analyzed using Frequencies and Percentile. The data of family care participatory in the elderly was analyzed using Means and Standard Deviation.



The results of this study revealed that, the family participatory of health care in elderly, in part of physiology, emotional, psychology, social and economic were high level as Means 3.34. In detail, in part of social and economic were highest level as Means 3.58 and 3.51, in part of emotional and psychology were high level as 3.43 and 2.83

Keyword : participatory, members or family, health care, elderly

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในอนาคต ปัจจุบันหลาย ๆ ประเทศกำลังประสบกับปัญหาประชากรผู้สูงอายุจำนวนมาก ประชากรกลุ่มนี้เป็นวัยที่ต้องได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย เนื่องจากภาวะการเสื่อมถอยของสุขภาพ อาจเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้ บุคคลดูแลด้านจิตใจเนื่องจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมปัจจุบันทำให้เกิดครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ผู้สูงอายุมักถูกทอดทิ้งอยู่ตามลำพังจากการศึกษาวิจัยผู้สูงอายุของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2552) ความสุขของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นความสุขที่มีครอบครัวอบอุ่นและมีความสุขทางบริบทสังคมวัฒนธรรม คือ ระบบเครือญาติใกล้ชิดกัน ระบบสังคมอบอุ่น ได้รับความเคารพและยอมรับ ความต้องการของผู้สูงอายุที่มีต่อการดูแลและสมาชิกในครอบครัวคือการปฏิบัติและให้ความเข้าใจ ผู้สูงอายุต้องการให้ผู้ดูแลยอมรับ ดูแลด้วยความเต็มใจ ต้องการให้ปฏิบัติตนอย่างเคารพและความผูกพัน ดังนั้นความสัมพันธ์ในครอบครัวมีผลต่อผู้สูงอายุที่เขาจะได้พบความสุขในชีวิตรับเลี้ยงชีพ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรบุคคลที่เคยทำผลประโยชน์กับครอบครัว สังคม และเคยเป็นผู้ที่ตัดสินใจมีบุตร ก็ด้วยคาดหวังที่จะได้รับการดูแลในยามสูงอายุอีกด้วย และเพื่อบำรุงไว้ซึ่ง

ประเพณี วัฒนธรรมและค่านิยมของบุพการีที่มีต่อการเคารพและดูแลผู้สูงอายุให้คงอยู่ต่อไป เศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาเพื่อนำไปสู่สังคมสมัยใหม่จะมีผลต่อการมีส่วนร่วมของคนในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นทิศทางที่น่าจะศึกษาหาคำตอบต่อไป

การดูแลและส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวมีบทบาทสำคัญยิ่ง ประการแรกครอบครัวต้องเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญ ตลอดจนมีเจตคติที่เหมาะสมต่อความสูงวัย ซึ่งจะช่วยให้การดูแลและเอื้ออาทรผู้สูงอายุมีคุณค่าอย่างแท้จริงการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ท่ความเข้าใจ ความตระหนักในความสำคัญ ควรเป็นภารกิจของครอบครัวในการสืบทอดจึงสมควรไปยังลูกหลาน ซึ่งเป็นวัฒนธรรมที่ดีงามในการดูแลผู้สูงวัยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อินโดนีเซียมีภูมิประเทศเป็นหมู่เกาะ ตั้งอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ระหว่างมหาสมุทรอินเดียและมหาสมุทรแปซิฟิก เป็นประเทศหมู่เกาะที่ใหญ่ที่สุดในโลกประกอบด้วยเกาะต่าง ๆ กว่า 17,508 เกาะ มีเกาะใหญ่ 5 เกาะ ได้แก่ เกาะสุมาตรา เกาะชวา เกาะกาลิมันตัน เกาะสุลาเวสี และเกาะปาปัว มีพื้นที่รวมประมาณ 9.8 ล้านตารางกิโลเมตร เป็นพื้นดิน 1.9 ล้านตารางกิโลเมตร และพื้นที่ที่เป็นทะเลประมาณ 7.9 ล้านตารางกิโลเมตร อินโดนีเซียมีประชากรประมาณ 237.5 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 ของโลก การประกอบอาชีพ ประชากรร้อยละ 45 ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม ร้อยละ 20 ในภาคการค้า ร้อยละ 14 ในภาคอุตสาหกรรม และร้อยละ 12 ในภาคบริการ กรุงจาการ์ตา (Jakarta) เป็นเมืองหลวงและเมืองที่ใหญ่ที่สุดในอินโดนีเซียมีประชากรประมาณ 12-15 ล้านคน ชุมชนกาตุกาเป็นชุมชนที่อยู่ในเมืองจาการ์ตา อยู่ห่างจากชุมชนเมือง 28 กิโลเมตร



มีประชากร 18,400 คน (สถานเอกอัครราชทูต ณ กรุงจาการ์ตา, 2553) ประเทศอินโดนีเซียเป็นประเทศที่มีบริบททางวัฒนธรรมตะวันออกไกลเคียงกับประเทศไทย การศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศอินโดนีเซียจะทำให้ผู้ศึกษาได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดูแลที่หลากหลายตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

ระเบียบวิธีการวิจัย

กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนกาบูลู เมืองจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามีจำนวน 1 ฉบับ คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 2 ตอนดังนี้ ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ด้วยการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ซึ่ง

เป็นผู้มีประสบการณ์ในด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ การพยาบาลชุมชน และการวิจัย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยพิจารณาในเรื่องความครอบคลุมโครงสร้างของเนื้อหา การใช้ภาษาและความสอดคล้องของข้อความกับจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัด แบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency / IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ทำการศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มเป้าหมายโดยใช้วิธีทำแบบสอบถาม ดังนี้

1. ประสานงานขอความร่วมมือกับผู้นำชุมชน
2. เตรียมความพร้อมของทีมผู้ศึกษา ซึ่งเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ และนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 5 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย Universitas PelitaHarapan (UPH) จำนวน 3 คน ในการรวบรวมข้อมูล โดยทำความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การศึกษา เนื้อหาของแต่ละข้อคำถาม เพื่อให้เกิดความตรงและความเที่ยงของข้อมูลมากที่สุด

3. คณะผู้ศึกษา เข้าพบกลุ่มเป้าหมายที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนกาบูลู เมืองจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย จำนวน 30 คน และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและพิธีทักขิสิทธิ์การเป็นกลุ่มตัวอย่าง

4. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยทำแบบสอบถามและอธิบายข้อความให้กลุ่มเป้าหมายจนครบถ้วน

5. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ



การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ส่วนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผลการศึกษานำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	10	33.33
	หญิง	20	66.67
	รวม	30	100.00
อายุ	21-30 ปี	3	10.00
	31-40 ปี	10	33.33
	41-50 ปี	15	50.00
	51-60 ปี	2	6.67
	รวม	30	100.00
การศึกษา	มัธยมศึกษา	18	60.00
	ปริญญาตรี	12	40.00
	รวม	30	100.00
อาชีพ	แม่บ้าน	2	6.67
	เกษตรกร	3	10.00
	รับจ้างทั่วไป	20	66.67
	ค้าขาย	5	16.66
	รวม	30	100.00
รายได้ต่อเดือน			
น้อยกว่า 5,000 บาท		2	6.67
5,000 –10,000 บาท		15	50.00



ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
10,001 - 20,000 บาท	10	33.33
มากกว่า 20,000 บาท	3	10.00
รวม	30	100.00

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.37 เพศชาย ร้อยละ 33.33 อายุระหว่าง 41 – 50 ปี มากที่สุดร้อยละ 50.00 รองลงมามีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี ร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 60.00 ปริญญาตรี ร้อยละ 40.00 มีอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 66.67 รองลงมาค้าขาย ร้อยละ 16.66 ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ตั้งแต่ 5,000 ถึง 10,000 บาท

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

ตารางที่ 2 แสดงการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ (n=30คน)

	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการมีส่วนร่วม
ด้านอารมณ์จิตใจ	2.83	0.60	มาก
ด้านสังคม	3.58	0.69	มากที่สุด
ด้านเศรษฐกิจ	3.51	0.81	มากที่สุด
ด้านร่างกาย	3.43	0.87	มาก
รวม	3.34	0.74	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.34 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ด้านสังคม และ ด้านเศรษฐกิจ อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 และ 3.51 ตามลำดับ ส่วนการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกาย และด้านอารมณ์ จิตใจ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.43 และ 2.83



ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย (n=30 คน)

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการมีส่วนร่วม
- สมาชิกครอบครัวได้ดูแลเรื่องอาหารให้แก่ผู้สูงอายุ	3.59	0.76	มากที่สุด
- สมาชิกครอบครัวจัดที่อยู่อาศัยโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้สูงอายุ	3.58	0.75	มากที่สุด
- ก่อนซื้อหรือปรุงอาหารสมาชิกครอบครัวได้คำนึงถึงความเหมาะสมของอาหารสำหรับผู้สูงอายุ	3.47	0.84	มาก
- สมาชิกครอบครัวช่วยดูแลห้องพักหรือที่อยู่อาศัยให้กับผู้สูงอายุ	3.45	0.84	มาก
- สมาชิกครอบครัวดูแลหรือจัดซื้อเสื้อผ้าให้กับผู้สูงอายุ	3.42	0.87	มาก
- สมาชิกครอบครัวดูแลความสะอาดร่างกายของผู้สูงอายุ เช่น เล็บ ผม และอื่นๆ	3.07	1.16	มาก
รวม	3.43	0.87	มาก

จากตารางที่ 3 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ในการดูแลทางด้านร่างกายพบว่ามีการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.43 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าสมาชิกครอบครัวได้ดูแลเรื่องอาหารให้แก่ผู้สูงอายุมากที่สุด เท่ากับ 3.59 รองลงมาได้แก่สมาชิกครอบครัวจัดที่อยู่อาศัยโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้สูงอายุค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 และก่อนซื้อหรือปรุงอาหารสมาชิกครอบครัวได้คำนึงถึงความเหมาะสมของอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.47 ตามลำดับ และน้อยที่สุดคือสมาชิกครอบครัวดูแลความสะอาดร่างกายของผู้สูงอายุ เช่น เล็บ ผม และอื่น ๆ ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.07



ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุทางด้านอารมณ์และจิตใจ($n=30$ คน)

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ทางด้านอารมณ์และจิตใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับการมี ส่วนร่วม
- สมาชิกครอบครัวดูแลผู้สูงอายุ เมื่อยามเจ็บป่วย	2.37	0.35	ปานกลาง
- สมาชิกครอบครัวรับฟังปัญหาด้วยความเข้าใจ หรือให้กำลังใจเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพ	2.20	0.57	ปานกลาง
- สมาชิกครอบครัวได้ปฏิบัติตามคำแนะนำ สั่งสอนของผู้สูงอายุ	2.37	0.59	ปานกลาง
- สมาชิกครอบครัวให้ผู้สูงอายุทำงานตามความสามารถ และ/หรือความพอใจ	3.62	0.79	มากที่สุด
- สมาชิกครอบครัวได้ให้ผู้สูงอายุทำงานอดิเรกตาม ความสามารถและ/หรือความเหมาะสม	3.61	0.78	มากที่สุด
รวม	2.83	0.60	มาก

จากตารางที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในการดูแลทางด้านอารมณ์และจิตใจพบว่ามีระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ในด้านอารมณ์และจิตใจโดยรวมอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.83 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าการมีส่วนร่วมที่มากที่สุดคือ สมาชิกครอบครัวให้ผู้สูงอายุทำงานตามความสามารถและ/หรือความพอใจ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 รองลงมาได้แก่สมาชิกครอบครัวได้ให้ผู้สูงอายุทำงานอดิเรกตามความสามารถและ/หรือความเหมาะสม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 และสมาชิกครอบครัวดูแลผู้สูงอายุ เมื่อยามเจ็บป่วย กับ สมาชิกครอบครัวได้ปฏิบัติตามคำแนะนำสั่งสอนของผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ 2.37 ตามลำดับและน้อยที่สุดคือ สมาชิกครอบครัวรับฟังปัญหาด้วยความเข้าใจหรือให้กำลังใจเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.20



ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุทางด้านสังคม (n=30คน)

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุทางด้านสังคม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการมีส่วนร่วม
- สมาชิกครอบครัวให้ผู้สูงอายุได้รับข่าวสารประจำวัน เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์	3.73	0.52	มากที่สุด
- สมาชิกครอบครัวได้เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุไปร่วมงานสังคมต่างๆเช่น งานแต่งงาน งานศพ เป็นต้น	3.65	0.70	มากที่สุด
- สมาชิกครอบครัวได้เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุพบญาติและเพื่อนฝูงบ้างตามโอกาสต่าง ๆ	3.64	0.61	มากที่สุด
- สมาชิกครอบครัวได้เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกและหรือร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ในและนอกหมู่บ้าน เช่น รวมนอกกลุ่มออกกำลังกายที่ชมรมผู้สูงอายุ หรือกิจกรรมอื่น ๆ	3.28	0.93	มาก
รวม	3.58	0.69	มากที่สุด

จากตารางที่ 5 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุการดูแลทางด้านสังคมพบว่ามีการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ในด้านสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า สมาชิกครอบครัวให้ผู้สูงอายุได้รับข่าวสารประจำวัน เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 รองลงมาได้แก่สมาชิกครอบครัวได้เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุไปร่วมงานสังคมต่าง ๆ เช่น งานบวช งานแต่งงาน งานศพ เป็นต้นค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.65 และสมาชิกครอบครัวได้เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุพบญาติและเพื่อนฝูงบ้างตามโอกาสต่าง ๆ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 ตามลำดับ และน้อยที่สุดคือ สมาชิกครอบครัวได้เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกและหรือร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ใน และนอกหมู่บ้าน เช่นรวมนอกกลุ่มออกกำลังกายที่ชมรมผู้สูงอายุ หรือกิจกรรมอื่น ๆ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28



ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุทางด้านเศรษฐกิจ($n=30$ คน)

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุทางด้านเศรษฐกิจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการมีส่วนร่วม
- สมาชิกครอบครัวได้มอบเงินให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อไว้ใช้จ่ายส่วนตัวเช่น ซื้อของเล็กน้อย ทำบุญตามศรัทธา	3.64	0.66	มากที่สุด
- สมาชิกครอบครัวได้จ่ายเงินค่าเครื่องนุ่งห่ม ค่าอาหารค่ารักษาพยาบาลค่าอุปกรณ์และของใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ	3.61	0.71	มากที่สุด
รวม	3.63	0.69	มากที่สุด

จากตารางที่ 6 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุการดูแลทางด้านเศรษฐกิจพบว่ามีระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า สมาชิกครอบครัวได้มอบเงินให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อไว้ใช้จ่ายส่วนตัวเช่น ซื้อของเล็กน้อย ทำบุญตามศรัทธาอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 รองลงมาได้แก่สมาชิกครอบครัวได้จ่ายเงินค่าเครื่องนุ่งห่มค่าอาหารค่ารักษาพยาบาลค่าอุปกรณ์และของใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 ตามลำดับ

อภิปรายผล

การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 ซึ่งการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การที่บุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก และเอาใจใส่ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ เมื่อครอบครัวสามารถดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ กำพร ดานา (2554) พบว่าการที่ครอบครัวมีการสร้างความไว้วางใจเชื่อถือ มีส่วนร่วมในการดูแล สนับสนุนชมเชย ให้กำลังใจ สร้างสิ่งหล่อเลี้ยงทางใจและเป็นเสมือนเพื่อนผู้ดูแลจะส่งผลให้ผู้สูงอายุปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุด้านสังคมมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสังคม จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีกิจกรรมหรือมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง สังคมก็ยอมรับและให้โอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุน้อยลงด้วย การมีกิจกรรมน้อยลงนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง ขาดการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนจากสังคม การรับรู้ข้อมูล



ข่าวสารลดลง และนำไปสู่การแยกห่างจากสังคมอย่างสิ้นเชิง ปัญหาด้านสังคมและจิตใจมักมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันเสมอ การส่งเสริมด้านนี้ควรเริ่มตั้งแต่ในครอบครัวโดยการให้โอกาสผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการคิดและตัดสินใจเกี่ยวกับความเป็นไปในบ้านและหากเป็นไปได้ควรสนับสนุนและให้โอกาสผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมทางสังคมตามความชอบและความสนใจของผู้สูงอายุ เกษร ลำเภาทอง (2551) รองลงมาได้แก่การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.51 และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกาย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.43 และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุด้านอารมณ์ จิตใจ น้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.83 สอดคล้องการศึกษาของฉัตรทอง ปัญญาปิง (2550) ศึกษาเรื่องบทบาทสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในหมู่บ้านป่าสัก ตำบลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับดี การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วรสนันท์ แสคำ (2553) ศึกษาเรื่องความร่วมมือของครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพบว่าบทบาทของครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงจากระดับปฏิบัติปานกลาง เป็นระดับปฏิบัติมากทั้ง 4 ด้าน ผู้สูงอายุรับรู้การแสดงบทบาทของครอบครัวในด้านร่างกาย จากระดับการปฏิบัติ น้อย เป็นระดับปฏิบัติมาก ส่วนการรับรู้บทบาทของครอบครัวในด้านจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับปฏิบัติปานกลาง เป็นระดับปฏิบัติมากที่ผลการศึกษาระดับ

ความสัมพันธ์โดยรวมอยู่ในระดับมาก และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจมีระดับอยู่ในระดับมากที่สุด น่าจะเป็นเหตุมาจากเศรษฐกิจที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีรายได้เฉลี่ยมากที่สุดอยู่ระหว่าง 5000 – 10,000 บาทต่อเดือน สอดคล้องกับการศึกษาของชัยสิทธิ์ สุขโข (2551) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้กล่าวว่าอายุ ระดับรายได้ มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนด้านปัจจัยแวดล้อมพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน สัมพันธภาพในครอบครัว สภาพความยากง่ายในครอบครัวและภาวะสุขภาพจิต มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ



เอกสารอ้างอิง

- กำทร ดานา. (2554). การพัฒนาบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง: ฌ ศูนย์สุขภาพชุมชนโนนรัง ตำบลบ้านกู่ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคามวารสารสำนัก การพยาบาล ปีที่ 38 (ฉบับที่ 3).
- เกษร สำเภาทอง. (2551).ครอบครัวกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. สืบค้นเมื่อ 26มิถุนายน 2557, จากwww.nurse.tu.ac.th/ ครอบครัวการดูแล.doc.
- ฉัตรทอง ปัญญาปิง. (2550). บทบาทสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงใน หมู่บ้านป่าสัก ตำบลบ้านธิ จังหวัดลำพูน.รายงานการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ชัยสิทธิ์ สุขโข. (2551). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุนทรภู่ อำเภอกาหลง จังหวัดระยอง.รายงานการศึกษาอิสระรัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ ปกครองท้องถิ่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วันสนันท์ แสคำ. (2553). การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชุมชน เทศบาล ตำบลหนองผึ้ง อำเภอสารภ จังหวัดเชียงใหม่วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). สุขภาวะทางเพศในผู้สูงอายุ.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2550). ทฤษฎีการประเมิน. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สถานเอกอัครราชทูต ณ กรุงจาการ์ตา. (2553). ประเทศอินโดนีเซีย.สืบค้นเมื่อ 26 มิถุนายน 2557, จาก <http://www.thaiembassy.org/jakarta>



อนาคตภาพการบริหารจัดการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ระดับมัธยมศึกษาในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2558-2567)

The Scenario Of Management In Basic Education Especially In
Secondary Education During The Next Decade (2015-2024)

จักรพันธ์ ภาชนะ
มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ศึกษาสภาพปัจจุบัน การศึกษาอนาคตภาพ และนำเสนอการบริหารจัดการ อนาคตภาพการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับมัธยมศึกษา ในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2558-2567) วิธีวิจัยที่ใช้เป็น การวิจัยเชิงพรรณนา โดยการสังเคราะห์เอกสาร สัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มอย่างสร้างสรรค์ การ สนทนากลุ่มและการหาฉันทามติโดยผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ครูผู้สอน ผู้ทรงคุณวุฒิด้าน การ เรียนรู้ ผู้บริหารสถานศึกษา ผู้อำนวยการสำนักงาน เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา ศึกษาในเทศก์ ผู้บริหาร ระดับนโยบาย สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้น พื้นฐาน จำนวน 50 คน ผลการวิจัยพบว่า 1) สภาพ ปัจจุบันการศึกษาในระดับมัศึกษามีจำนวนครู ที่เพียงพอกับจำนวนนักเรียน ครูส่วนใหญ่มีแนวโน้ม ใช้เนื้อหาตามหนังสือมากกว่าอิงมาตรฐานการเรียนรู้ ตลอดจนผู้บริหารสถานศึกษาบริหารภายใต้ 4 กลุ่มงาน คือ วิชาการ บุคคล งบประมาณ และ บริหาร ทั่วไป เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา มี จำนวน 42 เขต มีไม่ครบทุกจังหวัด และยังไม่เป็นนิติบุคคล ส่วน นโยบายการจัดการศึกษายังคงมุ่งเน้นการเพิ่มโอกาส

ทางการศึกษา ต้องการให้ผู้เรียนมีศักยภาพในระดับ สากล แต่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นไทย 2) อนาคต ภาพการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับมัธยมศึกษา ใน ทศวรรษหน้า (พ.ศ.2558 - 2567) ครูควรเป็น ผู้อำนวยความสะดวก รู้ จัดการเรียนการสอนสอดคล้องกับ ชีวิตประจำวัน หลักสูตรควรมีบูรณาการข้ามกลุ่มสาระ การเรียนรู้ ไม่แยกส่วนวิชาพื้นฐาน ลดเวลาในชั้นเรียน เพิ่มเวลาในการเผชิญโลกความเป็นจริง ผู้บริหาร สถานศึกษาจะต้องคำนึงถึงผลลัพธ์เป็นสำคัญ (Matrix based flat organization) ผู้บริหารเป็นผู้สนับสนุน หรือผู้อำนวย ด้านสารสนเทศ เขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษา จะมีการกระจายอำนาจบริหารงานทุกด้าน จากสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน มายังเขตพื้นที่โดยตรง มีการลดลำดับชั้นการสั่งการ เป็นองค์กรแนวราบ (Flat organization) เป็นแม่แบบ (Matrix) นโยบายการจัดการศึกษากำหนดนโยบาย 4 ช่วงเวลา (1 ปี/3 ปี/6 ปี/12 ปี) ตามระดับชั้น การศึกษา ยังยืนต่อเนื่อง เชื่อมต่อการประถมศึกษา และปลอดภัยอย่างแท้จริง 3) การบริหารจัดการ อนาคตภาพการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับมัธยมศึกษา ในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2558-2567) ใช้มิติการบริหาร



จัดการ 5 มิติได้แก่ แนวคิด รูปแบบการบริหาร
หลักการ วิธีการ และเงื่อนไข ประสิทธิภาพและ
ประสิทธิผล ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 และโลกาภิวัตน์
เป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดนโยบายการศึกษา
หลักการการบูรณาการและผสมผสานรูปแบบการ
บริหารจัดการ วิธีการการบริหารแบบบูรณาการ และ
เงื่อนไขจากอนาคตภาพ ผลการประเมินความคิดเห็น
ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของการบริหาร
จัดการอนาคตภาพการศึกษาขั้นพื้นฐานในระดับ
มัธยมศึกษา ในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2558 - 2567) ใน
ภาพรวมความเหมาะสม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =
4.72, S.D. = 0.64) ความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมาก
($\bar{X}$ = 4.44, S.D. = 0.62)

คำสำคัญ : การบริหารจัดการศึกษา, การศึกษา
ขั้นพื้นฐานระดับมัธยมศึกษา, อนาคตภาพ

Abstract

There are three purposes of this research; to study current state of the basic education, to study the scenario in basic education and to present scenario of education management at basic education, extraordinarily in secondary education during the next decade (2558-2567 BC) .The study used an action research methodology by document synthesis In-depth Interviews Focus Group Discussion and Consensus by experts. Those were experts of teacher, experts of learning, directors of secondary school, Director of the Office of Secondary Education, educational supervisors, Office of the Basic Education management policy

Director of the Office of Secondary Education acquired 50 persons. The results of the study were 1) The current state of secondary education teachers have an adequate number of students. Most teachers tend to use the content as a book rather than standards-based learning curriculum. School administrators manage the four groups, the academic personnel, budget and administration .Secondary Educational Service Area Office, with a total of 12 area and not every province. And not a legal entity .The educational policies continue to focus on increasing educational opportunities for students who want a potential internationally. But on the basis of Thailand 2) Scenario in Basic Education Especially in Secondary Educational during the Next Decade (2015-2024) : Teachers should be the director of knowledge. Teaching should conform to everyday life. The course should have an integrated cross-learning. Not separate subject reduced classroom time and add the time to face reality. School administrators must take into account the results of Matrix based flat organization. A sponsor or provide the information. Secondary Educational Service Area The decentralized administration of all aspects of the Office of the Basic Education. Directly to the district a reduction in the hierarchy of



command is a horizontal organization Flat organization Matrix. Educational policies: policymakers 4 times (1 year / 3 years / 6 years / 12 years) by level of education. Sustainable Continuing connects with primary education and free of politics. 2) The Scenario of Management in Basic Education Especially in Secondary Educational during the Next Decade (2015-2024) consists of five dimensions; systems management style, the concept focuses on the efficiency and effectiveness, use the skills of the 21st century and globalization an important factor in determining education policy, integration and combination of model management approach, and conditions on the scenario. The assessment reviews the suitability and feasibility of managing the Scenario of Management in Basic Education Especially in Secondary Educational during the Next Decade (2015-2024) is appropriate at the most ($\bar{X}$ = 4.72, S.D. = 0.64) and there is a possibility is at high level ($\bar{X}$ = 4.44, S.D. = 0.62).

Key Words : Management, Secondary education, Scenario

บทนำ
การศึกษาไทยในยุคปัจจุบัน เป็นการศึกษาในยุคสังคมแห่งการเรียนรู้ ซึ่งเป็นการอบรมบ่มนิสัยในมนุษย์ สามารถประพุดิตนเพื่อที่จะอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม ดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ

ในอนาคต และสามารถร่วมสร้างประโยชน์ให้กับสังคมที่ตนอาศัยอยู่ จึงถือได้ว่า การพัฒนาคุณภาพมนุษย์ทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสติปัญญา คุณธรรม ค่านิยม ความคิด ครูก็เป็นคนสำคัญในการสร้างเยาวชนที่ดี และสร้างอนาคตของชาติด้วย (สุวิมล อัมพร, 2556) จึงมีการจัดการบริหารการศึกษา ที่มีเป้าหมายชัดเจนเพื่อให้ระบบการศึกษาของไทยมีมาตรฐาน มีทิศทางในทางที่ดี มีคุณภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้เรียนมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรมต่าง ๆ รัฐบาลจึงต้องมีกฎข้อบังคับเกี่ยวกับการศึกษาออกมาอย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้ปกครองจะต้องนำบุตรหลานของท่านไปเข้าเรียนการศึกษาขั้นพื้นฐาน (ศิรินทรา กลักโพธิ์, 2554)

“การศึกษาพื้นฐาน” (Basic Education) เป็นการศึกษาที่มีความหมายหลากหลาย ในสหรัฐอเมริกา การศึกษาขั้นพื้นฐานหมายถึง “การสอนให้มีทักษะในการสื่อสาร คิดคำนวณ และเข้าสังคม เพื่อให้บุคคลสามารถอ่านออกเขียนได้ คิดคำนวณเป็น สามารถค้นคว้าหาความรู้ต่อไปได้ รู้จักโลกแห่งการงาน หน่วยสวัสดิการทางสังคม ทำงานกับนายจ้างได้ รู้จักการบริโภคที่เหมาะสม รู้จักการปรับปรุงสุขภาพ” (Cartwright, 1970: 407) ตามความหมายนี้ มุ่งถึงการศึกษาเบื้องต้นเป็นสำคัญ องค์การยูเนสโก ซึ่งเป็นศูนย์รวมของนานาชาติในด้านการศึกษา ได้ให้คำนิยามการศึกษาพื้นฐานไว้ว่า “การศึกษาสำหรับคนทุกเพศทุกวัย ให้มีโอกาสได้เรียนความรู้ทั่วไปที่เป็นประโยชน์แก่ชีวิต ปลุกฝังให้เกิดความอยากรเรียนอยากรู้ มีทักษะในการเรียนด้วยตนเอง รู้จักถาม สังเกต วิเคราะห์ ตระหนักว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน มีความ



รับผิดชอบต่อตนเอง และผู้อื่น” (Edgar Faure, 1972: 162)

ปัจจุบันกระทรวงศึกษาธิการ โดยสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน มอบหมายให้สำนักงานการมัธยมศึกษาตอนปลาย ร่วมกับสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา ทั้ง 42 เขต บริหารจัดการการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับมัธยมศึกษา โดยกระจายอำนาจการบริหารงาน 4 กลุ่มงาน ได้แก่ วิชาการ บุคคล งบประมาณ และบริหารงานทั่วไปมายังสถานศึกษา โดยใช้หลักการบริหารของสถานศึกษาที่เป็นนิติบุคคล โดยนำหลักการว่าด้วยการบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี ซึ่งเรียกกันโดยทั่วไปว่า “ธรรมาภิบาล” และ การบริหารที่ใช้สถานศึกษาเป็นฐานมาบูรณาการ โดยมีเป้าหมายในการจัดการศึกษาคือ ทำให้ผู้เรียนเป็นคนดี คนเก่ง และมีความสุข (จิรวิทย์ มั่นคงวัฒนะ, 2557)

จากการศึกษาวิจัยของสภาการศึกษาแห่งชาติ เพื่อศึกษาภาพการจัดการศึกษาไทยในอนาคต 10-20 ปี พบพบสรุปที่น่าสนใจ (พินสุดา สิริธรรังศรี, 2553) สภาพปัจจุบันและแนวโน้มของบริบทโลกที่ส่งผลต่อการศึกษานอนาคต 10-20 ปี ข้างหน้าในด้านต่าง ๆ จะส่งผลต่อสังคมไทย เป็น 3 ลักษณะคือ 1) สังคมแข่งขัน ที่ใช้ความรู้เป็นพื้นฐานของการพัฒนาและแข่งขัน เป็นสังคมการเรียนรู้ในยุคเศรษฐกิจฐานความรู้ 2) สังคมสิทธิมนุษยชน ซึ่งจะได้รับผลสำคัญมากขึ้นในสังคมไทยจากการบังคับใช้กฎหมายที่มีความชัดเจนเพิ่มมากขึ้น และ 3) สังคมพอเพียง จากสภาวะการแข่งขันและวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจที่จะต่อเนื่องในอนาคต ทำให้สังคมไทยต้องหันมาให้ความสำคัญในเรื่องปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

อย่างจริงจังมากขึ้น เพื่อเป็นภูมิคุ้มกันต่อชีวิตและสังคม

จากสภาพปัจจุบัน ปัญหา เหตุผลและข้อมูลอ้างอิงต่าง ๆ ได้แก่ ภาพการจัดการศึกษาไทยในอนาคต 10-20 ปี การจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับมัธยมศึกษา การบริหารจัดการสถานศึกษา หลักสูตรแกนกลางการศึกษา ขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2551 ความมุ่งสู่การพัฒนากำลังคน และการศึกษานิเทศก์ของสภาการศึกษาแห่งชาติ เพื่อศึกษาภาพการจัดการศึกษาไทยในอนาคต 10-20 ปี ประเด็นทั้งหมดที่กล่าวมานี้ ทำให้ผู้วิจัยสนใจว่าแนวโน้มและอนาคตการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับมัธยมศึกษาของไทยในทศวรรษหน้าจะเป็นอย่างไร (ควมต้องการพัฒนาและยกระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับมัธยมศึกษาของไทยในเรื่องใดอย่างไร เพื่อการแข่งขันได้ ในอนาคตของโลกที่ไร้พรมแดน จึงเป็นที่มาของการศึกษา และการวิจัยในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน อนาคตภาพ และนำเสนอการบริหารจัดการอนาคตภาพการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับมัธยมศึกษา ในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2558-2567)

ระเบียบวิธีการวิจัย

ขั้นตอนการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัจจุบันการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับมัธยมศึกษา

วิธีการศึกษา คือการวิเคราะห์เอกสาร และการสัมภาษณ์เชิงลึก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือตารางวิเคราะห์สภาวะการณ์การศึกษา



ขั้นพื้นฐานระดับมัธยมศึกษา (Situation Analysis) แบบบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึกแหล่งข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้มาโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง รวม 20 คน การวิเคราะห์ข้อมูลและการสังเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และสังเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้โดยพิจารณาทิศทาง และแนวโน้มในอนาคตของการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับมัธยมศึกษา วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการสังเคราะห์เชิงระบบ (Systematic Synthesis)

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาอนาคตภาพ/ และการบริหารจัดการอนาคตภาพของการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับมัธยมศึกษา ในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2558-2567)

1) วิธีการศึกษา การสนทนาอย่างสร้างสรรค์ (Dialogue) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบบันทึกการสนทนาอย่างสร้างสรรค์ (Dialogue) แหล่งข้อมูลกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละ 2 คน รวมจำนวน 10 คน การวิเคราะห์ข้อมูลและการสังเคราะห์ข้อมูลวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการสังเคราะห์เชิงระบบ (Systematic Synthesis)

2) วิธีการศึกษา การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) สอบถามผู้ทรงคุณวุฒิโดยการหาฉันทามติ (consensus) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) แหล่งข้อมูล กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิ รวมจำนวน 5 คน วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการสังเคราะห์เชิงระบบ (Systematic Synthesis)

3.การตรวจสอบการบริหารจัดการอนาคตภาพการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับมัธยมศึกษา ในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2558-2567)

วิธีการศึกษาโดยใช้แบบสอบถาม เรื่อง ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของการบริหารจัดการอนาคตภาพแหล่งข้อมูลจากผู้บริหารการศึกษา /ผู้บริหารสถานศึกษา/ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 15 คน วิธีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1.สภาพปัจจุบันของการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับมัธยมศึกษา (INPUT)

1.1 ด้านครูพบว่าในปีการศึกษา 2557 อัตราส่วนครู : นักเรียน คือ 1:19.10 ถือว่ายังต่ำกว่าเกณฑ์ *กคศ. (1 : 20) กคศ. ยังกำหนดภาระงานสอน และงานพิเศษของครู ต่อสัปดาห์ไม่น้อยกว่า 18 ชั่วโมง ซึ่งครูยังเหลือเวลาเตรียมการสอน ตรวจงานวิจัยชั้นเรียน สร้างสื่อการเรียนการสอน ช่วยงานพิเศษ อีก 17 ชั่วโมง จาก 35 ชั่วโมง (*กคศ. หมายถึง คณะกรรมการข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษา)

1.2 ด้านการเรียนรู้พบว่าในปีการศึกษา 2557 มีจำนวนนักเรียน จำนวน 2,284,493 คน พบว่าหลักสูตรและการจัดการเรียนอิงมาตรฐานแต่ยังมีแนวโน้มที่ยังคงยึดเนื้อหาตามหนังสือมากกว่าอิงมาตรฐานการเรียนรู้ ผลสัมฤทธิ์การทดสอบระดับชาติ (ONET) เน้นมาตรฐานการเรียนรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนน ONET ทุกกลุ่มสาระการเรียนรู้ช่วง ปี 2551 – 2557 ไม่ถึงร้อยละ 50

1.3 ด้านผู้บริหารสถานศึกษาพบว่าในปีการศึกษา 2557 มีจำนวนสถานศึกษามัธยมศึกษาสังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา 1-42



รวม 2,358 สถานศึกษา มีผู้อำนวยการสถานศึกษา 2,117 คน รองผู้อำนวยการสถานศึกษา 3,518 คน ดำเนินการบริหารจัดการในสถานศึกษาทั้ง 4 ด้าน ด้านวิชาการ งบประมาณ บริหารงานบุคคล และบริหารทั่วไป

1.4 ด้านเขตพื้นที่การศึกษา
มัธยมศึกษา มีจำนวนทั้งสิ้น 42 เขต มีไม่ครบทุกจังหวัด และมีฐานะไม่เป็นนิติบุคคล แบ่งส่วนราชการสำนักงานเขตพื้นที่ เป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มอำนวยการ 2) กลุ่มบริหารงานบุคคล 3) กลุ่มนโยบายและแผน 4) กลุ่มส่งเสริมการจัดการศึกษา 5) กลุ่มนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการจัดการศึกษา 6) กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์

1.5 ด้านนโยบายการจัดการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาจะมีหน่วยงานที่กำหนดนโยบาย ส่งเสริมสนับสนุน นิเทศ กำกับ ติดตาม คือ กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และ สำนักบริหารงานการมัธยมศึกษาตอนปลาย ผ่านมาจนกระทั่งถึงปีใช้วิธีทัศน์ พันธกิจ และกลยุทธ์อย่างถาวรมา 2-3 ปี โดยต้องการให้ ผู้เรียนที่มีศักยภาพในระดับสากล แต่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นไทย

2. อนาคตภาพการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับมัธยมศึกษา ในศตวรรษหน้า (พ.ศ.2558-2567) (Process)

2.1 อนาคตภาพการศึกษา

2.1.1 อนาคตภาพด้านครู พบว่าอัตราส่วนของครูกับนักเรียนจะเปลี่ยนไปนักเรียนจะลดลง และจำนวนครูที่สอนตรงสาขาลดลงตามไปด้วย ตามหลักสูตรที่เปลี่ยนไป ดังนั้นหน้าที่ของครูควรเป็นผู้อำนวยความสะดวก จัดการเรียนการสอนควร

สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน ไม่ควรยึดหนังสือเรียน ควรจัดการเรียนการสอนตามมาตรฐานการเรียนรู้ตามหลักสูตร ควรใช้หลักที่ผสมผสานรูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในห้องเรียน ผสมผสานกับการเรียนรู้นอกห้องเรียนที่ผู้เรียนผู้สอนไม่เผชิญหน้ากัน (blended learning) ผสมผสานในการพัฒนาครูโดย Online training/Offline training (face to face) และควรใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง แต่ปัญหานี้สิ้น ค่าตอบแทนเงินเดือน/วิทยฐานะ ได้รับเลื่อนสูงขึ้นตามความสำเร็จของผู้เรียน (Outcome Agreement)

2.1.2 อนาคตภาพด้านการเรียนรู้
ผู้เรียนควรมีความสุขในการสืบเสาะความรู้ และสามารถวางแผนการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ควรมีบูรณาการข้ามกลุ่มสาระการเรียนรู้ ไม่แยกส่วนวิชาพื้นฐาน ลดเวลาในชั้นเรียน เพิ่มเวลาในการเผชิญโลกความเป็นจริง พัฒนาสาระหลักสูตรที่มีความยืดหยุ่นตามบริบทของสถานศึกษาและเอกลักษณ์ของท้องถิ่นเน้นทักษะในศตวรรษที่ 21 และมีการประเมินผลพ่อแม่ผู้ปกครองควรมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลการประเมิน สามารถให้ผู้เรียนตัดสินใจในการวางแผนการเรียนและมีอาชีพในอนาคตไม่เน้นการแข่งขัน เน้นการประเมินพัฒนาการของผู้เรียน

2.1.3 อนาคตภาพด้านผู้บริหารสถานศึกษา นอกจากการบริหารงานตาม 4 กลุ่มงานแล้ว ผู้บริหารควรใช้เทคนิคการมีส่วนร่วม ชุมชนจะเข้าร่วมจัดการศึกษาอย่างแท้จริง มีการสรรหาผู้เชี่ยวชาญมาปฏิบัติหน้าที่กลุ่มงานบริหารต่าง ๆ แทนครู โดยจะต้องคำนึงถึงผลลัพธ์เป็นสำคัญ Matrix based flat organization ผู้บริหารเป็นผู้สนับสนุนหรือผู้อำนวย ด้านสารสนเทศ (facilitator of



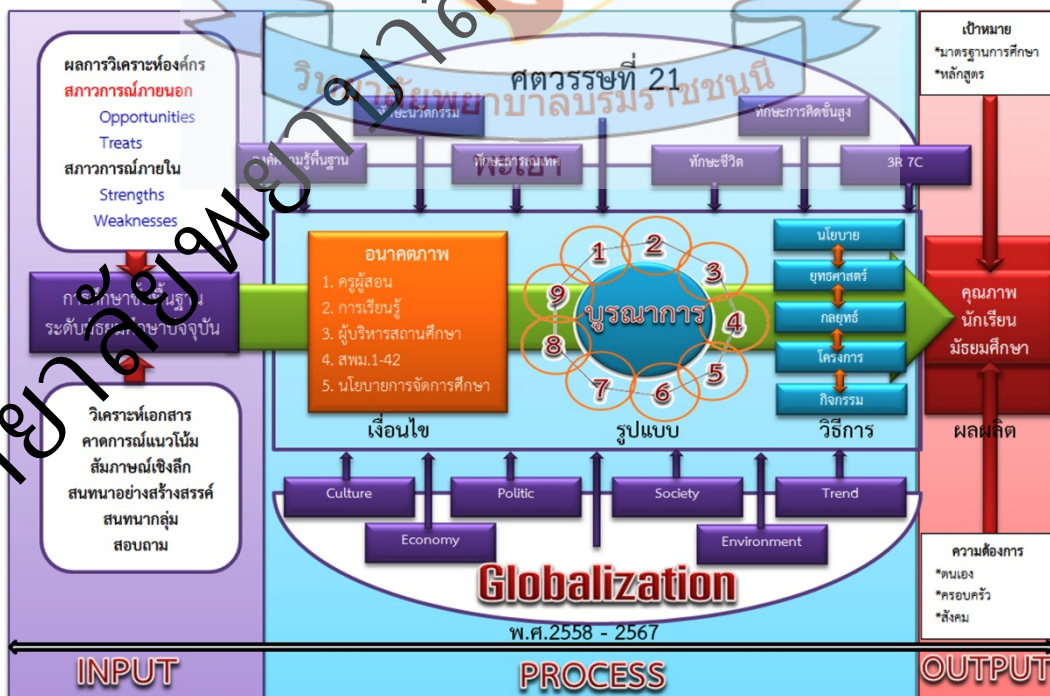
information) สร้างความเชื่อมโยง interconnectedness สร้างเครือข่ายพันธมิตร (strategic networks) สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (learning organization) อย่างแท้จริง

2.1.4 อนาคตภาพด้านเขตพื้นที่การศึกษาที่มีมัธยมศึกษา ควรจะมีการกระจายอำนาจบริหารงานทุกด้านจากสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน มายังเขตพื้นที่โดยตรงลดการสั่งการจากเขตพื้นที่ไปสู่สถานศึกษา ด้านส่วนราชการภายในจะมีการลดลำดับชั้นการสั่งการเป็น องค์กรแนวราบ (Flat organization) เป็น ควรจะมีการขยายให้มีสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาที่มีมัธยมศึกษาทุกจังหวัด

2.1.5 อนาคตภาพด้านนโยบายการ จัดการศึกษาวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ควรกำหนดนโยบาย 3 ช่วงเวลา (1 ปี/3 ปี/6 ปี/12 ปี) ด้านกรอบการพัฒนาสถานศึกษามัธยมศึกษายุคใหม่ ควรมุ่งเน้นการยอมรับให้สถานศึกษาพัฒนาตามศักยภาพ ตามบริบท ความเป็นนิติบุคคลของสถานศึกษาอย่างแท้จริง และด้านการติดตามประเมินผลการจัดการศึกษาระดับมัธยมศึกษาควรสร้างเครื่องมือที่สถานศึกษา สามารถประเมินตนเองได้ โดยมีทั้งการประเมินภายในและภายนอก มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดตามประเมินผล มีการประมวลผลข้อมูลในระดับประเทศ เขตพื้นที่ที่สถานศึกษา เข้าถึงข้อมูลได้ง่าย ไม่ซับซ้อน

2.2. การบริหารจัดการอนาคตภาพการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับมัธยมศึกษา ในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2558-2567) (Output)

อนาคตภาพการบริหารจัดการการศึกษา ขั้นพื้นฐานระดับมัธยมศึกษา ในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2558-2567) แสดงได้ดังแผนภาพดังนี้





จากแผนภาพอธิบายได้ว่า การบริหารจัดการ อนาคตภาพการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับมัธยมศึกษา ใน ทศวรรษหน้า (พ.ศ.2558 – 2567) ใช้ทฤษฎีระบบ (Systems Theory)เป็นพื้นฐานในการบริหารจัดการ แบ่งได้ 3 ส่วนดังนี้

1. Input (ปัจจัยนำเข้า)

คือการศึกษาบริบทการมัธยมศึกษาที่เกิดในปัจจุบัน ทั้งการวิเคราะห์องค์กรด้วยเทคนิค SWOT Analysis การวิเคราะห์เอกสาร รายงาน การคาดการณ์แนวโน้ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนา อย่างสร้างสรรค์ การสนทนากลุ่ม รวมไปถึงการ สอบถาม ปรากฏภาพปัจจุบันและปัญหา แสดงไว้ใน ผลการวิจัยตอนที่ 1 เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนด อนาคตภาพและทิศทางการบริหารจัดการอนาคตภาพ

2. Process (กระบวนการดำเนินการ) คือ การดำเนินงานภายใต้องค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่

2.1 เจื่อนไข

เจื่อนไขประกอบด้วย อนาคตภาพที่ มุ่งหวังให้เกิดขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2558-2567 โดยผ่าน กระบวนการสังเคราะห์ข้อมูลจากทฤษฎี ปรากฏ อนาคตภาพ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านครูผู้สอน 2) ด้าน การเรียนรู้ 3) ด้านผู้บริหารสถานศึกษา 4) ด้าน สำนักรงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 1 และ 5) ด้านนโยบายการจัดการศึกษา

2.2 รูปแบบ

รูปแบบการบริหารจัดการในสถานศึกษา แต่ละรูปแบบมีข้อดี ข้อจำกัด และเจื่อนไข รวมไปถึง การกำหนดขนาดของสถานศึกษาที่เหมาะสมกับ รูปแบบจากการวิจัยพบว่า มีรูปแบบการบริหาร จัดการ 9 รูปแบบ ดังนี้ 1) การมีส่วนร่วม 2) การ บริหารจัดการแบบเครือข่ายความร่วมมือ 3) การ บริหารจัดการแบบพี่เลี้ยง 4) การบริหารจัดการแบบ แม่ข่ายและลูกข่าย 5) การบริหารจัดการแบบอิสระ 6) การบริหารจัดการสถานศึกษาในกำกับของบรัฐ

7) การบริหารจัดการแบบหุ้นส่วน 8) การบริหาร จัดการโดยจ้างบุคคลภายนอก 9) การบริหารจัดการ แบบยึดพื้นที่เป็นตัวตั้ง

จากแผนภาพแสดงให้เห็นว่า แต่ละ สถานศึกษามีบริบทและความพร้อมที่ต่างกัน ผู้วิจัย เห็นว่าไม่ควรยึดรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งในการบริหาร จัดการ ควรใช้รูปแบบการบริหารแบบบูรณาการ โดย นำข้อดีของแต่ละรูปแบบมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม กับขนาดสถานศึกษาโดยมีเวลาวิวัฒน์และทักษะใน ศตวรรษที่ 21 เป็นปัจจัย

2.3 วิธีการ

วิธีการดำเนินการ จะยึดนโยบายของ รัฐบาล กระทรวงศึกษาธิการ ยุทธศาสตร์ ในการ บริหารจัดการมัธยมศึกษาผ่านกระบวนการวิเคราะห์ องค์การ เพื่อสร้างวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ด้านคุณธรรมระดับสถานศึกษา แล้วกำหนดเป็นแผนงาน โครงการ กิจกรรม ตามหลักสูตรและมาตรฐาน การศึกษา

3. Output (ผลผลิต)

เป้าหมายที่สำคัญในการจัดการศึกษาระดับ มัธยมศึกษา คือ คุณภาพของนักเรียน ประกอบไป ด้วย 2 ส่วน ได้แก่

3.1 คุณภาพตามหลักสูตรและมาตรฐาน การศึกษา

หลักสูตรสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา แบ่งเป็น 2 ช่วง ช่วงชั้นที่ 3 คือ การจบระดับ มัธยมศึกษาปีที่ 3 (การศึกษาภาคบังคับ) ที่ต้องการให้ นักเรียนค้นพบความถนัดและความสนใจของตนเอง ช่วงชั้นที่ 4 คือ การจบระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 (การศึกษาขั้นพื้นฐาน) ที่ต้องการให้นักเรียนได้รับการ พัฒนาค้นตนเองตามความถนัดและความสนใจ สามารถ ศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา หรือประกอบอาชีพ ส่วน



มาตรฐานการศึกษา จะมี 5 ด้าน 15 มาตรฐาน 65 ตัวบ่งชี้ ซึ่งประกอบไปด้วย มาตรฐานคุณภาพผู้เรียน / ด้านการจัดการศึกษา / ด้านการสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ / ด้านอัตลักษณ์ของสถานศึกษา และ ด้านมาตรการส่งเสริม ซึ่งทุกมาตรฐานสถานศึกษาจะต้องได้รับรองและผ่านทุกตัวบ่งชี้

3.2 คุณภาพตามความต้องการ

เมื่อนักเรียนจบการศึกษาขั้นพื้นฐาน ความต้องการของนักเรียนส่วนใหญ่ มุ่งที่จะศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย หรือระดับอุดมศึกษา ในสาขาที่ตนเองถนัดและสนใจ ในส่วนความต้องการของครอบครัว มุ่งหวังให้นักเรียน เรียนในสาขาที่ตนเองจบมาแล้ว มีงานทำ มีรายได้ดี สามารถพึ่งตนเองได้ ในส่วนความต้องการของสังคม มุ่งเน้นให้ผู้เรียนเข้าศึกษาต่อในสาขาวิชาที่ขาดแคลน โดยมีความมุ่งหวังที่จะมีบุคลากรในการพัฒนาประเทศชาติ ไม่ต้องอาศัยบุคลากรจากต่างชาติมาปฏิบัติหน้าที่ในสาขาที่ขาดแคลน

3. การตรวจสอบการบริหารจัดการองค์คุณภาพการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับมัธยมศึกษา ในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2558-2567)

การประเมินความพึงพอใจและความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของอนาคตภาพการศึกษาขั้นพื้นฐานในระดับมัธยมศึกษา ในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2558 - 2567) ในภาพรวมความเหมาะสม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.72$, S.D. =0.64) ความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.44$, S.D. =0.62)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเรื่องอนาคตภาพการบริหารจัดการการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับมัธยมศึกษา

ในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2558-2567) โดยมีประเด็นที่ควรนำมาอภิปราย ดังนี้

1. การบริหารจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับมัธยมศึกษา ในทศวรรษหน้า การบริหารจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับมัธยมศึกษา ด้านครูการคัดเลือกคนเก่งเข้ามาเป็นครูหรืออาจคัดจากผู้ที่จบปริญญาสาขาวิชาอื่นที่เกี่ยวข้อง มาพัฒนาวิธีการสอนใหม่ มีความรู้ความเชี่ยวชาญและมีจิตวิญญาณของความเป็นครู ให้ครูได้รับการพัฒนาวิธีการจัดการเรียนการสอนและเรียนรู้สิ่งใหม่ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกและวิทยาการอันทันสมัยอย่างต่อเนื่อง (วันทนา เมืองจันทร์, 2544) และให้มีการจัดระบบค่าตอบแทนที่เหมาะสมในระดับวิชาชีพ จัดให้มีฝ่ายสนับสนุนการสอนของครูให้ครอบคลุม สถานศึกษาทุกแห่ง โดยไม่ให้ครูทำหน้าที่อื่นนอกจากการเรียนการสอน ความเป็นไปได้ในการพัฒนาครูในศตวรรษที่ 21 นั้น ต้องดำเนินการทั้งด้านนโยบายและด้านการพัฒนาตนเองของครูควบคู่กันไป (ภาสกร เรืองรอง และคณะ ,2556) และครูผู้สอนควรมีคุณธรรม จริยธรรม มีความรู้ทางเทคโนโลยี (ธนภุต สิทธิราชและคณะ ,2558)

การเรียนการสอนในระดับมัศึกษานั้น เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมากในระดับการศึกษาของไทย เพราะถ้าเด็กไทยไม่เกิดการเรียนรู้ในระดับนี้แล้ว จะเป็นการยากมากที่จะทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้และเป็นคนดีในอนาคต รวมถึงการที่จะพัฒนาเด็กไทยให้ทัดเทียมกับเด็กต่างชาติได้ ฉะนั้นกิจกรรมการเรียนการสอนในระดับนี้จะต้องเป็นไปอย่างมีคุณภาพ นอกจากครูจะมีความรู้ทางด้านวิชาการแล้วครูควรจะมีทักษะพื้นฐานการสอน และเด็กก็ควรจะมีทักษะการเรียนรู้ด้วย การสอนของครูมัธยมควรมีทักษะพื้นฐานทักษะการใช้คำถาม ทักษะการใช้วาจาจากกริยาท่าทาง



และสื่อความหมาย การทำให้นักเรียนเกิดความสนใจ และอยากที่จะเรียนรู้ นับว่าเป็นเรื่องสำคัญ ครูที่สามารถทำให้นักเรียนมีความสนใจตั้งแต่เริ่มสอนจนถึงจบการสอนแล้วยังพอใจที่จะเรียนต่อ นับได้ว่าเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ของครูได้อย่างดีเยี่ยม (ยุทธพงษ์ ไกยวรรณ ,2558)

ครูควรได้รับการพัฒนาวิธีการจัดการเรียน การสอนและ เรียนรู้สิ่งใหม่ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกและวิทยาการอันทันสมัย อย่างต่อเนื่องและให้มีระบบค่าตอบแทนที่เหมาะสม ในระดับวิชาชีพ จัดให้มีฝ่ายสนับสนุนการสอนของครู ให้ครอบคลุม สถานศึกษาทุกแห่ง โดยไม่ให้ครูทำ หน้าที่อื่นนอกจากการเรียนการสอน ความเป็นไปได้ ในการพัฒนาครู ในศตวรรษที่ 21 นั้น ต้องดำเนินการ ทั้งด้านนโยบายและด้านการพัฒนาตนเองของครู ควบคู่กันไป (ภาสกร เรืองรอง และคณะ,2556) ดังนั้น การคัดคนเก่งเข้ามาเป็นครูจึงมีความจำเป็น เพราะ สามารถพัฒนาได้ง่าย และสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง ในอนาคต (สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์,2558)

2. การบริหารจัดการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ระดับมัธยมศึกษาในทศวรรษหน้า ด้านการเรียนรู้ การ จัดการเรียนการสอนของครูมัศึกษามีแนวทางให้ ผู้เรียนรู้จักคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ คือ ลดสาระเนื้อหา เพิ่มเวลาให้นักเรียนมีเวลาคิดวิเคราะห์สังเคราะห์โดยมี ครูเป็นที่ปรึกษาคอยให้การมีส่วนร่วมของ ผู้บริหาร สถานศึกษา หน่วยงานต้นสังกัดที่วางแผนพัฒนา ทักษะการเรียนรู้ การจัดการกิจกรรมการเรียนการสอน และการวัดผลประเมินผล ที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้น คนในสังคมที่มีประสิทธิภาพ บนสังคมมีความรู้เป็น ฐาน มีปัญหาเป็นแกนการพัฒนาสังคมที่มีเอกภาพ

ในความหลากหลาย (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์,2546 : 10-13)

ผู้วิจัยเห็นว่าในอนาคตการเรียนการสอนจะ ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ได้ตลอดเวลา ทำให้การเรียนรู้ สะดวกและรวดเร็ว ซึ่งไพฑูรย์ สีนลรัตน์และคณะ (2554, หน้า 33) กล่าวไว้ว่า ลักษณะการเรียนการสอน กำลังก้าวเข้ามาสู่โลกอนาคต ขอบเขตด้านเวลาและ สถานที่เปลี่ยนไป ผู้เรียนสามารถเรียนได้ทุกสถานที่ ทุกเวลา ผู้เรียนสามารถติดต่อสื่อสารกับผู้สอนได้ ตลอดเวลาโดยผ่านสื่อเทคโนโลยีที่หลากหลาย และ จัดการเรียนการสอนและวิธีห้องเรียนกลับด้าน (Flipped Classroom) ลงในสื่ออิเล็กทรอนิกส์ใน ระบบดิจิทัล

3. การบริหารจัดการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ระดับมัธยมศึกษาในทศวรรษหน้าการบริหารจัดการ มัธยมศึกษาในทศวรรษหน้า สิ่งที่ผู้บริหารสถานศึกษา ต้องทำคือ การบริหารงานวิชาการ งบประมาณ บุคคล บริหารทั่วไป ภายใต้แผนงาน และทำให้แผนงานนั้น สัมฤทธิ์ผลให้ได้ การปฏิรูปการศึกษาให้สำเร็จนั้น ผู้บริหารสถานศึกษาที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงควรมี ลักษณะเป็นผู้มีวิสัยทัศน์เชิงกลยุทธ์เป็นนักสร้างแรงบันดาลใจ เป็นนักเรียนรู้ เป็นนักประสานงาน และเป็น นักพัฒนา (ธีระ รุญเจริญ,2556) จะเห็นได้ว่า ในการที่ จะเป็นนักบริหารที่ดีในอนาคตนั้นจะต้องมีคุณลักษณะ หลายอย่างที่เป็นแบบใหม่แนวใหม่ และแบบผสมผสาน ที่ไม่มีลักษณะเฉพาะที่ตายตัว และสำหรับผู้บริหาร สถานศึกษาแล้ว ก็คงไม่อยู่ในข้อยกเว้นเช่นกันการที่จะ ได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้บริหารในระดับมืออาชีพนั้น ต่อไปคงต้องเป็นผู้บริหารที่มีวิสัยทัศน์มองการณ์ไกล มีมุมมองในการบริหารการทำงานเชิงกลยุทธ์ รู้จักการ ประมวลวิเคราะห์ ประเมินและตัดสินใจและยังต้อง



ดูแล รับผิดชอบการดำเนินงานตามปกติของสถานศึกษาในทุกด้าน ต้องมีวิสัยทัศน์ใหม่ในการบริหารจัดการให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (กมล สดประเสริฐ 2541,:15 – 42) และให้มีการพัฒนาเทคนิควิธีการบริหารที่ทันสมัย ควบคู่กับการศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยน เรียนรู้กันระหว่างสถานศึกษาทั้งในและต่างประเทศ โดยเฉพาะกลุ่มอาเซียน ผู้บริหารจะต้องรู้และเข้าใจหลักการนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ผู้บริหารจะต้องใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้อย่างเหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ รวมถึงการครองตนที่เป็นตัวอย่างคนอื่นได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติงานในสถานศึกษาให้ประสบความสำเร็จ (เวียงชัย นิลดวงดี,2554)

4. การบริหารจัดการการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับมัธยมศึกษาในทศวรรษหน้า ภายหลังจากการประกาศแยกเขตพื้นที่มัธยมศึกษาตั้งแต่วันที่ 18 สิงหาคม 2553 พบว่ามีปัญหาหลายประการ (เนตรวิวงศ์เมือง,2558) จึงมีข้อเสนอว่า ควรกระจายอำนาจบริหารงานทุกด้านจากสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานมายังเขตพื้นที่โดยตรงลดการสั่งการจากเขตพื้นที่ไปสู่โรงเรียน โดยเป็นเพียงผู้สนับสนุนโรงเรียนตามนโยบาย เป็นเขตบริการที่ใช้และพัฒนาตนเองในพื้นที่ทันสมัย บริหารจัดการ อำนาจความสะดวกราบรื่นติดตาม ตรวจสอบ และเป็นนิติบุคคลจากรายงานการวิจัยของสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา โดย พิณสุตา สิริรังศรีและคณะ (2555) พบว่า สภาพปัจจุบันการกระจายอำนาจการบริหารจัดการศึกษาสู่เขตพื้นที่การศึกษาและสถานศึกษามีกฎหมาย กฎเกณฑ์และระเบียบรองรับที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจการบริหารจัด

การศึกษาสู่เขตพื้นที่การศึกษาและสถานศึกษาอย่างเป็นรูปธรรมทั้งด้านงบประมาณ วิชาการ การบริหารงานบุคคล และบริหารทั่วไป แต่การจัดสรรงบประมาณที่ยังไม่สอดคล้องกับสภาพจริง การบริหารงานวิชาการ เช่น การกำหนดงาน/โครงการของส่วนกลางบ่อยครั้งที่ไม่สอดคล้องและเป็นตามบริบทและความต้องการทางวิชาการของสถานศึกษา การกำกับติดตามและประเมินผลที่ขาดประสิทธิภาพ เหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคต่อการกระจายอำนาจการบริหารจัดการศึกษาสู่เขตพื้นที่การศึกษาและสถานศึกษาทั้งสิ้น (ธนภุต สิริธราชและคณะ,2558)

5. การบริหารจัดการการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับมัธยมศึกษาในทศวรรษหน้า ด้านนโยบายการเรียนรู้มุ่งเน้นความเสมอภาคในการเข้าเรียนและโอกาสของเด็กทั่วประเทศทั้งชนกลุ่มน้อยและบุคคลพิการ หรือผู้ที่ย่อนความสามารถโดยมีกฎหมายบังคับให้เด็กอายุ 6 หรือ 7 ปี เข้าเรียนจนอายุ 16 ปี การศึกษาในโรงเรียนของแต่ละจังหวัดเป็นการศึกษาให้เปล่าจนเด็กจบระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ชั้นปีที่ 12) คล้ายกับประเทศสหรัฐอเมริกา (กมล สดประเสริฐ 2541,:15 – 42) ด้านนโยบายการจัดการศึกษาที่ผ่านมา และไม่ควรเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน โดยเฉพาะนโยบายด้านการกระจายอำนาจให้อิสระสถานศึกษาได้บริหารจัดการแบบการกระจายอำนาจตามขนาดและความพร้อมของสถานศึกษาอย่างจริงจัง นโยบายด้านการบริหารงานบุคคล นโยบายด้านการพัฒนาความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ลดการแทรกแซงและการสั่งการที่ไม่ใช่ภารกิจหลักของส่วนกลาง ในภารกิจที่สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา และสถานศึกษาดำเนินการได้เอง (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา,2556) แต่การ



กระจายอำนาจยังไม่เกิดขึ้นอย่างแท้จริงทั้งในด้านวิชาการ งบประมาณ บุคคล และบริหารทั่วไป ขาดความความเป็นเอกภาพด้านนโยบายและมีความหลากหลายในทางปฏิบัติ มีมาตรฐานและทิศทางการจัดการศึกษาเหมือนกัน ควรเปิดโอกาสให้แต่ละท้องถิ่นเลือกวิธีดำเนินการที่หลากหลายได้ด้วยตนเอง โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง อย่างเป็นรูปธรรม เป็นการเปิดโอกาสให้บุคคล ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการศึกษา ทั้งนี้เพื่อที่จะระดมทรัพยากรจากทุกส่วนของสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการศึกษา และเป็นการกระจายโอกาสทางการศึกษาให้แก่ชุมชนท้องถิ่นอย่างทั่วถึง ส่วนกลางควรกำหนดนโยบายให้คำปรึกษาแนะนำ ตรวจสอบมาตรฐาน ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเท่านั้น (พินสุตา สิริธรงค์ศรี, 2552)

เอกสารอ้างอิง

- กมล สุดประเสริฐ และ สุนทร สุนันทชัย. (2541). *วิสัยทัศน์ทางการศึกษา :ทิศทางที่ไทยต้องทบทวน*. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2546). *ภาพอนาคตและคุณลักษณะของคนไทยในศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพมหานคร : วี.ที.ซี. คอมมิวนิเคชั่น.
- จิรวิทย์ มั่นคงวัฒนะ. (2558). *การบริหารและการจัดการสถานศึกษา*. สืบค้นเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2558, จาก <https://www.gotoknow.org/posts/344752>
- ธนกฤต สิทธิราชและคณะ. (2558). *อนาคตภาพการจัดการศึกษาระดับมัธยมศึกษาของประเทศไทยในสองทศวรรษหน้า*. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 มกราคม 2559, จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/edujournal/article/view/39221>.
- ธีระ รุญเจริญ และ ม.วงศ์ชวลิตกุล. (2553). *ผู้บริหารสถานศึกษามืออาชีพ : ศักยภาพเพื่อการเรียนรู้*. นครราชสีมา : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง.
- พินสุตา สิริธรงค์ศรี. (2552). *ภาพการศึกษาไทยในอนาคต 10- 20 ปี*. กรุงเทพมหานคร : บริษัทพิมพ์ดีการพิมพ์จำกัด
- ภาสกร เรืองรองและคณะ. (2556). *เทคโนโลยีการศึกษากับครูไทยในศตวรรษที่ 21*. สืบค้นเมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2557, จาก <https://hooahz.wordpress.com>
- ไมตรี วงศ์เมือง. (2558). *ผู้อำนวยการกลุ่มอำนวยการ สพม.เขต 36. สัมภาษณ์*, 11 กรกฎาคม 2558. ยะลา : ไทยวรรณ. *เทคนิคและวิธีการสอน*. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2558, จาก http://sps.lpru.ac.th/script/show_article.pl?mag_id=5&group_id=23&article_id=230
- จันทนา เมืองจันทร์. (2544). *การปฏิรูปการศึกษา : คุณธรรมของผู้บริหารกับบทบาทในการประกันคุณภาพการศึกษา*. วิทยาจารย์. 100(4) : 21-25, กรกฎาคม 2544.
- วิจารณ์พานิช. (2555). *วิธีสร้างการเรียนรู้เพื่อศิษย์ในศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์.



เอกสารอ้างอิง

เวียงชัย นิลดวงดี.(2554).ผู้บริหารมืออาชีพ.สืบค้นเมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2557,จาก

<https://www.gotoknow.org/posts/382031>

ศิรินทรา กลักโพธิ์.(2554).การศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหน่วยการเรียนรู้ โลกและการเปลี่ยนแปลง และความสามารถในการแก้ปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จากการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน.วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต(หลักสูตรและการสอน)มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.

ศึกษาธิการ,กระทรวง.(2551). หลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551.

กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด

สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์.(2558).ประเทศไทยกับอนาคตใหม่ในการศึกษา.สืบค้นเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2558,จาก <http://thaipublica.org/2015/03/trdi-education/>.

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา (2556). สภาวะการณ์การศึกษาไทยในเวทีโลก.กรุงเทพฯ: พริกหวานกราฟฟิค.

สุวิมล อัมพร.การศึกษาไทยในอนาคต.สืบค้นเมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2556,จาก

<https://www.gotoknow.org/posts/475495>.

Cartwright (สำนักวิทยบริการ. (2552). การศึกษาขั้นพื้นฐาน. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.

นครราชสีมา : สืบค้นเมื่อ 24 สิงหาคม - 2557, จาก

http://arc/nrru/ac/th/ve/body/base_study2.html; อ้างอิงจาก Edgar Faure, (1972: 162).

Edgar Faure et.al, (1972). *Learning to be The World of Education Today and Tomorrow*. Paris : Unesco.

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

พะเยา



การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณลักษณะความกตัญญูของเด็กปฐมวัย

The development of gratitude attribute tool

of test for young children

นลินทิพย์ บุญเฉลยบรรค

โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (ฝ่ายประถม)

รองศาสตราจารย์ ดร.สิริมา ภิญโญธนพงษ์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อสร้างแบบวัดคุณลักษณะความกตัญญูของเด็กปฐมวัย โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อ 1) แสดงหลักฐานความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดและ 2) แสดงหลักฐานความเชื่อมั่นของแบบวัด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นนักเรียนชั้นเด็กเล็ก อายุ 5-6 ปี ที่กำลังศึกษาในโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร (ฝ่ายประถม) สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2557 ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 51 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบวัดคุณลักษณะความกตัญญูของเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นมาตรประเมินค่า 3 ระดับ วัดคุณลักษณะความกตัญญู 3 ด้าน ได้แก่ ด้านพ่อแม่ ด้านครูอาจารย์ และด้านเพื่อน ผลการวิจัยพบว่า แบบวัดคุณลักษณะความกตัญญูมี 3 ด้าน แต่ละด้านมี 4 ตัวบ่งชี้ รวม 12 ตัวบ่งชี้ แต่ละตัวบ่งชี้ประกอบด้วยข้อรายการ 3 ข้อ รวม 36 ข้อ ซึ่งได้แบบวัดคุณลักษณะความกตัญญูของเด็กปฐมวัย โดยมีการแสดงหลักฐานแสดงความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดมีค่า IOC สูงอยู่ระหว่าง .80 - 1.00 หลักฐานแสดงความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของ

แบบวัดใช้สูตร สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันมีค่าอำนาจจำแนก 0.21 - 0.70 มีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha) ซึ่งความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .915 ซึ่งมีค่าสูงสุดไม่เกิน

คำสำคัญ : คุณลักษณะความกตัญญูของเด็กปฐมวัย การสร้างเครื่องมือวัดหลักฐานความเที่ยงตรง หลักฐานความเชื่อมั่น

Abstract

The main purpose of this research was to construct gratitude attribute tool of test for young children. The specific objective of the study were to examine 1) the content validity evidence and the construct validity of the tool of test form; and 2) the reliability evidence of the tool of test, and also the Rater Agreement Index of the assessors. The sample used in the research was 51 kindergarten students, with 5-6 years of age, who were studying at Srinakharinwirot University : Prasanmit demonstration schools



(Elementary) under The higher education commission in second semester of 2014 Simple Random Sampling of 51 from one classroom. The research instrument was 3 – rating scale gratitude attribute tool of test of young children 3 areas of gratitude attribute to parents, teachers and friends. The research result revealed that the tool of test form consisted of 3 areas with 4 indicator, totally 12 indicator each indicator comprised item, totally 36 items. A gratitude attribute form of young children with quality was therefore obtained with evidence as follow. 1) The IOC of content validity evidence of the assessment form was between .80-1.00. The construct validity evidence of the tool of test form using of the test formula. Correlation Pearson, the tool of test form was between .21-.70. The reliability evidence of the tool of test form using Cronbach's alpha was .915 Respectively, which is higher criteria.

Keywords : Gratitude attribute of young children, Construction of tool of test form, Validity evidence, Reliability, Rater Agreement Index

ปัจจุบันสังคมไทยเผชิญวิกฤตความเสื่อมถอยด้านคุณธรรม จริยธรรมมีการเปลี่ยนทางวัฒนธรรมที่หลากหลาย และมีแนวโน้มเป็นสังคมปัจเจกมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทำให้คนไทยแสวงหา

ความสุข และสร้างอัตลักษณ์ส่วนตัวผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ เกิดเป็นวัฒนธรรมย่อยร่วมสมัยที่หลากหลาย มีการคำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนตนและพวกพ้องมากกว่าส่วนรวม นอกจากนี้ความสัมพันธ์แบบเครือญาติที่มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ช่วยเหลือเกื้อกูลกันเริ่มหมดไปสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวมีความเปราะบางจนนำไปสู่ปัญหาทางสังคมเพิ่มมากขึ้น (สำนักปลัดกระทรวงศึกษาธิการ, 2555) สอดคล้องกับสิริมา ภิญโญอนันตพงษ์ (2556) ได้กล่าวไว้ว่า สังคมไทยได้ก้าวสู่ยุคโลกาภิวัตน์ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การดำเนินวิถีชีวิตแบบไทยกำลังจะหมดไปจากสังคม วิธีการหนึ่งซึ่งมุ่งเน้นวิธีการที่จะแก้ไขสังคมไทยให้เป็นสังคมที่สืบทอดวัฒนธรรมไทยอันดีงาม คือพ่อแม่ต้องช่วยดูแลสั่งสอนลูก สถานศึกษาต้องให้ทั้งความรู้และคุณธรรม พัฒนาเด็กไทยให้มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ และการพัฒนาเด็กให้มีคุณลักษณะที่ดีนั้นต้องเริ่มพัฒนาตั้งแต่แรกเกิดถึง 8 ปี สิ่งที่ได้กวดขันเรียนรู้จะซึมซับและฝังลึกหลอมบุคลิกอยู่ในตัวตนไปตลอดชีวิต และธานินทร์ กรัยวิเชียร (2551) กล่าวว่าหัวใจของคุณธรรมและจริยธรรม คือการยึดมั่นในสิ่งที่ถูกต้องชอบธรรม โดยกล่าวถึงการอบรมลูกหลานของชาวอังกฤษ คือความมีระเบียบวินัยความสำนึกในหน้าที่เป็นอย่างยิ่ง ชาวอังกฤษอบรมเด็กตั้งแต่อนุบาลด้วยคุณธรรม 7 ประการคือ 1) สัจจะพูดความจริง 2) ความซื่อสัตย์สุจริต 3) ความระลึกในหน้าที่ 4) ความอดกลั้น 5) ความเป็นธรรม 6) ความเอาใจเขามาใส่ใจเรา 7) เมตตาธรรม ซึ่งน่าจะนำมาเป็นแบบอย่างและสำหรับสังคมไทยในการฝึกอบรมเด็กไทย นอกจากนั้นท่านยังได้แนะนำคุณธรรมสำคัญสำหรับสังคมไทยเพิ่มเติมไว้อีก 5 ประการคือ 1) ความกตัญญูกตเวที



2) ความสุภาพนุ่มนวล 3) ความเคารวต่อผู้มีอาวุโส
4) รักษาคำพูด และ 5) จิตสำนึกสาธารณะ เสียสละ
เพื่อส่วนรวม

คุณธรรมจริยธรรมที่เหมาะสมกับวัฒนธรรม
อันดีงามของสังคมไทยคือความกตัญญูกตเวที
ซึ่งคุณธรรมดังกล่าวนี้เป็นคุณธรรมจริยธรรมที่สำคัญ
ยิ่ง ดังที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช
(2552) ได้ทรงมีพระบรมราโชวาทพระราชทานแก่
คณะกรรมการวันกตัญญูกตเวที สภาสังคมสงเคราะห์
แห่งประเทศไทยว่า “ความกตัญญูกตเวทีเป็น
คุณสมบัติอันสำคัญยิ่งสำหรับนักพัฒนา และผู้
ปรารถนาความเจริญก้าวหน้าทุกคน” สอดคล้องกับ
หลักธรรมจากพระไตรปิฎกในมงคลสูตรที่ 25
ที่เกี่ยวข้องกับความกตัญญูว่าภูมิของอัสตบุรุษและ
สัสตบุรุษ พระสัมมาสัมพุทธเจ้าตรัสแก่ภิกษุทั้งหลายว่า
ภูมิของอัสตบุรุษคือความเป็นคนอกตัญญูกตเวที
ภูมิสัสตบุรุษคือความเป็นคนกตัญญูกตเวที (พระ
ไพฑูริย์ ธัมมวิบุโรและคณะ, 2552) สอดคล้องกับ
พุทธทาสภิกขุ (2554) ที่กล่าวว่าคนที่มีความกตัญญู
ย่อมรู้ถึงคุณค่าทุกสิ่งในโลก ไม่ว่าจะเป็นปลาไม้ พืชนา
ลำธาร ถนนหนทาง การรู้คุณค่าของสิ่งของทั้งหลาย
ย่อมทำให้โลกสงบร่มเย็น จะเห็นได้ว่าความกตัญญู
กตเวทีเป็นคุณธรรมพื้นฐานที่มีความสำคัญกับคน
ทุกช่วงวัย โดยเฉพาะในเด็กปฐมวัยซึ่งเป็นวัยที่เริ่มต้น
เรียนรู้ในสิ่งต่าง ๆ ถ้าครูและผู้ปกครองปลูกฝัง
คุณลักษณะความกตัญญูตั้งแต่วัยนี้เด็กก็จะมีลักษณะ
นิสัยที่ดีติดตัวไปจนกลายเป็นอุปนิสัยสอดคล้องกับ
พระเทพวิสุทธิเมธี (ปัญญานันทภิกขุ) (2536) ที่กล่าว
ว่า พ่อแม่ควรฝึกลูกให้รู้จักกตัญญูกตเวทีตั้งแต่ยังเล็ก
ความกตัญญูกตเวทีเป็นคุณธรรมช่วยประคับประคอง
หรือช่วยค้ำจุนชีวิตและสังคมให้อยู่ร่วมกันได้อย่างปกติ

สุขคุณลักษณะความกตัญญูของเด็กปฐมวัยเป็น
พฤติกรรมที่เด็กทำสิ่งที่เป็น ประโยชน์ต่อตนเองและ
ผู้อื่นซึ่งจะมีผลต่อการปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างมี
ความสุข ซึ่งการฝึกฝนให้เด็กมีความกตัญญูจะส่งผลต่อ
การเรียนรู้ มนุษย์สัมพันธ์และสุขภาพที่ดี มีพลัง
ขับเคลื่อนทางจิตให้มีความสุขและประสบผลสำเร็จ
เป็นพลังทางวิทยาศาสตร์ที่สามารถตรวจสอบได้
ทุกครั้งที่เกิดความรู้สึกกตัญญูอย่างแท้จริงสืบมาจาก
สถานการณ์ปีบบังคับ (Robert Emmoms & Micheal
McCullough, 2008)

การที่จะประเมินคุณลักษณะความกตัญญู
ของเด็กปฐมวัยว่าดีหรือไม่เพียงใดและให้ได้ผลตรง
กับความเป็จริงมากที่สุด ต้องอาศัยเครื่องมือวัดที่มี
คุณภาพซึ่งจะส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย
การวิจัยถึงคุณภาพของเครื่องมือวัดที่ใช้ในการวิจัย
คือ ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น ดังที่บุญเชิด
ภิญโญอนันตพงษ์ (2553) ได้กล่าวไว้ว่าลักษณะของ
เครื่องมือวัดที่มีคุณภาพว่าจะต้องมีความเที่ยงตรงและ
ต้องมีความเชื่อมั่นหรือความเชื่อถือได้ จึงจะเชื่อได้ว่า
เป็นเครื่องมือวัดที่ดี และสอดคล้องกับบุญชม ศรีสะอาด
(2556) ที่ว่าในการใช้เครื่องมือในการวิจัยเพื่อให้ได้
ข้อมูลที่มีคุณค่า จำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่เป็น
มาตรฐานสร้างอย่างเป็นระบบ ต้องมีคุณภาพในด้าน
ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น สำหรับเครื่องมือที่ใช้
ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบวัดคุณลักษณะความกตัญญู
ของเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นชนิดมาตราประเมินค่า (Rating
Scale) 3 ระดับ วัดคุณลักษณะความกตัญญู 3 ด้าน
ได้แก่ด้านพ่อแม่ ด้านครูอาจารย์ และด้านเพื่อน เก็บ
รวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการให้เด็กปฐมวัยเลือกตอบ
ตามข้อรายการวัด ในการแสดงพฤติกรรมตามระดับ
คุณลักษณะความกตัญญูของตนเอง



จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า คุณลักษณะความกตัญญูนั้นมีความสำคัญควรได้รับการส่งเสริมให้เกิดกับเด็กปฐมวัยแต่หากเราทราบระดับคุณลักษณะความกตัญญูของเด็กปฐมวัยก่อน จะช่วยให้มีทิศทางและเป้าหมายในการวางแผน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปลูกฝังคุณลักษณะความกตัญญูให้กับเด็กปฐมวัยต่อไป เพื่อนำผลการประเมินไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดคุณภาพของแบบวัดต้องมีความเชื่อถือได้ โดยพิจารณาจากคุณสมบัติที่สำคัญของเครื่องมือวัด คือ ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น ผู้วิจัยจึงสนใจสร้างแบบวัดคุณลักษณะความกตัญญูของเด็กปฐมวัยที่มีคุณภาพ โดยการแสดงหลักฐานความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณลักษณะความกตัญญูของเด็กปฐมวัย เพื่อให้ได้เครื่องมือวัดที่มีคุณภาพสามารถไปใช้กับเด็กปฐมวัยให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อสร้างแบบวัดคุณลักษณะความกตัญญูของเด็กปฐมวัย โดยแสดงหลักฐานความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัด และแสดงหลักฐานความเชื่อมั่นของแบบวัด

ระเบียบวิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ นักเรียนชั้นเด็กเล็ก อายุ 5-6 ปี ที่กำลังศึกษาในโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร (ฝ่ายประถม) สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2557 จำนวน 220 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักเรียนชั้นเด็กเล็ก อายุ 5-6 ปี ที่กำลังศึกษาในโรงเรียนสาธิต

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร (ฝ่ายประถม) สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2557 ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 51 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบวัดคุณลักษณะความกตัญญูของเด็กปฐมวัย โดยมีขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือดังนี้

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ความหมาย และคุณลักษณะความกตัญญูของเด็กปฐมวัยพบว่าในพระไตรปิฎกฉบับตรรชนมีมงคลธรรม (พระไพศาลธัมมวิโรและคณะ, 2552) กล่าวถึงคุณลักษณะความกตัญญูไว้ในมงคลที่ 25 ความกตัญญูคือการสำนึกบุญคุณอะไรก็ตามที่เป็นบุญคุณ หรือมีคุณต่อตน แล้วก็ตามระลึกถึงด้วยความซาบซึ้งไม่ลืมเลย สิ่งที่ยกบุญคุณแบ่งเป็น 5 ประการ คือ บุคคล สัตว์ สิ่งของ บุญ และตนเอง พุทธสาสิกขุ (2554) กล่าวถึงความกตัญญูไว้ว่าทุกคนที่มีชีวิตอยู่ในโลกล้วนเป็นหนี้บุญคุณสติปัญญาของผู้อื่นมากมายทำให้เราสะดวกสบายมีชีวิตรอดอยู่ได้ความรู้และยอมรับในบุญคุณผู้อื่นที่มีอยู่เหนือตนนี้เรียกว่ากตัญญูตา การพยายามทำการแทนบุญคุณนั้นเรียกว่ากตเวทิตา สมเด็จพระมหาธีรวงศ์ (พิมพ์ ธรรมโร) (2539) กล่าวว่าคนกตัญญูรู้คุณผู้มีพระคุณและสำนึกในคุณนั้นว่าเป็นบุญคุณที่ตนต้องตอบสนองมีความเคารพนับถือจงรักภักดี ยกย่องท่านไว้ในฐานะผู้มีคุณให้ปรากฏแก่คนอื่นไม่ลืมคุณท่าน คนกตัญญูแม้แต่สัตว์และสิ่งไม่มีวิญญาณซึ่งตนอาศัยได้ความสุขสำราญ ก็แสดงอัธยาศัยดีประมวณลักษณะความกตัญญูที่ควรปฏิบัติเข้าเป็น 3 ประเด็น กตัญญูต่อบุคคล ประกอบด้วยลูกกตัญญู ศิษย์กตัญญู พลเมืองกตัญญู ศาสนิกชนกตัญญู กตัญญูต่อสัตว์และกตัญญูต่อสิ่งที่ไม่มีความวิญญาณ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (2547)



กล่าวว่าความกตัญญูทศเวท ว่าเป็นคุณธรรมที่สำคัญยิ่งในทุกศาสนาและเป็นวัฒนธรรมอันดีงามประจำชาติไทยของเราความกตัญญูทศเวทที่หมายถึง การรับรู้ในคุณความดีของผู้อื่นและศรัทธายินดี ที่จะกระทำดีเพื่อผู้อื่น คนที่มีความกตัญญูทศเวทที่นั้นจะไม่ลบหลู่ดูหมิ่นผู้มีพระคุณ หากแต่มีความเคารพนับถืออย่างจริงใจ เต็มใจและตั้งใจปฏิบัติตอบแทนในทางที่ชอบอยู่เสมอ ประยุทธ์ หลงสมบูรณ์ (2540) กล่าวว่ากตัญญูทศเวทเป็นคำกริยานามปุงลึงค์หรือเพศชายแปลว่าบุคคลผู้รู้คุณท่านและตอบแทนคุณท่าน ไทยตัดพุดเฉพาะกตัญญูแต่ความหมายหมายถึงกตเวทิด้วย สมภพ ชีวรัฐพัฒน์ (2542) กล่าวว่าความกตัญญูทศเวทที่หมายถึงการรู้และยอมรับในบุญคุณของบุคคล สัตว์ สิ่งของ และธรรมชาติสิ่งแวดล้อมที่มีต่อตัวเรา ทั้งทางตรงและทางอ้อม และพยายามกระทำการตอบแทนพระคุณช่วยเหลืออุปการะ ยกย่อง บำรุงรักษาให้คงอยู่ เพื่อความสงบสุขของสังคมและความสมดุลของธรรมชาติในวละหอ วรชินา (2550) กล่าวถึง ความกตัญญูของเด็กไทย หมายถึงการแสดงออกของนักเรียนที่เป็นการรู้จักบุญคุณ และเป็นการตอบแทนบุญคุณพ่อแม่ผู้ปกครองและครูอาจารย์ตามการรับรู้ของนักเรียนโดยปฏิบัติตาม คำสอนของพ่อแม่ ช่วยเหลืองานพ่อแม่ ดูแลพ่อแม่ป่วยไข้ แสดงความรัก ความห่วงใย ไม่พูดเท็จ ส่วนการแสดงความกตัญญูต่อครูอาจารย์ปฏิบัติตามแนวทางที่ครูสอน ตั้งใจเรียน แสดงความเคารพอย่างจริงใจ ช่วยเหลืองานครูตามโอกาสสมควร แสดงกริยาวาจาสุภาพ สุदारัตน์ สายรัตน์ (2551) กล่าวว่าความกตัญญูทศเวทที่หมายถึงลักษณะของบุคคลที่แสดงออกถึงการสำนึกในบุญคุณของผู้มีพระคุณ ความรู้สึกสำนึกในคุณความดีที่ได้ออกสตอบแทนบุญคุณอย่างเต็มใจ โดยการเคารพ เชื้อพียง ช่วยเหลือ แบ่งเบาภาระงานปฏิบัติตามคำแนะนำอบรมสั่งสอนของผู้มีพระคุณแบ่งเป็น 2 ประการคือกตัญญูทศเวทที่คือ 1. กตัญญูทศเวทที่ต่อบุคคล และ 2. กตัญญูทศเวทที่ต่อสถาบัน จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า

ความกตัญญูเป็นคุณธรรมที่ควรปลูกฝังให้กับเด็กปฐมวัย ความกตัญญูหมายถึงการระลึกรู้และตอบแทนบุญคุณของบุคคลและสิ่งที่มีคุณอื่นๆในทางที่เป็นคุณ

2. สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านพุทธศาสนาและนักวิชาการด้านการศึกษาก่อนวัยเกี่ยวกับคุณลักษณะความกตัญญูของเด็กปฐมวัยตามที่ชาย โพธิ์สิตา (2550) กล่าวว่า การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นการสนทนาที่มุ่งเน้นเป้าหมายชัดเจน เพื่อการเรียนรู้และเข้าใจมีลักษณะเรียนรู้และเข้าใจระดับลึกมี 2 รูปแบบคือรูปแบบกึ่งมีโครงสร้าง (semi – structured interview) และรูปแบบไม่มีโครงสร้าง (unstructured – interview) ในการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกรูปแบบการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง ซึ่งใช้แนวทางถามเป็นแนวทางดำเนินการ แต่คำถามและคำตอบคำถามสามารถยืดหยุ่นได้ จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญสรุปได้ว่าคุณลักษณะความกตัญญูของเด็กปฐมวัยนั้นควรสอนให้เห็นเป็นรูปธรรมและเป็นสิ่งที่เด็กสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น การเชื้อพียงพ่อแม่โดยแสดงออกถึงพฤติกรรมตามที่พ่อแม่เคยสอนไว้ การแสดงพฤติกรรมช่วยเหลือการของพ่อแม่ หรือการแสดง ความอ่อนน้อมคุณลักษณะความกตัญญูของเด็กปฐมวัยนั้นควรศึกษาในเรื่องที่ใกล้ตัวเด็กสามารถเชื่อมโยงให้มีความหมายกับเด็ก เหมาะสมกับวัยความสนใจและความต้องการของเด็กเป็นสำคัญ

3. นำข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการสัมภาษณ์เชิงลึก มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ได้เป็นนิยามเชิงปฏิบัติการโดยกำหนดเป็นคุณลักษณะ 3 ด้าน ได้แก่คุณลักษณะความกตัญญูด้านพ่อแม่ ด้านครูอาจารย์ และด้านเพื่อน ซึ่งในแต่ละด้านมีตัวบ่งชี้ 4 ตัวบ่งชี้ คือ การเชื้อพียง การช่วยงาน ความอ่อนน้อม และการใส่ใจแสดงออกด้วยการปฏิบัติ การพูด และการแสดงความรู้สึก



4. การสร้างแบบวัดคุณลักษณะความกตัญญูของเด็กปฐมวัยนั้นมีลักษณะเป็นข้อคำถามประกอบด้วยภาพโดยครูเป็นผู้อ่านแล้วให้เด็กเลือกตอบว่าตนเองมีคุณลักษณะความกตัญญูอยู่ในระดับมาก ปานกลาง หรือน้อย ซึ่งแบบวัดคุณลักษณะความกตัญญูของเด็กปฐมวัย ทั้ง 3 ด้าน แต่ละด้านมี 4 ตัวบ่งชี้ รวม 12 ตัวบ่งชี้ แต่ละตัวบ่งชี้ประกอบด้วยข้อรายการ 3 ข้อรายการ รวม 36 ข้อ มีตัวอย่างดังนี้

ด้านพ่อแม่มีข้อคำถามเกี่ยวกับการเชื่อฟังดังนี้

1. เด็ก ๆ สามารถบอกได้ว่าพ่อแม่สอนให้รู้เรื่องอะไรบ้าง
 2. เด็ก ๆ เก็บของเล่นของใช้ส่วนตัวที่บ้านอย่างเรียบร้อยตามที่พ่อแม่เคยสอนไว้
- ด้านพ่อแม่ มีข้อคำถามเกี่ยวกับการช่วยงานดังนี้

1. เมื่อตื่นนอนตอนเช้าเด็ก ๆ เก็บที่นอนอย่างเรียบร้อยเพื่อช่วยลดภาระของพ่อแม่
 2. พ่อแม่ถือของเด็ก ๆ ช่วยเหลือของจากพ่อแม่
- ด้านพ่อแม่ มีข้อคำถามเกี่ยวกับความอ่อนน้อมดังนี้

1. เด็ก ๆ ช่วยพ่อแม่ทุกวันก่อนมาโรงเรียน และกลับจากโรงเรียนด้วยความอ่อนน้อม
 2. เด็ก ๆ ก้มศีรษะเมื่อเดินผ่านพ่อแม่ด้วยความอ่อนน้อม
- ด้านพ่อแม่ มีข้อคำถามเกี่ยวกับการความใส่ใจดังนี้

1. เด็ก ๆ ห่วงใยและเอาใจใส่พ่อแม่เมื่อเห็นท่านเหนื่อยจึงเข้าไปทำให้ท่านหายเหนื่อยโดยหาน้ำให้ดื่ม หรือ บิบนวดให้ท่าน

2. เด็ก ๆ เก็บของดี ๆ ไว้ให้พ่อแม่ เช่น อาหารที่อร่อย

5. ออกแบบกฎเกณฑ์การให้คะแนน (Scoring Rubric) ของแบบวัดโดยกฎเกณฑ์การให้คะแนนเป็นชนิดมาตราประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ที่กำหนดค่าระดับ 1 2 และ 3 โดยในครั้งนี้ใช้ภาพต้นสน ที่มีระดับความสูงต่างกันเป็นสัญลักษณ์ในการกำหนดค่าคะแนนดังกล่าวข้างต้นดังนี้ คะแนน 1 หมายถึง เด็กเลือกภาพสัญลักษณ์ต้นสนระดับเตี้ยมีค่าระดับคุณลักษณะความกตัญญูโดยคะแนน 2 หมายถึง เด็กเลือกภาพสัญลักษณ์ต้นสนระดับกลางมีค่าระดับคุณลักษณะความกตัญญูปานกลาง และ คะแนน 3 หมายถึง เด็กเลือกภาพสัญลักษณ์ต้นสนระดับสูงมีค่าระดับคุณลักษณะความกตัญญูมาก

6. นำแบบวัดคุณลักษณะความกตัญญูของเด็กปฐมวัยเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความสอดคล้องของข้อรายการวัดกับนิยามเชิงปฏิบัติการเพื่อแสดงหลักฐานความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

7. นำแบบวัดคุณลักษณะความกตัญญูของเด็กปฐมวัย ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นเด็กเล็ก อายุ 5 – 6 ปีที่กำลังศึกษาในโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร (ฝ่ายประถม) สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2557 จำนวน 51 คน

8. นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อแสดงหลักฐานความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ความเชื่อมั่นของแบบวัด

9. จัดทำแบบวัดคุณลักษณะความกตัญญูของเด็กปฐมวัยฉบับสมบูรณ์ และคู่มือการใช้



การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์แสดงความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้ค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) (บุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์.2557)

2. วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) (Burn & Grove,2009)

3. แสดงค่าเชื่อมั่นของแบบวัด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha) (บุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์.2545)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า แบบวัดคุณลักษณะความกตัญญูของเด็กปฐมวัยมี 3 ด้านประกอบด้วย 1) ด้านพ่อแม่ 2) ด้านครูอาจารย์ และ 3) ด้านเพื่อน แต่ละด้านมี 4 ตัวบ่งชี้ได้แก่ การเชื่อฟัง การช่วยงาน ความอ่อนน้อมและการใส่ใจ รวม 12 ตัวบ่งชี้ แต่ละตัวบ่งชี้ประกอบด้วยข้อรายการ 3 ข้อรายการ รวม 36 ข้อ ซึ่งเป็นมาตรประเมินค่า 3 ระดับได้แก่ ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย มีหลักฐานความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (IOC) มีค่าอยู่ระหว่าง .8- 1.00 ได้ค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ .2 ขึ้นไปจำนวน 36 ข้อรายการ ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง .20 -.70 ดังนี้ ด้านพ่อแม่ มีค่า .21-.70 จำนวน 12 ข้อ ด้านครูอาจารย์มีค่า.29-.64 จำนวน 12 ข้อ และด้านเพื่อน มีค่า .32-.64 จำนวน 12 ข้อ และคำนวณหาค่าแบบวัดความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยรวมทั้งฉบับโดยใช้สูตรแอลฟาของครอนบัค ได้เท่ากับ .915 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความกตัญญูที่มีต่อพ่อแม่เท่ากับ .822 ด้านความกตัญญูที่มี

ต่อครูอาจารย์เท่ากับ .790 ด้านความกตัญญูที่มีต่อเพื่อนเท่ากับ .8275 สามารถนำมาใช้ในการศึกษาได้

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าแบบวัดคุณลักษณะความกตัญญูของเด็กปฐมวัย มี สามด้าน แต่ละด้านมี 4 ตัวบ่งชี้ แต่ละตัวบ่งชี้ประกอบด้วยข้อรายการ รวม 36 ข้อรายการ ซึ่งเป็นมาตรประเมินค่า 3 ระดับ ได้แก่ 1) ด้านพ่อแม่ 2) ด้านครูอาจารย์ 3) ด้านเพื่อน คุณลักษณะความกตัญญูที่สามด้านมีตัวบ่งชี้เหมือนกันทั้งสี่ตัวบ่งชี้ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ การเชื่อฟัง การช่วยงาน ความอ่อนน้อม และการใส่ใจ

1. การแบ่งหลักฐานความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1.1 หลักฐานแสดงค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดโดยการหาค่า IOC ซึ่งได้ค่าระหว่าง .80 – 1.0 แสดงว่า แบบวัดคุณลักษณะความกตัญญูของเด็กปฐมวัยที่สร้างขึ้นสามารถวัดได้ตรงตามนิยามเชิงปฏิบัติการที่กำหนดไว้ เป็นไปตามเกณฑ์ตั้งแต่ .50 ขึ้นไป จึงสามารถนำไปใช้ได้ ซึ่งสอดคล้องกับบุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์ (2553) และบุญชม ศรีสะอาด (2556) ที่กล่าวว่า ดัชนีความสอดคล้องจะต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .50 จึงจะถือว่าข้อรายการนั้นวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

1.2 หลักฐานแสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบวัด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า ได้ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง .21 ถึง .70 สามารถนำไปใช้ได้ ซึ่งสอดคล้องกับบุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์ (2553) ที่กล่าวว่าค่าอำนาจจำแนกรายข้อของเครื่องมือวัด จะมีค่าอำนาจจำแนก



ตั้งแต่ -1.0 ถึง +1.0 ในทางทฤษฎีต้องการค่าอำนาจจำแนกที่มีค่าบวกสูง ๆ เข้าใกล้ +1.0 แต่ในทางปฏิบัติจะเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ +0.2 ขึ้นไปซึ่งสอดคล้องกับลัทธิ สายยศและอังคณา สายยศ (2543) ที่ว่าโดยทั่วไปแล้วข้อประเมินที่มีค่าอำนาจจำแนกใช้ได้จะมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .20 และถ้าข้อคำถามนั้นมีค่าอำนาจจำแนกเข้าใกล้ +1 ก็แสดงว่าข้อรายการนั้นสามารถจำแนกคุณลักษณะได้

2. หลักฐานแสดงความเชื่อมั่นของแบบประเมิน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha) พบว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณลักษณะความกตัญญูด้านพ่อแม่ มีค่า .822 ด้านครูอาจารย์ มีค่า .790 และด้านเพื่อน มีค่า .827 มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .915 แสดงว่าแบบวัดมีความเชื่อมั่นสูงตามเกณฑ์ตั้งแต่ .70 ขึ้นไป จึงสามารถนำไปใช้ได้ ดังที่บุญเชิด ภิญโญนนพพงษ์. (2557) ได้กล่าวถึงเกณฑ์การพิจารณาระดับความเชื่อมั่นที่ยอมรับ ได้ ควรมีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ .70 ขึ้นไปจึงถือว่ามีความเชื่อมั่นสูง สอดคล้องกับการเรท (Garrett, 1965) ที่เสนอว่า ถ้ามีค่า .00 - .20 แสดงว่ามีความต่ำมาก ถ้ามีค่าตั้งแต่ .21 - .40 แสดงว่ามีค่าความเชื่อมั่นต่ำถ้ามีค่าตั้งแต่ .41 - .70 แสดงว่ามีค่าความเชื่อมั่นปานกลาง ถ้ามีค่าตั้งแต่ .70 - .90 แสดงว่ามีค่าความเชื่อมั่นสูง และสอดคล้องกับพิชิต ฤทธิ์จำรูญ (2548) ที่ว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อมั่นได้แก่ลักษณะคำถาม หากข้อคำถามมีความชัดเจนและมีความคงที่ของการให้คะแนนจะทำให้แบบวัดมีความเชื่อมั่นสูง

เอกสารอ้างอิง

- ชาย โพธิ์สิตา.(2550).*ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล
- ธานินทร์กรวิเชียร.(2551) *ปาฐกถาพิเศษในพิธีเปิดงานสัปดาห์ชุมชนแห่งชาติและตลาดนัดคุณธรรมครั้งที่ 3 คุณธรรมจริยธรรมในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ :
- นวลละออรชินา.(2550).*ผลของโปรแกรมในการแสดงความกตัญญูต่อเวทีของเด็กไทย*. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- บุญชม ศรีสะอาด.(2556).*การวิจัยเบื้องต้น*. ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น
- บุญเชิด ภิญโญนนพพงษ์. (2545). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การวัดประเมินการเรียนรู้*. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- (2545). *ประมวลสาระวิชาการพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินผลการศึกษา*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- (2553). “คุณภาพเครื่องมือวัด” ใน *ประมวลสาระวิชาการพัฒนาเครื่องมือสำหรับการ ประเมินผลการศึกษา หน่วยที่ 3*. พิมพ์ครั้งที่ 5. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- (2557). *เอกสารประกอบการสอนรายวิชาการระเบียบวิธีวิจัยและสถิติเพื่อการวิจัยทางการศึกษา*. กรุงเทพฯ: มปป.
- ประยุทธ์ หลงสมบุญ(2540). *พจนานุกรมศัพท์ปรัชญาอังกฤษ-ไทย*. กรุงเทพฯ : ราชบัณฑิตยสถาน.
- พระไพฑูริย์ ธัมมวิโรและคณะ. (2552). *ดรชนิธรรมฉบับมงคลสูตร(รวมเล่ม):สรุปธรรมจากพระไตรปิฎกประกอบหลักธรรมมงคลชีวิต 38 ประการ*. กรุงเทพฯ.



เอกสารอ้างอิง

- พุทธทาสภิกขุ.(2554).*โลกรอดเพราะกตัญญู*.กองทุนสืบอายุพระพุทธศาสนาวัดชลประทานรังสฤษฎ์
กองทุนห้องสมุดศาลาจำปรัตน์วัดชลประทานรังสฤษฎ์กองทุนเสถียรธรรมสถาน เสถียรธรรม
สถาน.
- พระมหาภูมิจัย (ว.วชิรเมธี). (2553).*ที่สุดของความคิด*.กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์ดีเอ็มจี
- พระเทพวิสุทธิเมธี(ปัญญานันทภิกขุ).(2336).*กตัญญูกตเวทีเป็นเครื่องหมายของคนดี*.กรุงเทพฯ:โรง
พิมพ์ธรรมสภา.
- พิชิต ฤทธิ์จำรูญ. (2548). *หลักการวัดและการประเมินผลการศึกษา*. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์สถาบัน
ราชภัฏพระนคร.
- ภูมิพลอดุลยเดช,พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหา.(2553).*คำพ่อสอน:ประมวลพระบรมราโชวาทและ
พระราชดำรัสเกี่ยวกับความสุขในการดำเนินชีวิต*.กรุงเทพฯ
- ล้วนสายยศ; และอังคณาสายยศ.(2543).*การวัดด้านจิตพิสัย*. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.(2547).*พระราชโอรสเป็นพิธีพระราชทานปริญญา
บัตรแก่ผู้สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยรามคำแหง* กรุงเทพฯ: สำนักหอสมุดกลาง
มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สมเด็จพระมหาวีรวงศ์(พิมพ์ ธมมธโร).(2539). *มงคลยอกขวัญ*. กรุงเทพฯ:ธรรมสภา
- สมภพ ชีวรัฐพัฒน์.(2542).*มงคลธรรมกับคุณภาพชีวิต(มงคล38)*.เอกสารประกอบการสอน.
กรุงเทพฯ:นานาสั่งพิมพ์.
- สิริมา ภิญโญนต์พงษ์.(2553).*การวัดและการประเมินแนวใหม่ของเด็กปฐมวัย*. กรุงเทพฯ:ดอกหญ้า.
----- . (2556). *การพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของเด็กปฐมวัยตามหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย
แบบวิถีไทย. การประชุมวิชาการ การวิจัยทางการศึกษาระดับชาติ ครั้งที่ 2 เรื่อง “พลังการ
เรียนรู้สู่สากล”* กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุดารัตน์ สายรัตน์.(2551).*การศึกษาเหตุผลเชิงจริยธรรมด้านความกตัญญูกตเวทีของนักเรียนในสังกัด
กรุงเทพมหานครกลุ่มกรุงธนใต้*.กรุงเทพฯ:คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สำนักปลัดกระทรวงศึกษาธิการ.(2555).*แผนพัฒนาการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการฉบับที่ 11 พ.ศ.
2555 – 2559*.กรุงเทพฯ
- Bern and Groove.(2009).The practice of nursing research: appraisal synthesis and generation
of evidenc (6thed) USA:ElesvierIncRogers,H.J.&Garrett,A.J.(1965)..*Biochem.J*.88,6p
- Jeffrey J. Froh ,William J. Sefick b , Robert A. Emmons(2008).*Counting blessings in early
adolescents: An experimental study of gratitude and subjective well-being* , vol
46 (213 – 233), 29 March 2007,
- Shaffer, D. (1999). *Developmental psychology:childhood& adolescence*. (5th edition).
Pacific Grove:Brooks/Cole.



ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษา ของสถาบันการพลศึกษากลุ่มภาคกลาง

Factors Affecting Success in Educational Quality Assurance of Institute of Physical Education, The Central Group

พเยาว์ วงศ์ประจักษ์

พนมสาร ไชยวงศ์

สมพิศ ศิริโยธา

คณะศึกษาศาสตร์ สถาบันการพลศึกษา สุพรรณบุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันการพลศึกษากลุ่มภาคกลางและสร้างสมการพยากรณ์ความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันการพลศึกษากลุ่มภาคกลาง ประชากร คืออาจารย์และบุคลากรสายสนับสนุน ที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ในสถาบันการพลศึกษา กลุ่มภาคกลางปีการศึกษา 2556 จำนวน 526 คนเลือกเก็บข้อมูลจากทุกวิทยาเขต จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายในแต่ละวิทยาเขต ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 302 คน คิดเป็นร้อยละ 58.55 ของประชากร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษา ประกอบด้วยด้านผู้บริหารด้านครูผู้สอนด้านการวางแผนด้านการมีส่วนร่วมด้านงบประมาณและ 3) ความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คนและนำไปทดลองใช้จำนวน 30 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

เท่ากับ 0.98 เก็บรวบรวมข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ด้วยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิตค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันการพลศึกษากลุ่มภาคกลางในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และตัวแปรที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาประกอบด้วย ด้านผู้บริหาร (X_1) ด้านครูผู้สอน(X_2) ด้านการวางแผน (X_3) ด้านการมีส่วนร่วม (X_4) และด้านงบประมาณ (X_5)เขียนเป็นสมการพยากรณ์ความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันการพลศึกษากลุ่มภาคกลางในรูปคะแนนดิบดังนี้ $y = 0.20 + 0.20X_1 + 0.27X_2 + 0.23X_3 + 0.12X_4 + 0.13X_5$ และสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน ดังนี้ $\beta = 0.24 X_1 + 0.28 X_2 + 0.27X_3 + 0.13 X_4 + 0.17 X_5$

คำสำคัญ : ความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษา, สถาบันการพลศึกษา



Abstract

The purpose of this study were to determine: 1) factors affecting success in educational quality assurance of Institute of Physical Education The Central Group. 2) to find prediction factors affecting success in educational quality assurance of Institute of Physical Education The Central Group. There were 526 participants involved in the study. A total of 308 samples were able to submit a complete information or 58.88 percent of the total population. The research instrument consisted of three sections: 1) Personal Data 2) Factors Affecting Success of Educational Quality Assurance and 3) Success of Educational Quality Assurance. The instrument was evaluated by experts in the field. The Cronbach's coefficient of the questionnaire was 0.98. The data were analyzed using percentage, arithmetic mean, standard deviation and multiple regression analysis. The research findings were as follows : 1) Factors affecting the success of educational quality assurance among the Central Group of the Institute of Physical Education was at a high level. 2) The predictors that predicted the factors affecting the success of educational quality assurance among the Central Group of the Institute of Physical Education were comprised of five determiners, namely : Administrators (X_1) Teacher (X_2), Planning (X_3), Participation (X_4) and Budget (X_5). The prediction equation sin raw and standard score were as follows : $y = 0.20 + 0.20X_1 + 0.27X_2 + 0.23X_3 + 0.12X_4 + 0.13X_5$

$$\beta = 0.24 X_1 + 0.28 X_2 + 0.27 X_3 + 0.13 X_4 + 0.17 X_5$$

Keywords : success in educational quality assurance, Institute of physical education

บทนำ

จากกระแสความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องของสังคมโลกทั้งด้านเศรษฐกิจ การเมืองการปกครอง กฎหมาย สังคม และ เทคโนโลยี ทำให้องค์กรต่าง ๆ ตื่นตัวปรับปรุงระบบการจัดการเพื่อยกระดับประสิทธิภาพองค์กรให้สามารถดำรงอยู่และสามารถดำเนินงานตามจุดมุ่งหมายได้ต่อไป ดังนั้นแต่ละองค์กรมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนา ปรับปรุงตนเองอยู่ตลอดเวลา ให้สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กระแสการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะเป็นตัวผลักดันให้องค์กรมีการเรียนรู้เพื่อให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและหลีกเลี่ยงจากภาวะวิกฤติที่เรียกว่า ภาวะวิกฤติ ซึ่งเกิดจากการที่องค์กรยึดติดกับความสำเร็จที่เคยประสบมา หรือทำแบบวิธีการเดิม ๆ ไม่มีการพัฒนาวิธีการใหม่ ๆ ดังนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะวิกฤตินี้ องค์กรจำเป็นต้องมีการนำเทคนิคการจัดการ ต่าง ๆ หรือสรรหาการจัดการความรู้ใหม่ ๆ เข้ามาประยุกต์ใช้ปรับปรุงตนเองอยู่เสมอ เพื่อให้องค์กรต่าง ๆ แข่งขันได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Cheng (1996, 1) ที่กล่าวว่า สถาบันการศึกษาต้องให้ความสำคัญกับเรื่องของคุณภาพ ดังนั้นการประกันคุณภาพการศึกษาเป็นกระบวนการหรือกลไกที่มีการดำเนินการเพื่อให้เกิดคุณภาพของการจัดการศึกษาที่ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่องโดยการวางแผนกิจกรรมอย่างเป็นระบบ



ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก คือ การควบคุมคุณภาพ การศึกษา (quality control) การตรวจสอบคุณภาพ (quality audit) และการประเมินคุณภาพการศึกษา (quality assessment) โดยที่ระบบคุณภาพจะต้องมีกระบวนการทำงานที่เริ่มต้นจากการวางแผน การดำเนินงานตามแผน การตรวจสอบประเมิน และการปรับปรุงพัฒนา เพื่อให้การดำเนินการกิจของสถาบัน บรรลุเป้าประสงค์และมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันก็เป็นหลักประกันแก่สาธารณชนให้มั่นใจว่าสถาบันอุดมศึกษาสามารถสร้างผลผลิตทางการศึกษาที่มีคุณภาพสถาบันการศึกษาจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพการศึกษาทุกระดับ เพื่อพัฒนาผู้เรียนให้มีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานพันธกิจด้านการจัดการศึกษา ซึ่งกระบวนการบริหารการศึกษาต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง เช่น ผู้บริหารและบุคลากร ต้องร่วมใจกันปฏิบัติงานอย่างเต็มกำลังความสามารถ การทำงานยึดการทำงานเป็นทีมแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งปัจจัยความพร้อมด้านอาคารสถานที่ สื่ออุปกรณ์ และงบประมาณ โดยที่ทุกฝ่ายต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจัดการศึกษา เพื่อสร้างความมั่นใจว่าสถานศึกษาสามารถจัดการศึกษาได้คุณภาพ ผู้สำเร็จการศึกษามีความรู้ความสามารถ มีคุณลักษณะอันพึงประสงค์ และเป็นที่ต้องการของสังคม

สถาบันการพลศึกษาเป็นสถานศึกษาที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการจัดการศึกษา เพื่อให้ผู้เรียนมีคุณภาพที่สอดคล้อง และเป็นไปตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 จึงต้องตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญของการจัดการศึกษาที่มีคุณภาพ โดยตอบรับนโยบายการประกันคุณภาพการศึกษาของหน่วยงานต้นสังกัดนำมาปฏิบัติ และพัฒนาคุณภาพการศึกษา และได้มีการปรับปรุง

ระบบและกลไกการประกันคุณภาพการศึกษาอย่างต่อเนื่องรวมทั้งสามารถเชื่อมโยงการประเมินคุณภาพจากภายนอกได้ ในปีการศึกษา 2556 สถาบันการพลศึกษาวิทยาเขตสุพรรณบุรี ได้รับการตรวจประเมินคุณภาพการศึกษาภายนอก (รอบสาม) ในภาพรวมมีผลการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับดี (4.39) และผลการประเมินคุณภาพภายในจากต้นสังกัดตามเกณฑ์มาตรฐาน ของ สกอ. ในภาพรวมอยู่ในระดับดี (4.47) โดยคณะวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ มีผลการประเมินในระดับดี (4.34) คณะศิลปศาสตร์ มีผลการประเมินในระดับดี (4.40) และคณะวิทยาศาสตร์ มีผลการประเมินในระดับดีมาก (4.76) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการดำเนินงานของคณะและสถาบันที่ส่งผลให้การประเมินคุณภาพการศึกษามีผลประเมินที่ดี แต่ความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษายังมีความแตกต่างกัน และยังมีบางประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และจากผลการวิจัยของพัฒนาการ (2557) พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ในจังหวัดกำแพงเพชร ที่มีนัยสำคัญของการพยากรณ์ความสำเร็จในการประกันคุณภาพการจัดการศึกษาของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ในจังหวัดกำแพงเพชร คือ ด้านครูผู้สอน ด้านงบประมาณ ด้านผู้บริหาร ด้านชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมและด้านการวางแผน โดยมีอำนาจในการพยากรณ์ได้ร้อยละ 60.20 ขณะที่ พรสวรรค์ สระภักดี และคณะ (2555) ได้ศึกษาสภาพการดำเนินงานประกันคุณภาพภายในสถานศึกษาของสถาบันการพลศึกษาวิทยาเขตสุพรรณบุรี พบว่า บุคลากรมีความคิดเห็นว่า การดำเนินการประกันคุณภาพการศึกษาเป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากงานประจำ จึงเป็นปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานประกันคุณภาพการศึกษาทุกปี เนื่องจากการดำเนินการประกันคุณภาพการศึกษาจะประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใดไม่ได้ขึ้นอยู่กับผู้ดูแลรับผิดชอบเท่านั้น แต่ต้อง



ขึ้นอยู่กับความร่วมมือรับผิดชอบของทุกคนในองค์กร และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่ ภูมิมา พงศ์ตาลดง (2554) พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถานศึกษาสังกัดสำนักงาน คณะกรรมการการอาชีวศึกษาในจังหวัดกำแพงเพชร ศึกษา ปัจจัยด้านบริหาร ครูผู้สอน การวางแผน การมีส่วนร่วม ด้านชุมชน และด้านงบประมาณ ที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถานศึกษา โดยมีอำนาจในการพยากรณ์ได้ร้อยละ 60.20จากแนวความคิดดังกล่าว เห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษา

ผู้วิจัยในฐานะที่รับผิดชอบในการดำเนินการ และพัฒนาระบบการประกันคุณภาพการศึกษา จึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่า มีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันการพลศึกษา กลุ่มภาคกลาง เพื่อให้ผู้บริหาร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการปรับปรุง พัฒนาการดำเนินการประกันคุณภาพการศึกษาในสถาบันการพลศึกษาให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษา ของสถาบันการพลศึกษา กลุ่มภาคกลาง
2. เพื่อสร้างสมการพยากรณ์ความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันการพลศึกษา กลุ่มภาคกลาง

ระเบียบวิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อาจารย์และบุคลากรสายสนับสนุน ที่ได้ปฏิบัติ

หน้าที่ในสถาบันการพลศึกษา กลุ่มภาคกลาง ประกอบด้วย วิทยาเขตสุพรรณบุรี วิทยาเขตชลบุรี วิทยาเขตอ่างทอง วิทยาเขตสมุทรสาคร และวิทยาเขตกรุงเทพฯ ปีการศึกษา 2556 จำนวน 526 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ อาจารย์และบุคลากรสายสนับสนุน ที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ในสถาบันการพลศึกษา กลุ่มภาคกลาง ในปีการศึกษา 2556 เก็บข้อมูลจากทุกวิทยาเขต จากนั้นได้ทำการสุ่มอย่างง่ายในแต่ละวิทยาเขต คือ วิทยาเขตสุพรรณบุรี จำนวน 71 คน วิทยาเขตชลบุรีจำนวน 65 คน วิทยาเขตอ่างทองจำนวน 47 คน วิทยาเขตสมุทรสาครจำนวน 55 คน และวิทยาเขตกรุงเทพฯ จำนวน 71 คน ได้จำนวน 308 คน คิดเป็นร้อยละ 58.55ของกลุ่มประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม (questionnaire) ประกอบด้วยชุดคำถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษาระยะเวลาการทำงาน และตำแหน่งปัจจุบันส่วนที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษา จำแนกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้บริหาร ด้านครูผู้สอน ด้านการวางแผน ด้านการมีส่วนร่วม ด้านงบประมาณ โดยเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ และส่วนที่ 3 ความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาประกอบด้วยด้านผู้บริหาร ด้านครูผู้สอน ด้านการวางแผน ด้านการมีส่วนร่วม ด้านงบประมาณ จากนั้นนำคะแนนข้อมูลจากแบบสอบถามมาหาค่าเฉลี่ย และนำค่าเฉลี่ยมาพิจารณาโดยพิจารณาช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง ความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาอยู่ในระดับต่ำ



ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง ความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาสู่ระดับปานกลาง

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง ความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาอยู่ในระดับสูง

การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ศึกษากรอบแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาจากผลการประเมินคุณภาพภายในและการประเมินคุณภาพภายนอกเพื่อการรับรองมาตรฐานการศึกษา ของสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (องค์การมหาชน)

2. พัฒนาแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษา และความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษา ประกอบด้วย ด้านผู้บริหาร ด้านครูผู้สอน ด้านการมีส่วนร่วม ด้านการวางแผนและด้านงบประมาณ

3. นำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ ความครอบคลุมของข้อคำถามและความชัดเจนของภาษา ให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ จากนั้นนำน้ำหนักในแต่ละข้อคำถามมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence) พบว่าทุกข้อมีดัชนีความสอดคล้องภายในมากกว่า 0.5 และผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในสถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตสุพรรณบุรี จำนวน 30 คนหาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถาม

ทั้งฉบับด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.98

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้

ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยจัดทำเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (participant information sheet) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ประสานงานในแต่ละวิทยาเขต โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 20 นาที พร้อมทั้งผู้วิจัยชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทันทีที่ต้องการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลใด ๆ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาไว้และจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม รวมทั้งจะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งจะทำลายข้อมูลทันทีหลังจากได้รายงานวิจัยที่เสร็จเรียบร้อยแล้วอย่างสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลคำนวณหาค่าความถี่ (frequency) และร้อยละ (percentage)
2. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษา จำแนกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้บริหาร ด้านครูผู้สอน ด้านการวางแผน ด้านการมีส่วนร่วม ด้านงบประมาณ คำนวณค่าเฉลี่ยเลขคณิต (mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)
3. สร้างสมการพหุการันความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตสุพรรณบุรี ใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 308 คน พบว่า เก็บ



ข้อมูลจากสถาบันการพลศึกษาวิทยาเขตกรุงเทพมหานครมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 23.05 เป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.90 มีอายุระหว่าง 26-35 ปี มากที่สุด ร้อยละ 32.14 มีวุฒิการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาโท มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 63.64 ปฏิบัติงานในสายวิชาการ มากที่สุดร้อยละ 76.62 โดยมีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 2 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.77 และมีประสบการณ์การทำงานด้านการประกันคุณภาพน้อยกว่า 10 ปีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.45

2. ระดับของปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันการพลศึกษา กลุ่มภาคกลาง พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันการพลศึกษา กลุ่มภาคกลาง ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านผู้บริหาร ด้านผู้สอนและบุคลากร ด้านการวางแผน ด้านการมีส่วนร่วม และด้านงบประมาณอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ปัจจัยทุกด้านที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันการพลศึกษา กลุ่มภาคกลาง พบว่าทุกข้ออยู่ในระดับมากเช่นกัน

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันการพลศึกษา กลุ่มภาคกลาง กับ ความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันการพลศึกษา กลุ่มภาคกลาง ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลกับความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันการพลศึกษา กลุ่มภาคกลาง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มี ความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการประกันคุณภาพ

การศึกษาของสถาบันการพลศึกษา กลุ่มภาคกลาง และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันการพลศึกษา กลุ่มภาคกลางด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ ความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันการพลศึกษา กลุ่มภาคกลาง พบว่า

3.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันการพลศึกษา กลุ่มภาคกลาง ประกอบด้วยด้านผู้บริหาร ด้านผู้สอน และบุคลากร ด้านการวางแผน ด้านการมีส่วนร่วม และด้านงบประมาณ มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันการพลศึกษา กลุ่มภาคกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.86$, $r = 0.84$, $r = 0.89$, $r = 0.80$, $r = 0.80$ ตามลำดับ)

3.2. ตัวแปรที่นำมาเข้าสมการพยากรณ์ ความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันการพลศึกษา กลุ่มภาคกลาง คือ ด้านผู้บริหาร ด้านผู้สอนและบุคลากร ด้านการวางแผน ด้านการมีส่วนร่วม และด้านงบประมาณ โดยค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ คือ 0.20, 0.27, 0.23, 0.12 และ 0.13 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ 0.24, 0.28, 0.27, 0.13 และ 0.17 ตามลำดับ ตัวแปรดังกล่าวสามารถร่วมกัน อธิบายความแปรปรวนของความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันการพลศึกษา กลุ่มภาคกลางได้ร้อยละ 92.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเขียนสมการพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อ ความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษา กับ ความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันการพลศึกษา กลุ่มภาคกลางดังนี้



สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

ความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษา
= 0.20 + 0.20 ด้านผู้บริหาร + 0.27 ด้านผู้สอนและบุคลากร + 0.23 ด้านการวางแผน + 0.12 ด้านการมีส่วนร่วม + 0.13 ด้านงบประมาณ

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

ความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษา
= 0.24 ด้านผู้บริหาร + 0.28 ด้านผู้สอนและบุคลากร + 0.27 ด้านการวางแผน + 0.13 ด้านการมีส่วนร่วม + 0.17 ด้านงบประมาณ

อภิปรายผล

1. ระดับของปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันการศึกษา กลุ่มภาคกลาง พบว่า ระดับของปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันการพลศึกษา กลุ่มภาคกลาง ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านผู้บริหาร ด้านผู้สอนและบุคลากร ด้านการวางแผน ด้านการมีส่วนร่วม และด้านงบประมาณอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาบางส่วน ของ ปฎิมา พุดตานดง (2553) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการอาชีวศึกษา จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ปัจจัยด้านผู้บริหาร ด้านครูผู้สอน ด้านการวางแผน ด้านการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ขวลิขิต อุทัย (2550) ที่พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดระยอง ด้านผู้บริหาร ด้านครูผู้สอน ด้านงบประมาณ

อยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นร่วมกันว่าสถาบันการศึกษาจะประสบความสำเร็จของการประกันคุณภาพขึ้นอยู่กับผู้บริหาร ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการประกันคุณภาพการศึกษา เนื่องจากผู้บริหารสถานศึกษาต้องบริหารให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พุทธศักราช 2542 ที่กำหนดให้การประกันคุณภาพการศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของการบริหารงานสถานศึกษา หากผลการประเมินการประกันคุณภาพไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินก็จะส่งผลกระทบต่อผู้บริหารโดยตรง ผู้บริหารจึงได้ใช้ความรู้ความสามารถและภาวะผู้นำในการพัฒนางานด้านการประกันคุณภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขอสถานศึกษานั้น ๆ ในขณะที่ด้านครูผู้สอนและบุคลากรก็มีความสำคัญในการประกันคุณภาพการศึกษา เนื่องจากเป็นกลไกสำคัญในการนำหลักการไปสู่การสอนและเป็นการสอนที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พุทธศักราช 2542 รวมทั้งมีการวางแผนการปฏิบัติงานด้านต่าง ๆ อย่างเป็นระบบโดยการนำการประกันคุณภาพการศึกษามาใช้ในการทำงานทั้งด้านการควบคุมคุณภาพ การติดตามตรวจสอบและการประเมินคุณภาพการศึกษา โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในสถาบันการศึกษามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานด้านต่าง ๆ เช่น ผู้บริหาร นักศึกษา ผู้ปกครองและชุมชน มีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนาสถานศึกษาให้ได้มาตรฐาน และด้านงบประมาณนั้นว่ามีความสำคัญยิ่งในการขับเคลื่อนให้การประกันคุณภาพการศึกษาสามารถดำเนินไปได้ตามแผนที่กำหนด

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันการพลศึกษา กลุ่มภาค



กลาง ประกอบด้วยด้านผู้บริหาร ด้านผู้สอนและบุคลากร ด้านการวางแผน ด้านการมีส่วนร่วม และด้านงบประมาณ มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันการพลศึกษา กลุ่มภาคกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ขวลิขิต อุดม (2550) ที่พบว่าปัจจัยด้านผู้บริหาร ด้านครูผู้สอน ด้านงบประมาณ เป็น ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถานศึกษาขั้นพื้นฐานสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดระยอง และสอดคล้องกับผลการศึกษาบางส่วนของ ปฐิมา พุดตานดง (2553) ที่พบว่า ปัจจัยด้านผู้บริหาร ด้านครูผู้สอน ด้านการวางแผน ด้านการมีส่วนร่วม เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา จังหวัดกำแพงเพชร และปัจจัยด้านผู้สอน ด้านงบประมาณ ด้านผู้บริหาร ด้านการมีส่วนร่วม ด้านการวางแผน สามารถอธิบายความแปรปรวนของความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาได้อธิบายได้ว่า ความสำเร็จในการประกันคุณภาพจะขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการร่วมกันทั้งด้านผู้บริหารที่ต้องมีภาวะผู้นำ มีวิสัยทัศน์ กำหนดทิศทางการบริหารที่ชัดเจน และสามารถนำนโยบายการประกันคุณภาพการศึกษาไปใช้ได้จริง สามารถนำสถาบันการศึกษานั้นให้ประสบความสำเร็จ มีความสามารถในการวางแผนและนำแผนไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม สามารถจูงใจ สร้างขวัญและกำลังใจ ผลักดันให้บุคลากรในสถาบันเห็นความสำคัญของการประกันคุณภาพและสร้างความตระหนักขึ้นในองค์กรว่า การประกันคุณภาพเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นในยุคที่มีการแข่งขัน ดังที่

มานิต บุญประเสริฐ (2550) การประกันคุณภาพมีความสำคัญผู้บริหารสถาบันต้องให้การสนับสนุนและเป็นผู้นำ ในขณะที่ด้านครูผู้สอนจะเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการพัฒนานักศึกษา ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับจัดการศึกษาของหลักสูตร สามารถใช้หลักสูตรสู่การสอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งจำวนกลวิธีการสอน การสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ รวมทั้งมีการพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอ ปัจจัยด้านการวางแผนเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากการวางแผนเป็นหลักการทางานที่สำคัญยิ่งเป็นการทำงานอย่างเป็นระบบ มีการวางแผนเป้าหมายและวัตถุประสงค์ล่วงหน้า มีการวางแผนงบประมาณและแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับปรัชญาเป้าหมายวิสัยทัศน์และพันธกิจของสถาบัน ซึ่งการวางแผนทั้งหมดนี้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในสถาบัน ตั้งแต่คณะกรรมการบริหาร ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสถาบัน เช่น ผู้ปกครอง นักศึกษา ครูพี่เลี้ยง แม้แต่ชุมชน ต้องมีส่วนร่วมในการเข้ามาพัฒนาการจัดการศึกษา ทั้งมีส่วนร่วมในการวางแผน ร่วมในการจัดทำแผน ร่วมตัดสินใจในการดำเนินการต่าง ๆ และปัจจัยด้านงบประมาณเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญมากต่อความสำเร็จของการประกันคุณภาพการศึกษา เนื่องจากการดำเนินกิจกรรม/โครงการต่าง ๆ จะต้องมีงบประมาณเป็นส่วนผลักดันในการดำเนินการให้บรรลุทุกพันธกิจของสถาบัน มีการบริหารงบประมาณที่โปร่งใสและเป็นธรรม และสามารถใช้งบประมาณได้ตามแผนที่วางไว้ ดังนั้นปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมดจึงส่งผลต่อความสำเร็จของการประกันคุณภาพการศึกษา



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.ดร.ชนิดา ไกรเพชร ผศ.ดร.จุติมา รัตนพลแสนย์ และ ดร.รุ่งนภา จันทรา ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม ขอขอบคุณผู้บริหาร อาจารย์และบุคลากร สายสนับสนุนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม รวมทั้งผู้ประสานงานในการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก แต่ละวิทยาเขต สุดท้ายขอขอบคุณ สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตสุพรรณบุรีที่สนับสนุนทุนสำหรับการ ดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- ชวลิต อุดม. (2550). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดระยอง. ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหาร การศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
-(2542).พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติพุทธศักราช 2542. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.
- พัฒน์พล แก้วยม. (2557). การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของ สถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษาในจังหวัดกำแพงเพชร.
- รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ. กรุงเทพมหานคร.
- พรสวรรค์ สระภักดี และคณะ. (2555).สภาพการดำเนินงานประกันคุณภาพภายในสถานศึกษาของสถาบัน การพลศึกษาของวิทยาเขตสุพรรณบุรี. รายงานวิจัย สถาบันการพลศึกษาของวิทยาเขตสุพรรณบุรี, สุพรรณบุรี
- มานิต บุญประเสริฐ. (2550). การพัฒนาการผู้นำในระดับอุดมศึกษา.กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการ สภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ
- ปฎิมา พุดตาลดง. (2553). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการประกันคุณภาพการศึกษาของสถานศึกษา สังกัดสำนักงาน คณะกรรมการการอาชีวศึกษาในจังหวัดกำแพงเพชร.
- ราชภัฏเทพสตรี.สาร.12(1), กรกฎาคม-ธันวาคม: หน้า 91-99.
- สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา(องค์การมหาชน). (2553). คู่มือการประเมิน คุณภาพภายในระดับอุดมศึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (องค์การมหาชน).
- สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (องค์การมหาชน).(2555). คู่มือการประเมิน คุณภาพภายนอกรอบสาม (พ.ศ. 2554-2558) ระดับอุดมศึกษา ฉบับสถานศึกษา (แก้ไข เพิ่มเติม พฤศจิกายน2554). พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: สำนักงานรับรองมาตรฐานและ ประเมินคุณภาพการศึกษา(องค์การมหาชน).
- eng, Y.C. (1996). *School effectiveness and school-based management: A mechanic for development*. London: Flamer Press.



การคิดวิจารณ์ญาณและการคิดสร้างสรรค์ของนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต: ระดับทักษะของนักศึกษาในแต่ละชั้นปี

Critical Thinking and Creativity of Undergraduate Nursing Students: Descriptive and Disposition in Academic Levels

กมลรัตน์ ทอจินนอร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุรินทร์

จุฬารัตน์ หัวหาญ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุรินทร์

บทคัดย่อ

การคิดวิจารณ์ญาณและการคิดสร้างสรรค์เป็นสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในปัจจุบัน แต่ความสำเร็จในการพัฒนาสมรรถนะสองด้านนี้ยังไม่ชัดเจน วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกได้พยายามพัฒนาวิธีการเรียนการสอน และหลักสูตรเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีสมรรถนะด้านการคิดวิจารณ์ญาณและการคิดสร้างสรรค์ในทุกชั้น การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการคิดวิจารณ์ญาณและการคิดสร้างสรรค์ของนักศึกษาพยาบาลในแต่ละชั้นปี โดยใช้การวิจัยแบบตัดขวาง (cross-sectional study) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทักษะของทั้งทศวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลเฉพาะในส่วนของการคิดวิจารณ์ญาณและการคิดสร้างสรรค์กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุรินทร์ชั้นปีที่ 1 ถึง 4 จำนวน 517 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และการหาความสัมพันธ์โดย univariate general linear model analysis ผลการวิจัยพบว่าคะแนนการคิดวิจารณ์ญาณอยู่ในระดับดี และเพิ่มขึ้นตามระดับชั้นปี จากปีที่ 1 ไปชั้นปีที่ 4 ด้านการคิดวิจารณ์ญาณคะแนนอยู่ในระดับปานกลางและค่อนข้างจะคงที่จากปีที่ 1 ไปชั้นปีที่สูงขึ้นโดยมีชั้นปีที่ 4

ที่ระดับคะแนนสูงสุด ชั้นปีอื่นเพียงเล็กน้อย การคิดวิจารณ์ญาณและการคิดสร้างสรรค์ของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีคะแนนการคิดวิจารณ์ญาณสูงที่สุดกว่าชั้นปีอื่น ๆ จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะให้สถาบันการศึกษาพยาบาลพัฒนาทั้งหลักสูตรและกลวิธีในการจัดการเรียนการสอนเพื่อเพิ่มสมรรถนะทั้งสองด้านนี้

Abstract

Critical thinking and creativity are desirable competencies for contemporary nurses but there are growing concerns supporting a disturbing paucity in its achievement. Nursing colleges in Thailand have developed teaching strategies and curricula that nurture critical thinking and creativity dispositions across academic levels. This descriptive study identified critical thinking and creativity dispositions of Thai nursing students according to academic levels. A cross-sectional questionnaire survey was conducted among 517 nursing students



from four academic levels. All students were studying at Boromrajonani College of Nursing Chon Buri, Thailand. Descriptive and univariate general linear model analysis were

applied to analyse the data. The scores on critical thinking disposition gradually increased with academic level, rising from the junior year through to the senior year. Scores on creativity skill were at a moderate level and constant through the four academic years. The fourth grade students had slightly higher scores on creativity when compared to others. A significant relationship between critical thinking and creativity was also found. The scores on critical thinking disposition gradually improved, with a large increase in the senior year. The findings suggest the importance of targeting the development of curriculum and teaching strategies for all grades of nursing students to increase their critical thinking and creativity skills.

Keywords : Critical thinking, creativity, undergraduate nursing students, nursing education.

INTRODUCTION

There is wide and global acknowledgement that critical thinking should be incorporated into education (Tang, 2009). In the context of higher education, critical thinking is highly valued (Tang, 2009). It is considered as a necessary learning outcome for undergraduate students and essential for academic and career success (Ralson & Bay, 2015). By observation, not only critical thinking but also

creativity has been merged into nursing education agenda for more than a decade. Critical thinking and creativity are the foundations of nursing and are important competencies for nursing students (Chan, 2012).

Many scholars have explained the link of critical thinking to a higher level of thinking. This level of thinking describes “how” or “why” rather than attempt to explain “what” (Chan, 2012). Nursing students need to develop and use critical thinking skills in both the classroom and clinical settings (Ku, 2009). In providing high quality nursing care, nurses should have high ability in critical thinking and creativity. Currently, the health needs from patients are complex and create high demands on nurses. Nurses have to have critical thinking and use evidence based practice to meet the needs of patients (Chan, 2013). Thus, teaching critical thinking and creativity are very significant for building capacity for nursing students.

As mentioned above, critical thinking and creativity are very important. However, there is a need to explore critical thinking and creativity among nursing students of Boromrajonani College of Nursing, Chon Buri. Thus, the aim of this study was Such information is very useful for academic committees that develop relevant curricula and teaching strategies that can be used to develop the basic skills of students. This article is part of the study entitled ‘Development of a teaching/learning model to promote 21st century skills of the nursing



students at Boromarajonani College of Nursing Chon Buri'. The presentation and discussion will illustrate critical thinking and creativity skills in detail.

OBJECTIVES

The objectives of this study were to elucidate the level of critical thinking and creativity among nursing students and to determine the relationship between critical thinking and creativity among nursing students

METHOD

This study was a descriptive study. The aims were to identify critical thinking and creativity dispositions of Thai nursing students across academic levels.

A. Participants

This study employed purposive sampling. A total of 517 nursing students from four academic levels studying at Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri, Thailand were invited to participate in this study.

B. Instruments

Each respondent was asked to complete a demographic information sheet that included sex, academic level, and grade point average. Critical thinking and creativity were measured by 21st Century Skills Scale which was developed by Turner, Leungratanamart, Niranrat, Jarnarerux, Wattanakull, and Reunreang (Turner, et al, 2015). Critical thinking scales were composed of 8 items and creativity was composed of 6

items. Content validity of 21st Century Skills Scale was approved by 5 experts and Cronbach's alpha for reliability were determined. Cronbach's alpha for 21st Century Skills Scale was 0.95, critical thinking was 0.94 and creativity was 0.81, respectively (Turner, et al, 2015).

C. Procedure

This study was approved by the Institutional Review Board (IRB) of the Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri. Nursing students were invited to participate in this study. They were informed of the overall purpose of the study and the time required for participation before seeking their written consent to participate.

To protect confidentiality and anonymity, participants were not asked to identify themselves by putting their name on the questionnaires. Moreover, participants were informed that findings would be presented as group data with no personal respondent information being reported.

D. Data analysis

All data were entered into an Excel spreadsheet. The data were verified by a second individual to minimize error. The research utilized descriptive statistics to present the demographic information about participants. This included frequency counts, percentages, and means. Tables were provided accordingly. To investigate the relationship between critical skills and creativity among four academic levels, univariate general linear model (GLM) analysis was applied. The assumptions of GLM



including linearity, normality of the residuals and equality of residual variances, were tested and satisfied.

RESULTS

Overall mean scores of critical thinking were at a good level for the second-year through the fourth-year students (Table I). However, for the first-year students the mean scores of critical thinking was at a moderate level. There were eight items on critical thinking scales. Considering each item of critical thinking, it was found that the first-year students showed the highest mean score on the item of “use various and trusted sources of information for problem solving” while the lowest mean score was on “use various processes or techniques including knowledge of nursing and relevant sciences for problem solving”. The levels of mean score of each item for the second-year students were similar to those of the first-year students. The third-year and fourth-year students showed the highest mean scores on the item of “use various and trusted sources of information for problem solving” while the lowest mean scores was on the item of “perform decision making or problem solving based on data analysis and evidence. The overall mean scores on critical thinking increased as academic level advanced from the junior year throughout the senior year (Fig. 1).



TABLE 1 : Mean Scores and Standard Deviation of Critical Thinking among Nursing Students (n=517)

Critical Thinking and Problem Solving	Year 1		Year 2		Year 3		Year 4	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
Identify problems based on knowledge and rational with evidence of analysis process	3.56	0.59	3.57	0.64	3.66	0.58	0.99	0.57
Use various and trusted sources of information for problem solving	3.66	0.61	3.89	0.69	3.84	0.59	4.05	0.67
Collect and analyze information for a work plan, problem solving, or decision making	3.65	0.60	3.73	0.64	3.76	0.61	3.99	0.62
Identify a whole interaction including causes and consequences of study matters and overall complex impacts or outcomes	3.43	0.60	3.43	0.68	3.58	0.60	3.84	0.60
Identify and ask significant questions that clarify various points of view and lead to better solutions	3.43	0.63	3.44	0.68	3.58	0.60	3.84	0.64
Perform decision making or problem solving based on data analysis and evidence	3.36	0.60	3.36	0.69	3.54	0.60	3.72	0.67
Use various processes or techniques including knowledge of nursing and relevant sciences for problem solving	3.26	0.60	3.2	0.62	3.61	0.59	3.88	0.61
Make learning conclusion from experience or explaining outcome of their own or group	3.55	0.61	3.65	0.65	3.68	0.56	3.97	0.59
Overall average	3.48	0.44	3.54	0.49	3.65	0.44	3.91	0.47

Note: 1-1.50= very low, 1.51 - 2.50= low, 2.51-3.50= moderate, 3.51-4.50= good, 4.51-5.00 = very good

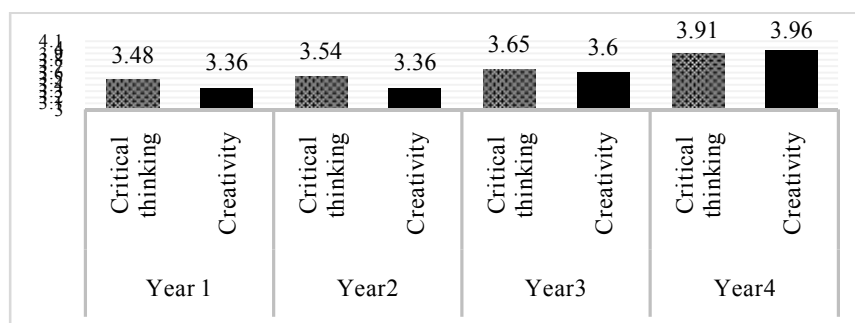


Fig. 1 Mean scores of critical thinking and creativity compared among four academic level

The overall mean scores of creativity skills were at the moderate level for first-year and second-year students, while the overall mean scores of third-year and fourth-year were at the good level (Table II). Considering the mean score of each item, all four academic levels showed the highest mean scores on “demonstrate belief in the success of group work and collaboration” and the lowest mean scores were on “develop inventions, new techniques or new processes for nursing care”. The mean scores on creativity were the same for first-year and second-year and slightly increased in third-year with the highest mean score found in fourth-year (Fig.1).

There was also a statistically significant positive relationship between critical thinking and creativity at $p < .005$. This means that when critical thinking skills increase, creativity skills will increase.

TABLE II MEAN SCORES AND STANDARD DEVIATION OF CREATIVITY AMONG NURSING STUDENTS (N=517)

Creativity and Innovation	Year 1		Year 2		Year 3		Year 4	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
Demonstrate new ideas or ideas for better nursing care	3.26	0.65	3.2	0.75	3.48	0.66	3.56	0.62
Develop inventions, new techniques or new processes for nursing care	2.94	0.75	2.92	0.73	3.33	0.70	3.51	0.65
Use new knowledge, research results, and innovations in nursing for classroom learning and clinical practice	3.13	0.67	3.17	0.95	3.45	0.70	3.65	0.57
Be positive and demonstrate readiness in learning for better outcomes in problem solving or dealing with difficulties	3.74	0.72	3.76	0.65	3.85	0.56	3.94	0.63
Be able to modify things for learning and/or nursing development	3.28	0.70	3.21	0.66	3.51	0.61	3.80	0.62
Demonstrate belief in the success of group work and collaboration	3.83	0.73	3.96	0.66	3.90	0.72	4.11	0.64
Overall average	3.36	.49	3.36	.48	3.60	.49	3.76	.45

Note: 1- 1.50= very low, 1.51 - 2.50= low, 2.51-3.50= moderate, 3.51-4.50= good, 4.51-5.00 = very good



Discussions

As shown on Table I, overall mean scores of critical thinking were at the good level, except for first-year students where the mean score for critical thinking was at the moderate level. Unremarkably, first-year students stated that they would use various and trusted sources of information for problem solving but they use less varied processes or techniques, including knowledge of nursing and relevant sciences, for problem solving. These results were the same for second-year students. These imply that freshman and second-year students can search for the information but they cannot process that information critically. This may be because the processes and techniques needed for problem solving were promoted mostly during the third-year. In particular, third-year nursing students were having hands-on experiences on nursing care by doing practical work in health-care settings such hospitals. They had to implement nursing processes in providing nursing care. Thus, they had opportunity to practice critical thinking in while performing patient cares. As shown on the mean item scores among third-year and fourth-year students, they can use various and trusted sources of information for problem solving. However, though the juniors and seniors perceived their performances on decision making or problem solving based on data analysis and evidence at the high level, this skill needs to be continually enhanced. Comparing mean scores on critical thinking between different academic levels, the

lowest mean scores were found in first-year and the highest mean scores were found at senior level. These findings were similar to the findings from other studies (Ralson, & Bay, 2015; O'Hare, & Mc Guinness, 2009; Renaud, & Murray, 2008). Researchers from those studies stated that the students in higher academic levels faced more complex situations and thus had to make more decisions than the students in lower levels.

As shown on Table II, overall mean scores of creativity were at the moderate level for first-year and second-year students; while for third-year and fourth-year students, the overall mean scores were at the good level. There were six items on creativity scale and when each items was describes, the students from all four academic levels perceived their highest skill on the item 'demonstrate belief in the success of group work and collaboration'. However, the development of inventions, new techniques or new processes for nursing care should be taken into consideration. The overall mean scores on creativity were not different between first-year and second-year students, in which a slight increase was observed from first-year to third-year and from second-year to third-year. The greatest difference in overall mean scores on creativity was found between the first- and second-year students (3.36) and the fourth-year students (3.76). This may have resulted from the different teaching strategies and academic activities across different academic levels. Team work and learning how to live together in the



dormitory was a major concern among freshman students. For second-year students, the focus was on learning about the health care system and working with health care in real situations. Year three is marked by the commencement of hands-on experience in health care services by student nurses. The courses designed for year 3 comprised a large proportion of practicum compared with the theoretical component. The curriculum of year four also concentrated on practicum. This could be the reason that helps enhance creativity skill in the juniors and seniors.

A significant moderate positive relationship between critical thinking and creativity was also found. The highest mean scores on critical thinking also had the highest mean scores on creativity. The enhancement of critical thinking and creativity may be the result of in-class and out-of-class activities which included problem-based learning and project based-learning. A systematic review of the literature has shown that the most popular instruction method for the enhancement of higher order thinking in Thailand education includes exercise or activity packages, investigative methods of inquiry, computer aided learning, project approaches and problem based learning (Sukirjoen, & Yoonisil, 2015). Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri have employed these instruction methods for the promotion critical thinking and creativity in nursing students.

Suggestions for Future Research

Future research should determine the effect of various teaching strategies in cultivating critical thinking and creativity among nursing students. Research and development may be needed in order to develop curriculum and teaching strategies. Faculty development focusing on teaching skills for promoting critical thinking and creativity should be initiated.

Conclusion

Findings from this study provide robust evidence that scores on critical thinking increased steadily from first-year students to fourth-year students; however, only first-year students had mean scores at the moderate level. The higher academic levels had increasingly higher mean scores on creativity; however, first-year students and second-year students shown similar mean scores on creativity. The mean scores on critical thinking and creativity among third-year and fourth-year were at the good level. Moreover, the higher mean scores on critical thinking, the higher mean scores on creativity.

Acknowledgment

This study was partly funded by Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development, Ministry of Public Health, Thailand.



References

- Chan, Z. CY. (2012). Exploring creativity and critical thinking in traditional and innovative problem-based learning groups. *Journal of Clinical Nursing*, 22 (15-16), 2298-2307.
- Chan, Z.C.Y. (2013). A systematic review of critical thinking in nursing education. *Nurse Education Today*, 33 (3), 236-240
- Ku, K.Y.L. (2009). Assessing students' critical thinking performance: Urging for measurements using multi-response format. *Thinking Skills and Creativity*, 4 (1), 70-76.
- O'Hare, L., & McGuinness, C. (2009). Measuring critical thinking, Intelligence, and Academic Performance in Psychology Undergraduates. *The Irish Journal of Psychology*, 30 (3-4), 123-131.
- Ralston, P.A., & Bays, C.L. (2015). Critical thinking development in undergraduate engineering students from freshman through senior year: a 3-cohort longitudinal study. *American Journal of Engineering Education*, 6 (2), 85-98.
- Renaud, R.D., & Murray, H.G. (2008). A comparison of a subject-specific and a general measure of critical thinking. *Thinking Skills and Creativity*, 3 (2), 85-93.
- Sukjaroen, N., & Yoonisil, W. (2015). The systematic review of instruction for enhances higher order thinking. Critical thinking and creative thinking. *Journal of Education, Mahasarakham University*, 9 (3), 55-65.
- Tang, R. (2009). Developing a critical ethos in higher education: What undergraduate students gains from a reader response task. *Reflections on English Language Teaching*, 8 (1), 1-20.
- Turner, K., Leungatanamart, L., Niranrat, S., Jarnarerux, J., Wattanakull, B., & Reunreang, T. (2015). Twenty First Century Skills of Nursing Students of Boromarajonani College of Nursing, Chonburi Nursing. *Journal of the Ministry of Public Health*, 25 (2), 178-192.

คำแนะนำ

การเตรียมต้นฉบับ

เพื่อพิมพ์วารสาร วพบ.พะเยา



วารสาร การศึกษา การพยาบาลและการสาธารณสุข ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพพะเยาเป็นเอกสารวิชาการที่ได้มาตรฐานสากล ออกเป็นราย 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์ (Review Article) สาขาการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา

นิพนธ์ต้นฉบับของผลงานทั้ง 2 ชนิดดังกล่าวที่ส่งมา เพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ ในวารสารฉบับนี้ ต้องเป็นผลงานใหม่ที่ไม่เคยได้รับตีพิมพ์เผยแพร่ในสื่อสิ่งพิมพ์ใดมาก่อน นิพนธ์ต้นฉบับแต่ละเรื่องจะได้รับการประเมินคุณภาพทางวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้องจำนวน 2 ท่าน ต่อเรื่อง

การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ

ผลงานวิชาการ ทั้งรายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์ (Review Article) ต้องมีลักษณะ ดังนี้

1. ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ชื่อผู้เขียนทุกคน และสถานที่ทำงาน โดยใช้ภาษาไทย
3. บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว
4. ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน คำสำคัญ (Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

5. รายงานการวิจัย (Research Article) ประกอบด้วย บทนำ วัตถุประสงค์การวิจัย ระเบียบวิธีการวิจัย ผลการวิจัย อภิปรายผล กิตติกรรมประกาศ (หากมี) และเอกสารอ้างอิง

6. บทความปริทัศน์ (Review Article) ประกอบด้วย บทนำ การประเมินปริทัศน์ในประเด็นต่างๆ วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ (หากมี) และเอกสารอ้างอิง

7. การอ้างอิงในเนื้อความระบุนาม และปี และในรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ใช้ระบบของ APA ค.ศ. 2011 รายละเอียดศึกษา จากหนังสือ Publication Manual of the American Psychological Association.

8. โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียนหัวข้อต่างๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่างๆ ถูกต้องตามพจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้งคำศัพท์ทางวิชาการ และระบบการอ้างอิงได้ถูกต้อง

การอ้างอิงเอกสาร

ใช้รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงระบบ American Psychological Association (APA) ดังตัวอย่าง

1. หนังสือ

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์



บุญชม ศรีสะอาด. (2547). *วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.

Kosslyn, S. M., & Rosenberg, R. S. (2004). *Psychology: The brain, the person, the world*(2nd ed.). Essex, England: Pearson Education Limited.

Mussen, P., Rosenzweig, M. R., Aronson, E., Elkind, D., Feshbach, S., Geiwitz, P. J., et al. (1973). *Psychology: An introduction*. Lexington, Mass.: Heath.

2. วารสาร

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), หน้า.

เผชิญ กิจระการ และสมนึก ภัททิยธนี. (2545). ดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index: E.I.). *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 8(1), 30-36.

Klimoski, R., & Palmer, S. (1993). The ADA and the hiring process in organizations. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 45(2), 10-36.

3. หนังสือรวมเรื่อง (Book Review)

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ), ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป, หน้า). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

ประสม สมใจเดิม. (2549). *วิทยาศาสตร์พื้นฐาน: การจัดการเรียนรู้มิติทางวัฒนธรรมท้องถิ่นการบูรณาการความรู้พื้นฐานกับการจัดการเรียนรู้วิทยาศาสตร์เพื่อชุมชน: กรณีศึกษาจากแหล่งเรียนรู้ป่าปูตา. ใน ฉลาด จันทรมบัติ (บรรณาธิการ), ศึกษาศาสตร์วิจัย ประจำปี 2548 – 2549 (หน้า 127 – 140). มหาสารคาม: สารคาม-การพิมพ์-สารคามเปเปอร์*

Coopper, J., Mirabile, R., & Scher, S. J. (2005). Actions and attitudes: The theory of cognitive dissonance. In T. C. Brock & M. C. Green (Eds.), *Persuasion: Psychological insights and perspectives* (2nd ed., pp. 63-79). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publication, Inc.

4. สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้นิพนธ์. (วันที่ดาวน์โหลด ปีที่ปรับปรุงล่าสุด).

ชื่อเรื่อง. วันที่ทำการสืบค้น, แหล่งข้อมูล

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (3 ธันวาคม 2548). *ธนาคารหลักสูตร*. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2550, จาก

<http://db.onec.go.th/thaigifted/lessonplan/index.php>

Wollman, N. (1999, November 12). Influencing attitudes and behaviors for social change. Retrieved July 6, 2005, from <http://www.radpsynet.org/docs/wollmanattitude.html>

ต้นฉบับที่ส่งมารับพิจารณาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ ต้องจัดพิมพ์ด้วยกระดาษ A4 และ Font Angsanaขนาดตัวอักษร 16 โดยพิมพ์ หมายเลขหน้าทุกหน้าโดยส่งมาที่ E-mail : journal@bcnpy.ac.th หรือส่ง เป็นต้นฉบับ 4 ชุด พร้อมแผ่น CD 1 แผ่น ส่งที่

บรรณาธิการวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

312 หมู่ 11 ตำบลบ้านต้อม อำเภอเมือง

จังหวัดพะเยา รหัสไปรษณีย์ 56000



ผลงานทางวิชาการทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ผู้พิมพ์จะได้รับวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 1 ฉบับ ในกรณีที่ผู้พิมพ์ต้องการประสงค์จะซื้อเพิ่มเป็นรายฉบับ ราคาฉบับละ 150 บาท

การชำระค่าลงทะเบียนเมื่อผ่านการตรวจรูปแบบ

เมื่อผ่านการตรวจสอบรูปแบบของบทความแล้ว บรรณาธิการจะแจ้งให้ชำระค่าลงทะเบียนตีพิมพ์บทความ บทความละ 2,000 บาท ชำระค่าลงทะเบียนตีพิมพ์บทความ โดยการโอนเงินมาที่ บัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาพะเยา เลขบัญชี 512-0-69285-0 ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี (งานวารสาร)

การบอกรับวารสาร

ผู้ประสงค์จะเป็นสมาชิกวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา ต้องจ่ายปีละ 450 บาท (3 ฉบับ) หากประสงค์จะซื้อปลีกเป็นรายฉบับ ราคาฉบับละ 150 บาท สมาชิกหรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการ ได้ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

312 หมู่ 11 ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง

จังหวัดพะเยา รหัสไปรษณีย์ 56000

โทรศัพท์ 0-5443-1779 ต่อ 105,114 โทรสาร 0-5443-1889

มือถือ 06-1289-5926 E-mail : journal@bcopy.ac.th

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี

พะเยา



ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสาร

การพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะเป็นสมาชิก วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา มีกำหนด.....ปี
ตั้งแต่ ปีที่..... ฉบับที่..... ถึง
ปีที่..... ฉบับที่.....

โปรดส่งวารสารไปยัง.....ที่บ้าน
.....ที่ทำงาน

น.ส./นาง/นาย.....
.....
.....

โทร.

อัตราค่าสมัคร ปีละ 450 บาท

กำหนดออก ราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ (มกราคม - เมษายน), (พฤษภาคม - สิงหาคม), (กันยายน - ธันวาคม)

ข้าพเจ้าได้ส่ง () ตัวแลกเงินไปรษณีย์ () ธนาณัติ สั่งจ่าย ปณจ.พะเยา
() เงินสด () ดราฟธนาคาร.....

จำนวน.....บาท (.....) มาพร้อมนี้

กรุณาออกใบเสร็จรับเงินในนาม.....

พะเยา

หมายเหตุ : ธนาณัติสั่งจ่ายไปรษณีย์พะเยา ในนาม ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ลงชื่อ.....

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ :

การชำระเงินให้ชำระโดยตรงกับ

บรรณาธิการ วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ที่อยู่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

312 หมู่ 11 อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา 56000