



วารสารสภาการพยาบาล THAI JOURNAL OF NURSING COUNCIL

กองบรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล
ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์
ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์
ศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร จิรวินท์กุล
ศาสตราจารย์ ดร.รุจา ภูไพบูลย์
ศาสตราจารย์ ดร.วิภาดา คุณนาวิกติกุล

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรองกาญจน์ ศิริภักดี

กองบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมชื่น สมประเสริฐ
รองศาสตราจารย์ ดร.มณี อาภานันท์กุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรุณยุพา รอยกุลเจริญ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทิพา ส่องศิริ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรียกมล รัชกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลยา ธรรมพานิชวัฒน์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์
พันโทหญิง ดร.วาสนา นัยพัฒน์
ดร.รัชนี้ นามจันทรา

เจ้าของ

สภาการพยาบาล

ผู้พิมพ์ – ผู้โฆษณา

รองศาสตราจารย์เพ็ญศรี ระเบียบ

พิมพ์ที่

บริษัท จุฑาทอง จำกัด

โทร 0-2931-7095-6 โทรสาร 0-2538-9909

สำนักงาน : สภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อาคารนครินทร์ศรี
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง
จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ (02) 951-0145-51
โทรสาร (02) 589-7121

วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่บทความวิชาการและผลงานวิจัยทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์
2. เป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการสำหรับสมาชิกสภาการพยาบาล
3. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการ

กำหนดออกวารสารสภาการพยาบาล: ราย 3 เดือน
(ปีละ 4 ฉบับ)

มกราคม-มีนาคม
เมษายน-มิถุนายน
กรกฎาคม-กันยายน
ตุลาคม-ธันวาคม

อัตราค่าสมาชิก

ในประเทศ 1 ปี 220 บาท
3 ปี 600 บาท

สารบัญ
ปีที่ 26 ฉบับพิเศษ 2554

บทความวิชาการ

นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุผ่านระบบบริการทางไกล	5
บุรพา พันธสวัสดิ์ สิริกาญจน์ เชิดชู อธิปัตย์ จันทร์เกษ ปรารอนา ปุณณกิตติเกษม พงศ์พัฒน์ ตั้งคะประเสริฐ ตรีศ เหล่าศิริหงษ์ทอง	

การสอนวิชาการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ฐานคิดการสร้างพลังอำนาจ	17
นิตย์ ทศนิยม	

รายงานการวิจัย

กระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อการพัฒนาต้นทุนชีวิต เด็กและเยาวชน	30
นัยนา หนูนิล สายฝน เอกวรารุง	

การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนเพื่อผลิตนิตเป็นผู้นำ ในการสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	44
สมสิริ รุ่งอมรรัตน์ จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ ยุวดี วิทย์พันธ์ สุภาภักดิ์ เกตราสุวรรณ อุบลวนา ขวัญบุญจันทร์	

การพัฒนาศักยภาพผู้นำในการสร้างเสริมกระบวนการพัฒนา สุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชน	59
ดวงฤดี ลาสุชะ ทศพร คำผลศิริ กนกพร สุคำวัง โรจน์ จินตนาวัฒน์	

การพัฒนาศักยภาพสตรีแกนนำในการส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์	70
พรรณพิไล ศรีอารณณ์ มัลลิกา พรหมโชติ	

พฤติกรรมสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ ของวัยรุ่นเรื้อรัง	81
ภาวนา บุญมุสิก ปรีญกมล รัชชกุล ศิริพร ชัมภลชิต	

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะ	95
เยาวเรศ สมทรัพย์ โสเพญ ชูนวน ธารงรัตน์ หาญประเสริฐพงษ์ ฝนทอง องค์พลาญพัฒน์	

รูปแบบการดูแลต่อเนื่องในเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	112
ทัศนีย์ อรรถารส จุไร อภัยจิรรัตน์	

ผลของกลุ่มจิตสัมพันธ์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิต ของผู้เรียนนักศึกษาพยาบาล	126
วรรณดา คงสุริยานาวิน เสาวลักษณ์ จีระธรรมคุณ	

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ ของผู้สูงอายุโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	140
วิราพรรณ วิโรจนรัตน์ วินัส ลิ้มพุก พัสมณท์ คุ่มทวีพร วัฒนา พันธุ์ศักดิ์	

Content
Vol. 26 Special Issue 2011

Guest editorial

Innovative Telecare System for the Elderly	5
Boorapa Punsawad Sirikarn cherdchoo Atipat Jungate Prattana Punnakitikashem Pongpat Tungkaprasert Tritos Laosirihongthong	
Teaching Health Promotion Based on the Empowerment Concept	17
Nit Tassaniyom	

Research reports

Public Policy Process for the Improvement of Children's and Youths' Life's Assets	30
Naiyana Noonil Saifon Aekwarangkoon	

Srinakharinwirot University Faculty of Nursing's Development of Teaching and Learning Methods to Train Students to be Health Promotion Leaders	44
Somsiri Rungamornrat Juntima Rerkluenrit Yuwadee Wittayapun Supapak Phetrasuwan Ubonwanna Keuboonchan	

Development of Leader's Potential in Holistic Health Promotion Process of Aging in Community	59
Duangrudee Lasuka Totsaporn Khampolsiri Khanokporn Sucamvang Rojanee Chintanawat	

Competency Development of Women Leaders for Promoting Health in Women of Reproductive Age	70
Punpilai Sriareporn Mulliga Prommachote	

Health Behaviors and Health Care Needs of Adolescent Street Children	81
Pawana Bunmuksik Pregamol Ruchanagul Siriporn Kumhalikit	

Developing a Health Promotion Model for Pregnancy Women by Using Yoga	95
Yaowares Somsap Sopen Chunuan Tharangrat Hanprasertpong Fonthong Ongplanupat	

Model of Continuing Care for Chronically Ill Children	112
Tassanee Attharos Churai Arpaichiratanana	

Effects of the Encounter Group on Mental Health Promotion in Nursing Student Leaders	126
Wanna Kongsuriyanavin Saovaluck Jirathummakoon	

Health Promoting Behaviors and Health Risks of the Elderly in the Health Promotion Center at Faculty of Nursing, Mahidol University	140
Virapun Wirojratana Venus Leelahakul Patsamon Khumtaveeporn Wattana Punsakd	

สารจากบรรณาธิการ

วารสารที่อยู่ในมือของท่านฉบับนี้เป็นฉบับพิเศษ (ฉบับสร้างเสริมสุขภาพ) จากการที่วารสารสภาการพยาบาลได้รับการสนับสนุนจากแผนงานเครือข่ายพยาบาลศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (พย.สสส.) ในการตีพิมพ์และเผยแพร่บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรมและองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรในวิชาชีพและที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแหล่งในการศึกษาค้นคว้าสำหรับนักวิชาการทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานทั้งในชุมชนและในโรงพยาบาลทุกระดับ นักศึกษาพยาบาลและผู้ที่มีความสนใจและที่มีความสำคัญยิ่ง คือ เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงความก้าวหน้าของการวิจัยทางการพยาบาล และการพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรมและการสร้างเสริมสุขภาพของวิชาชีพการพยาบาลสู่สายตาของสาธารณชน

นับตั้งแต่บรรณาธิการฯได้ประชาสัมพันธ์และเชิญชวนให้สมาชิกในวิชาชีพส่งบทความและงานวิจัยเกี่ยวกับนวัตกรรมและการสร้างเสริมสุขภาพทางการพยาบาลมาตีพิมพ์ในวารสารสภาการพยาบาล ก็ได้รับการตอบรับอย่างดีเยี่ยมซึ่งมีทั้งบทความและงานวิจัยล้วนทรงคุณค่าและน่าภาคภูมิใจในวิชาชีพของเราที่บ่งบอกถึงความก้าวหน้าขององค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่มีความหลากหลายทั้งด้านหลักสูตรการจัดการเรียนการสอน การพัฒนานวัตกรรมและการพยาบาลใหม่ๆในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในกลุ่มต่างๆ กันทางกองบรรณาธิการขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความสนใจส่งผลงานเข้ามามากมายและขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาสละเวลาในการประเมิน ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อผู้เขียนในการปรับปรุงผลงานของแต่ละท่านให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

ขอขอบคุณแผนงานพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (พย.สสส.) ที่เล็งเห็นความสำคัญของการสนับสนุนให้ผลงานของบุคคลในวิชาชีพได้ถ่ายทอดออกมาสู่สายตาของสาธารณชนซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการประยุกต์สู่การจัดการศึกษาพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสุขภาพของประชาชนคนไทยและเป็นหลักฐานในการต่อยอดองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพต่อไป

รศ. ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา

บรรณาธิการ

นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุผ่านระบบบริการทางไกล

บุรพา พันธสวัสดิ์* สิริกาญจน์ เขิดชู* อธิปัติย์ จันทร์เกษ* BS

ปรารธนา ปุณณกิติเกษม** Ph.D

พงศ์พัฒน์ ตั้งคะประเสริฐ*** M.Eng

ตรีทศ เหล่าศิริทงษ์ทอง***Ph.D

บทคัดย่อ : บทความฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะอธิบายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุผ่านระบบบริการทางไกล ซึ่งเป็นหนึ่งในนวัตกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่กลุ่มประเทศพัฒนาแล้วเลือกใช้ ผลการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพทางไกล ปรากฏว่า ระบบดังกล่าวช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ แต่ในอีกมุมมองหนึ่งพบว่า มีอุปสรรคที่เกิดจากการนำไปใช้ ทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและผู้สูงอายุ ดังนั้นก่อนนำระบบการดูแลสุขภาพทางไกลมาประยุกต์ใช้ ต้องคำนึงถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายเพื่อลดอุปสรรคดังกล่าว

วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26 (ฉบับพิเศษ) 5-16

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพทางไกล ผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพ นวัตกรรม

*วิทยาลัยนวัตกรรมการบริหารมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

**วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล

***คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทนำ

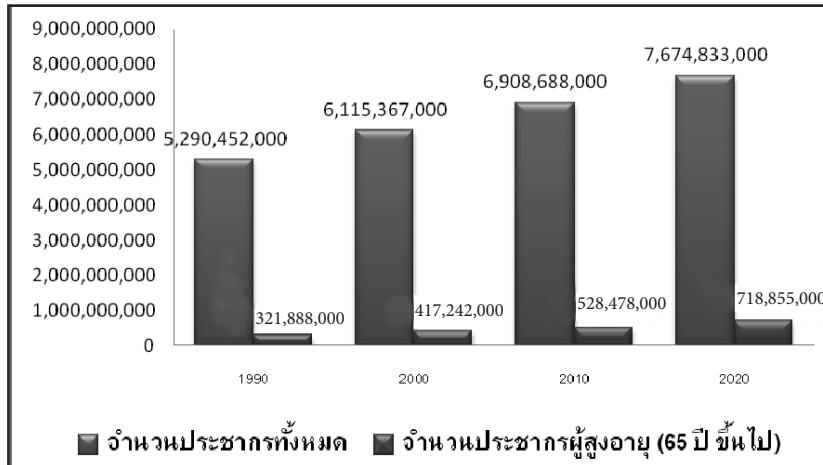
ในขณะที่โลกกำลังเข้าสู่ยุคดิจิทัล นวัตกรรมและเทคโนโลยีไม่ได้มีส่วนเพียงแค่เพิ่มความสะดวกสบายให้แก่ชีวิตมนุษย์เท่านั้น แต่วิวัฒนาการทางการแพทย์และเทคโนโลยียังช่วยให้มนุษย์มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น เช่น การค้นพบยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคซึ่งเคยคร่าชีวิตผู้คนในอดีต แต่สิ่งที่ตามมาคือ ภาครัฐต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น จากผลกระทบดังกล่าวทำให้เกิดการพัฒนา นวัตกรรม การให้บริการด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุผ่านระบบบริการทางไกล (telecare) ซึ่งเป็นหนึ่งในนวัตกรรมด้านการดูแลสุขภาพที่กำลังได้รับความสนใจ นอกเหนือจากการรักษาผ่านทางไกล (telemedicine) และระบบแพทย์ทางไกล (telehealth) อันจะช่วยลดค่าใช้จ่ายทั้งในส่วนของผู้สูงอายุ เช่น ค่ารักษาพยาบาล และในส่วนของรัฐบาล เช่น การขยายหรือการสร้างโรงพยาบาลที่สำคัญจะนำไปสู่การป้องกันหรือส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้มากขึ้น แต่เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุผ่านระบบทางไกลเป็นนวัตกรรมและยังอยู่ในช่วงทดลองใช้ในหลายประเทศ บทความนี้จะจึงมุ่งเน้นที่จะอธิบายถึง นวัตกรรมดังกล่าว และวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการนำระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะไกลมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย

อายุขัยของประชากร

การพัฒนาทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดยเฉพาะสาขาการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ขณะที่อัตราการเกิดลดลง ส่งผลให้สัดส่วนของผู้สูงอายุโดยรวมมากขึ้น โดยในปี ค.ศ. 2009 โลกมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 7.6

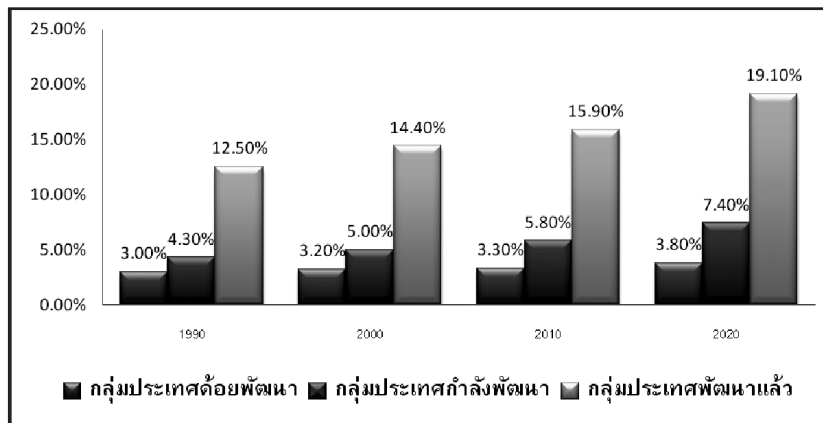
ของจำนวนประชากรทั้งหมด¹ หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 60.37 เมื่อเทียบกับปี ค.ศ. 1990² และองค์การสหประชาชาติได้คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 จะมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 713,855,000 คน โดยอัตราส่วนที่เพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 121.77 เมื่อเทียบกับปี ค.ศ. 1990² (ดังแผนภูมิที่ 1) โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วมากที่สุด ส่วนกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาและกลุ่มประเทศด้อยพัฒนาจะมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุน้อยลงตามลำดับ (ดังรูปที่ 2) สำหรับประเทศไทยนั้น เริ่มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society: มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกินร้อยละ 10 หรืออายุ 65 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ³) ในปีพ.ศ. 2547 และคาดว่าจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society: มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกินร้อยละ 20 และอายุ 65 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ³) ในปี พ.ศ. 2567 และจะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี พ.ศ. 2573 ประชากรวัยสูงอายุ จะมีสัดส่วนเพิ่มเป็นร้อยละ 25.12⁴

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยเป็นสัญญาณที่หน่วยงานภาครัฐและส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องมีการวางแผนรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ซึ่งแผนรองรับดังกล่าวต้องสอดคล้องกับการดำรงชีวิตในภาพรวมของผู้สูงอายุ อาทิ ระบบบริการสุขภาพ บริการสาธารณะ ความปลอดภัย และสวัสดิการสังคม ซึ่งระบบการดูแลสุขภาพระยะไกล (telecare system) อาจเป็นหนึ่งในเทคโนโลยีทางเลือกที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546⁵ คือ การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม⁶



แผนภูมิที่ 1: จำนวนประชากรโลกทั้งหมดเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุ (ปี ค.ศ. 1990 - 2020)

ที่มา : United Nations: Department of Economic and Social Affairs Population Division, ปรับปรุงล่าสุดเมื่อ 11 มีนาคม 2552 (<http://esa.un.org/unpp/>)



แผนภูมิที่ 2: อัตราส่วนของจำนวนประชากรผู้สูงอายุแบ่งตามกลุ่มประเทศ (ปี ค.ศ. 1990 - 2020)

ที่มา : United Nations: Department of Economic and Social Affairs Population Division, ปรับปรุงล่าสุดเมื่อ 11 มีนาคม 2552 (<http://esa.un.org/unpp/>)

ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า โลกกำลังเผชิญกับสถานการณ์การเพิ่มสูงขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุ สิ่งที่มาคือ การแบกรับภาระค่าใช้จ่าย

ในการดูแลและค่ารักษาพยาบาลที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ของภาครัฐ ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการคาดการณ์ค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึง 2.5 เท่าในระหว่างปี ค.ศ. 2000 ถึงปี ค.ศ. 2040

และอาจเพิ่มขึ้นถึง 4 เท่าในระหว่างปี ค.ศ. 2000 ถึงปี ค.ศ. 2050 หรือประมาณ 12.2 ล้านล้านบาท⁷ นับเป็นการค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งทำให้รัฐบาลต้องหันมาให้ความสนใจกับค่าใช้จ่ายเหล่านี้ เช่นเดียวกับประเทศออสเตรเลีย ที่คาดการณ์การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรที่มีอายุมากกว่า 70 ปี โดยเปรียบเทียบกับประชากรทั้งหมดว่าจะมีการเพิ่มขึ้น 3.3 เท่าในอีก 20 ปีข้างหน้าหรือ ร้อยละ 9 จากจำนวนประชากรทั้งหมดของประเทศ แต่กลับพบว่าจำนวนผู้ป่วยสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 42 ของจำนวนผู้ป่วยของโรงพยาบาลในแต่ละวันโดยภายใน 10 ปีข้างหน้ารัฐบาลออสเตรเลียอาจต้องใช้จ่ายมากถึง 80.2 พันล้านบาทในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ⁸ ด้วยภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้นดังกล่าวทำให้หลายประเทศพยายามพัฒนา แนวคิดและนวัตกรรม การให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุเพื่อสร้างการดูแลที่แตกต่างและช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ⁹ ซึ่งเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่นำมาใช้นั้นมีหลายประเภท และมีคุณสมบัติที่แตกต่างกันไป ขึ้นกับความเหมาะสมในการใช้งานและปัจจัยทางด้านการเงิน

การดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกล

การดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกล คือการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (information and communication technology: ICT) เพื่ออำนวยความสะดวกในการให้บริการสุขภาพและการดูแลด้านสังคม (social care) โดยการติดตั้งอุปกรณ์ที่สามารถส่งสัญญาณเตือนไว้รอบบ้านของผู้ได้รับการดูแล เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และผู้ที่อยู่ห่างไกลจากผู้ดูแล¹⁰ ซึ่งอุปกรณ์ดังกล่าวจะเชื่อมต่อกับศูนย์ให้บริการเพื่อส่งข้อมูลหรือสัญญาณเสียงไปยังศูนย์กลาง โดยผู้ได้รับการดูแลสามารถดำรงชีวิต

ได้ตามปกติ¹⁰ ซึ่งอุปกรณ์ที่ติดตั้งภายในบ้านมีหลายรูปแบบ เช่น อุปกรณ์ตรวจวัดอุณหภูมิ เตียงนอนที่มีอุปกรณ์ตรวจวัดชีพจร อุปกรณ์ตรวจเลือด อุปกรณ์วัดความดันโลหิต อุปกรณ์ส่งสัญญาณเตือน อุปกรณ์ที่ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลประวัติผู้ป่วยและข้อมูลสุขภาพ^{11, 12, 13} เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ยังมีความเข้าใจว่า การรักษาผ่านทางไกล (telemedicine) กับการดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกล (telecare) เป็นระบบเดียวกันความจริงแล้ว การรักษาผ่านทางไกล คือการให้บริการทางการแพทย์ทางไกลผ่านข้อมูลภาพและเสียง ซึ่งจะมีเรื่องของการตรวจสอบ การวินิจฉัย และการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้านได้อย่างถูกต้องและทันทั่วถึง เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลรวมถึงเน้นด้านการป้องกันการเจ็บป่วย เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลง¹⁴ เช่น การตรวจด้วยเครื่องวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiographs) หรือ เครื่องตรวจสมรรถภาพของปอด (spirometry) หรือ ระบบการจัดการก่อนมาโรงพยาบาล (pre-hospital management system) ผู้ที่อยู่ในโรงพยาบาลจะส่งข้อมูลของผู้ป่วย เช่น รูปจากการสแกน หรือ อาการผิดปกติต่างๆ ให้กับแพทย์เพื่อวินิจฉัยและเตรียมการก่อนที่ผู้ป่วยจะถึงมือแพทย์ในระหว่างนี้ แพทย์สามารถสนทนากับผู้ป่วยหรือผู้ที่อยู่ในโรงพยาบาลผ่านระบบออนไลน์ได้เช่นกัน¹⁵ ในขณะที่การดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกลเป็นเพียงการเฝ้าระวังหรือติดตามดูแลผู้ป่วยที่ไม่ต้องอยู่โรงพยาบาลเท่านั้น⁶

ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกล

การดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกล เป็นนวัตกรรมอย่างหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของ

ผู้สูงอายุที่บ้านซึ่งให้ประโยชน์ทั้งในส่วนของผู้สูงอายุ และภาครัฐบาล อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย

ด้านค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุ เมื่อมีการนำระบบ การดูแลผ่านทางไกลมาใช้ จะช่วยลดค่าใช้จ่ายที่ เกิดจากการจ้างผู้ดูแล การเดินทางไปโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาล ในส่วนของภาครัฐนั้น จำนวน ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง โรงพยาบาลจึงมีจำนวนเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้ความต้องการในการขยายหรือสร้างโรงพยาบาล หรือบ้านพักคนชราลดน้อยลง^{16, 17}

ในด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้น ผู้สูงอายุ สามารถบริหารจัดการสุขภาพของตนเองได้ ถ้าเกิด เหตุการณ์ไม่ปกติก็สามารถหาทางแก้ไขก่อนที่จะ ไปพบแพทย์ นอกจากนี้แพทย์ยังสามารถตรวจสุขภาพ ของผู้สูงอายุได้ทุกวันผ่านระบบ ทำให้แพทย์สามารถ วินิจฉัยอาการได้ทันที่ อีกทั้งเครื่องมือบางชนิด สามารถประเมินปัญหาสุขภาพที่อาจนำไปสู่โรค ต่างๆ ได้ ซึ่งนำไปสู่การป้องกันการเจ็บป่วยต่างๆ ได้ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุจะรับรู้สภาวะร่างกายของตนเอง อยู่ตลอด ทำให้ลดความเครียดความกลัวถึงแม้จะ อยู่คนเดียวก็ตาม^{16, 17}

จากประโยชน์และศักยภาพในการจัดการและ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้หลาย ประเทศให้ความสนใจต่อนวัตกรรมนี้ ดังจะเห็นได้ จากรัฐบาลประเทศอังกฤษมีเป้าหมายที่จะเป็นผู้นำ ทางด้านการบริการด้านสุขภาพภายในปี ค.ศ. 2010 โดยใช้นวัตกรรมการดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกล⁸ อย่างไรก็ตาม มีหลายปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและอาจ ทำให้การดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกลไม่เกิด ประสิทธิภาพสูงสุดได้

อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการนำนวัตกรรม การดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกลมาใช้

เนื่องจากการดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกล เป็นการบูรณาการนวัตกรรมด้านเทคโนโลยี และ นวัตกรรมด้านองค์กร ในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน รวมถึงมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายด้าน ทั้งด้าน การบริการ ด้านสุขภาพ และด้านบริการสังคม ทำให้ เกิดความซับซ้อนของโครงสร้างระบบและการนำระบบ ไปใช้ ซึ่งหากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในแต่ละฝ่ายไม่เข้าใจ ในกระบวนการทำงานทั้งหมด หรือมีการตกลงด้าน ผลประโยชน์ไม่ลงตัว อาจมีผลให้เกิดอุปสรรคต่อ การนำไปใช้งานได้¹⁸ สำหรับอุปสรรคสำคัญที่เกิดขึ้น จากการดูแลสุขภาพผ่านทางไกลในส่วนของผู้ให้บริการ สุขภาพ¹⁰ มี 5 ปัจจัย คือ

1. บริบท และ วัฒนธรรม ขององค์กร (Organizational context and cultures) โดยเฉพาะ ระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารของผู้ถือหุ้น และความเสถียรของระบบการบริหาร รวมถึงความ พร้อมของแผนงาน พนักงาน และการนำเสนอระบบ บริหารที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ ในการนำนวัตกรรมเทคโนโลยีด้านการแพทย์ไปใช้ ให้ประสบความสำเร็จมากกว่าความสามารถทางด้าน เทคนิค

2. ความจำเป็นและความต้องการของผู้ใช้ บริการ (User needs and demand) เป็นอุปสรรค ที่สำคัญต่อการนำการดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกล มาใช้งานคือ ไม่สามารถเข้าถึงความต้องการของ ผู้ใช้บริการได้ เนื่องจากผู้ผลิตส่วนใหญ่ให้ความสำคัญ กับเทคโนโลยีมากกว่าความต้องการของผู้ใช้บริการ

ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างความต้องการระบบการดูแล
สุขภาพผ่านทางไกล และการพัฒนาระบบการดูแล
สุขภาพผ่านระบบทางไกล

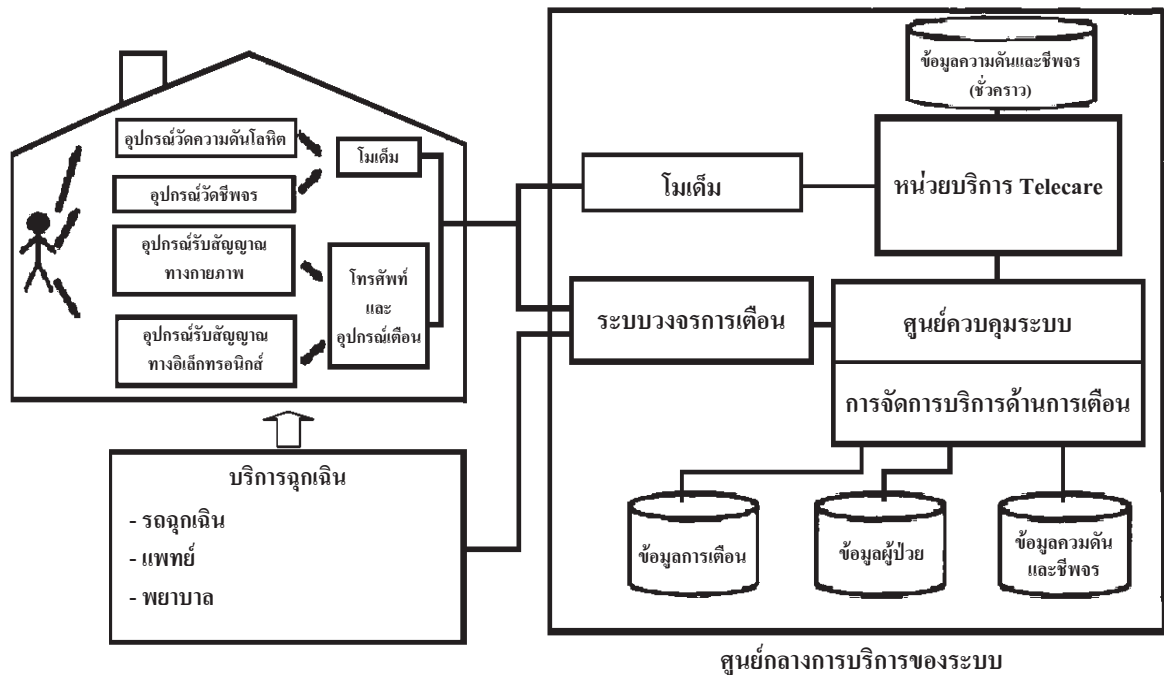
3. ความซับซ้อนของระบบ (Project complexity) มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ใช้บริการ
ความซับซ้อนของระบบจะขึ้นกับความแตกต่างของ
กลุ่มผู้ใช้บริการหรือภาวะสุขภาพและจำนวนของ
ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ถ้าผู้ใช้บริการมีส่วนเกี่ยวข้องกับ
ระบบมากเท่าไร ระบบต้องมีการผสมผสานกับการ
ให้บริการมากเท่านั้น เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถใช้บริการ
ได้ทั้งระบบ

4. กรอบของท้องถิ่นที่มีส่วนช่วยในการ
สนับสนุน (The local framework for support)
ลักษณะทางสังคมมีผลต่อการปรับใช้การดูแลสุขภาพ
ผ่านระบบทางไกล ซึ่งการดูแลสุขภาพผ่านระบบ
ทางไกลจำเป็นต้องใช้ข้อกำหนดหรือข้อตกลงใน
การสื่อสารระหว่างคอมพิวเตอร์ (protocol) และ
โครงสร้างต่างๆ ที่เกิดจากการตกลงร่วมกัน รวมทั้ง
ต้องมีกระบวนการที่เหมาะสมไม่ว่าจะเป็นการเสาะหา
เทคโนโลยีและการจัดการทางด้านสังคม นอกจากนี้
สังคมยังขาดความรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพ
ผ่านระบบทางไกล

5. แนวโน้มประสิทธิภาพเชิงประจักษ์ (Evidence
of potential effectiveness) เป็นการแสดงให้เห็น
ถึงผลในเชิงบวกที่เกิดจากการทดลองโครงการ ซึ่งมี
ส่วนสำคัญอย่างมากสำหรับระบบสุขภาพ โดยระบบ
สุขภาพจะให้ความสำคัญกับมาตรฐานที่สูงและมี
ประสิทธิภาพก่อนนำนวัตกรรมไปใช้ แต่โดยส่วนใหญ่
การศึกษาระบบการดูแลสุขภาพระยะไกลจะเน้นใน
เรื่องค่าใช้จ่าย สถานที่ และระดับความพอใจของ
ผู้ใช้บริการมากกว่าจะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพ
ของการดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกล

ขั้นตอนการประยุกต์ใช้การดูแลสุขภาพ ระยะไกล

จากการที่นวัตกรรมการดูแลสุขภาพผ่าน
ระบบทางไกล มีบทบาทในการลดค่าใช้จ่ายระยะยาว
ของผู้สูงอายุ ทำให้ประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ
นำนวัตกรรมนี้มาใช้ แต่ด้วยความที่เป็นนวัตกรรมใหม่
ที่ยังไม่เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลายต่อบุคคลทั่วไป
ประเทศที่จะนำนวัตกรรมการดูแลสุขภาพผ่านระบบ
ทางไกลไปใช้ จึงต้องมีการปรับปรุงอุปกรณ์หรือระบบ
ให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศนั้นๆ ตัวอย่าง
เช่น โครงการ EPIC (European Prototype for Integrated
Care) ได้แบ่งการนำการดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกล
ออกเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกคือ การติดตั้งอุปกรณ์
ส่งสัญญาณเตือนภัย อุปกรณ์และข้อมูลทางการแพทย์
ภายในบ้านของผู้สูงอายุ ส่วนที่สองคือการติดตั้งอุปกรณ์
ที่ศูนย์กลางของระบบ (Home Telecare Service Center:
HTSC) โดยอุปกรณ์หลักของระบบจะประกอบด้วย
การจัดการด้านการเตือนภัย และระบบการตรวจสอบ
ติดตามผู้ได้รับการดูแล ซึ่งระบบสามารถบันทึกข้อมูล
สุขภาพและสามารถศึกษาข้อมูลเพื่อเตรียมการจัดหา
อุปกรณ์ที่เหมาะสมแก่สถานการณ์ของผู้สูงอายุ
และมีการติดตั้งสัญญาณเตือนเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน
หรือความผิดปกติเกิดขึ้นภายในบ้านของผู้สูงอายุ
นอกจากนั้นสัญญาณจะถูกส่งไปที่ศูนย์กลางของ
ระบบทันทีเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติเกิดขึ้น
ภายในบ้าน เช่น ไฟไหม้ มีผู้บุกรุก ระดับความดันโลหิต
สูงผิดปกติ หรือผู้สูงอายุหกล้ม ในกรณีที่ไม่มีอันตราย
เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ แต่ข้อมูลสุขภาพประจำวันมีค่า
เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่ดี เช่น เมื่อระดับความดัน
โลหิตสูงกว่าปกติ ค่าของน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ
ศูนย์จะส่งสัญญาณกลับไปยังผู้สูงอายุในรูปแบบของ
ข้อความ (SMS) เพื่อเป็นการแจ้งข้อมูล¹⁹ (ดังรูปที่ 3)



รูปที่ 3: ระบบการดูแลสุขภาพระยะไกลของโครงการ EPIC

ที่มา: Rodriguez et al.¹⁹

กรณีศึกษาการดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกลของประเทศต่าง ๆ

ประเทศโปรตุเกส²⁰

ประเทศโปรตุเกส แบ่งการดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกลออกเป็น 3 ส่วน ส่วนแรกเป็นการติดตามที่บ้านของผู้สูงอายุ (local monitoring) ประกอบไปด้วย เซ็นเซอร์ที่ติดกับตัวผู้สูงอายุ เพื่อส่งข้อมูลต่าง ๆ ที่ถูกนำเข้ารหัสเพื่อความปลอดภัย ไปยังส่วนที่สองผ่านเครือข่ายไร้สาย นอกจากนี้ยังประกอบ

ด้วย กล้อง อุปกรณ์หน้าจอสัมผัส และ ไมโครโฟน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถติดต่อกับส่วนที่สามได้ ส่วนที่สองเรียกว่า ศูนย์ควบคุม (control center) ทำหน้าที่รับข้อมูลจากส่วนแรกมาเปรียบเทียบกับฐานข้อมูลเดิมของผู้สูงอายุ เพื่อตรวจสอบความผิดปกติและแจ้งให้กับครอบครัวของผู้สูงอายุ และส่วนที่สามเป็นห้องสนทนาการเสมือนจริง (virtual leisure room) ที่ใช้สำหรับสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันเอง โดยมีกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน เช่น การฟังเพลง เล่นเกมส การเรียน เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกโดดเดี่ยว

และมีการเคลื่อนไหวช้า อีกทั้งยังใช้เป็นช่องทางในการสอบถามปัญหาที่ไม่ต้องการเปิดเผยของผู้สูงอายุไปยังแพทย์ พยาบาล หรือ บุคลากรทางการแพทย์

ประเทศอังกฤษ²¹

ประเทศอังกฤษ ได้นำการดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกลไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาและกลับไปพักที่บ้าน โดยอุปกรณ์ที่ติดตั้งคือ เซ็นเซอร์ตรวจกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่าระบบสามารถช่วยบันทึกและตรวจสอบรูปแบบการดำเนินชีวิต ระยะเวลาการนอน ช่วงเวลาการตื่นนอน ความถี่ในการใช้ห้องน้ำของผู้สูงอายุ ทำให้สามารถวิเคราะห์ความผิดปกติและติดตามระดับการฟื้นตัวของสุขภาพผู้สูงอายุได้

ประเทศสิงคโปร์²³

ประเทศสิงคโปร์ได้นำการดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกลมาใช้ภายในประเทศเป็นระยะเวลาหนึ่ง จึงมีการศึกษาในกลุ่มวัยกลางคนที่มีโอกาสจะนำระบบนี้มาใช้ในอนาคต เพื่อสำรวจความต้องการของเทคโนโลยี ข้อมูลและการใช้อุปกรณ์ต่างๆ เช่น เติ่งอัจฉริยะ อุปกรณ์ตรวจวัดความดันโลหิต อุปกรณ์ตรวจวัดสัญญาณชีพจร และอุปกรณ์ที่บันทึกข้อมูลทั่วไป โดยผู้ตอบแบบสอบถามให้การยอมรับอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมากกว่าอุปกรณ์บันทึกข้อมูล แต่ยังคงมีความกังวลในเรื่องความปลอดภัย เช่น เติ่งนอนที่ติดอุปกรณ์เซ็นเซอร์และสายไฟต่างๆ ไว้ จะมีความปลอดภัยมากน้อยเพียงใด และจะขัดกับการดำเนินชีวิตประจำวันหรือไม่

ประเทศไต้หวัน²²

ประเทศไต้หวันได้ศึกษาผู้สูงอายุที่นำการดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกลไปใช้ที่บ้านพบว่า อุปกรณ์ต่าง ๆ ไม่รบกวนกิจวัตรประจำวัน อีกทั้ง

ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้และมีความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพของตนเองจากระบบที่ได้บันทึกไว้ นอกจากนี้ยังพบว่า มีมิติ 3 ด้านที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด คือ

มิติด้านการบริการ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นั้นมีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพเป็นอย่างมาก ผู้สูงอายุต้องการบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับอาการป่วยหรือสุขภาพของตนเองได้ตลอดเวลา ดังนั้นอุปกรณ์การดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกลจึงต้องสามารถตอบโต้และให้ความรู้ในเบื้องต้นเกี่ยวกับการพยาบาลได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการใช้บริการ

มิติด้านการส่งสัญญาณ สัญญาณที่นำส่งข้อมูลต้องมีความรวดเร็ว ถูกต้อง แม่นยำ มีความปลอดภัย เมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน ศูนย์กลางของระบบหรือโรงพยาบาลจะต้องได้รับสัญญาณและมาถึงที่เกิดเหตุได้ทันเวลา

มิติด้านเนื้อหาสาระ เป็นเรื่องของการผสมผสานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่คล้ายคลึงกับการดูแลของพยาบาล ที่สามารถแยกแยะสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ผู้สูงอายุจึงต้องการให้การดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกลนั้นมีความแม่นยำและมีมาตรฐานเดียวกันกับอุปกรณ์ที่ใช้ในโรงพยาบาล

ทัศนคติของผู้ใช้บริการต่อการการดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกล

ความเชื่อ ทัศนคติ ความสนใจ และพฤติกรรมของผู้ใช้บริการ เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงการยอมรับนวัตกรรมและเทคโนโลยีต่างๆ ซึ่งทัศนคติของผู้ใช้บริการที่เป็นเป้าหมายหลักคือผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการดูแล

สุขภาพผ่านระบบทางไกล สามารถสรุปเป็นได้เป็น 5 กลุ่ม^{14, 16} คือ

1. รูปแบบของเทคโนโลยี (Technology design) เนื่องจากการดูแลสุขภาพผ่านทางไกลเป็นระบบคอมพิวเตอร์ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลว่า เทคโนโลยีเหล่านั้นสามารถตอบสนองและอำนวยความสะดวกต่อวิถีชีวิตของตนได้อย่างไร จะมั่นใจได้อย่างไรว่าระบบสามารถปฏิบัติงานได้จริงเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน หรือจะรู้ได้อย่างไรว่าจะต้องกดปุ่มไหน เนื่องจากไม่มีความรู้ด้านคอมพิวเตอร์

2. มุมมองด้านจริยธรรม (Ethical considerations) การเฝ้าสังเกตผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมง เป็นสิ่งที่ทำให้มั่นใจได้ว่าผู้สูงอายุมีความปลอดภัย แต่ประเด็นด้านจริยธรรมที่ตามมาคือ เรื่องความเป็นส่วนตัว และการหาผลประโยชน์จากข้อมูลที่เป็นกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

3. การรับรู้ของผู้ใช้บริการ (User perception) ส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าการดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกลถูกออกแบบมาเพื่อใช้กับคนที่มีอายุมาก (ไม่ใช่คนหนุ่มสาว) หรือผู้สูงอายุที่รักสุขภาพ ซึ่งความเข้าใจนี้เป็นอุปสรรคอย่างมากต่อการนำเอาระบบนี้มาใช้งาน เพราะผู้ใช้เชื่อว่าจะถูกมองว่าเป็นคนที่มีอายุมากและมีความอ่อนแอ จึงคิดว่าการดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกลเป็นตัวแทนของความอ่อนแอมากกว่าที่จะเป็นสิ่งที่ช่วยในการดูแลสุขภาพ

4. บทบาทและหน้าที่ของการตลาดและนโยบายของรัฐบาล (Role of markets & policy) รัฐบาลในหลายประเทศไม่ให้ความสำคัญในการสนับสนุนด้านการดูแลผู้สูงอายุมากนัก จึงอาจทำให้มีอุปสรรคในการนำระบบนี้ไปใช้ และอุปสรรคที่สำคัญคือการคุ้มครองผู้ใช้บริการเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพ

ผ่านระบบทางไกลที่มีความเท่าเทียมกันระหว่างผู้ที่มียารักษาและผู้ที่ไม่มียารักษา

5. การตระหนักถึงสิ่งที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการของการดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกล (concern associated with using telecare service system) ผู้สูงอายุมีความกังวลถึงจำนวนของผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพว่าจะมีจำนวนไม่เพียงพอหรือกังวลว่าแพทย์จะมีเวลาไม่เพียงพอที่จะมาจัดการกับระบบหรือการให้คำปรึกษา อีกทั้งผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่าการที่ได้พบแพทย์โดยตรง จะช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยปัญหาได้ง่ายขึ้น อีกประการหนึ่งผู้สูงอายุมีความกังวลว่าระบบหรืออุปกรณ์มีความน่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใด ถ้าเครื่องมือทำงานไม่ถูกต้องผู้สูงอายุจะทราบได้อย่างไร และในเรื่องของการบำรุงรักษาระบบ ผู้สูงอายุมองว่าระบบหรือเครื่องมือจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความแน่ใจว่าระบบนั้นจะทำงานได้ถูกต้องและสมบูรณ์ โดยจะเกิดคำถามว่าใครควรเป็นผู้รับผิดชอบในเรื่องนี้

ความเป็นไปได้ในการนำการดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกลมาใช้ในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทย การนำนวัตกรรมด้านการดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกลมาใช้เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าอาจมีอุปสรรคหลายประการที่ทำให้ยังไม่สามารถนำนวัตกรรมนี้มาปรับใช้ได้ในปัจจุบัน เนื่องด้วยโครงสร้างพื้นฐานที่ยังไม่เพียงพอ เช่น การขาดแคลนบุคลากรทางด้านสุขภาพและนักวิทยาศาสตร์ไม่มีการสนับสนุนด้านงบประมาณจากรัฐบาล และการขาดแคลนเทคโนโลยีที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อีกทั้งด้านนโยบายยังไม่มี

การตระหนักถึงเรื่องการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (long term care) และการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (home health care) ประกอบกับวัฒนธรรมของไทยมีวิถีชีวิตให้ลูกหลานดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งแตกต่างจากประเทศที่พัฒนาแล้วที่เป็นหน้าที่ของรัฐบาลในการดูแลผู้สูงอายุ จึงไม่เกิดแรงผลักดันที่จะทำให้ประเทศไทยใช้เทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุผ่านระบบบริการทางไกล

บทสรุป

แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก ทำให้รัฐบาลในหลายประเทศต้องแบกรับภาระด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุผ่านระบบทางไกล เป็นหนึ่งในนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกคิดขึ้นเพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นทั้งในส่วนของการใช้จ่ายของผู้สูงอายุ เช่น ค่ารักษาพยาบาลในระยะพักฟื้น และในส่วนของรัฐบาล เช่น การขยายหรือสร้างโรงพยาบาล แต่อุปสรรคที่สำคัญของการนำการดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกล คือ การขาดความเข้าใจต่อระบบของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด อีกทั้งทัศนคติของผู้ใช้บริการต่อการดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกล

ดังนั้น เพื่อให้การใช้นวัตกรรมการดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกลเกิดประสิทธิผลมากที่สุด ด้านเทคโนโลยี ระบบต้องถูกออกแบบมาให้เข้าใจได้ง่าย สามารถสร้างความไว้วางใจให้กับผู้ใช้บริการและสร้างความคุ้นเคยว่าเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน อีกทั้งยังต้องสร้างความเข้าใจในเรื่องของนวัตกรรมการดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกลแก่ผู้ให้บริการให้มากขึ้น และเพื่อลดอุปสรรคของการนำระบบนี้มาใช้ในประเทศ ภาครัฐควรที่จะกำหนดยุทธศาสตร์สำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีความสอดคล้องกับ

วิถีชีวิตของคนในแต่ละพื้นที่ พร้อมทั้งสนับสนุนให้มีการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและการให้บริการสุขภาพผ่านระบบทางไกล ที่มีต้นทุนไม่สูงจนเกินไป

สำหรับในประเทศไทย นอกจากประเด็นดังกล่าวแล้ว สิ่งที่ภาครัฐต้องพิจารณา และดำเนินการไปพร้อมกัน ๆ คือ การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรในสายวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ควบคู่ไปกับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสำหรับเทคโนโลยีสื่อสารและสารสนเทศ เทคโนโลยีทางการแพทย์ และโครงสร้างนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งหากทำได้การดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกลจะเป็นหนึ่งในเทคโนโลยีทางเลือกที่สามารถตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมของผู้สูงอายุในประเทศไทยได้

เอกสารอ้างอิง

1. CIA. US Population. [CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY5] 2009 [cited 2010 10 April]; CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY4:[THE WORLD FACTBOOK2]. Available from: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/us.html>.
2. U.N. World Population Prospects: The 2008 Revision. New York2009 [cited 2010 10 April]; Available from: <http://esa.un.org/unpp/>.
3. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ผู้สังคมผู้สูงอายุ. 2552 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2553]; Available from: <http://www.agingthai.org/page/1042>.
4. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ประชากรสูงอายุ. 2553 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2553]; Available from: http://www.cps.chula.ac.th/html_th/pop_base/ageing/ageing_113.htm.

5. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. 2547 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2553]; Available from: <http://www.bandan.go.th/personel/pi.pdf>.
6. Roberts C, Mort M. Reshaping what counts as care: Older people, work and new technologies. *Alter-European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*. 2009; 3(2): 138-58.
7. GAO. Longterm – care financing growing demand and cost of services are straining Federal and State Budgets. 2005.
8. Baharin H, M R, Hlberger, Loch A. Mutuality: a key gap in the move to telecare. Proceedings of the 10th International Conference NZ Chapter of the ACM's Special Interest Group on Human-Computer Interaction; Auckland, New Zealand: ACM; 2009.
9. Essén A, Conrick M. New e-service development in the homecare sector: Beyond implementing a radical technology. *Inter J of Med Inform*. 2008; 77(10): 679-88.
10. Barlow J, Bayer S, Curry R. Implementing complex innovations in fluid multi-stakeholder environments: Experiences of “telecare”. *Technovation*. 2006; 26(3): 396-406.
11. Basilakis J, Lovell NH, Celler BG, editors. A Decision Support Architecture for Telecare Patient Management of Chronic and Complex Disease. *Engineering in Medicine and Biology Society, 2007 EMBS 2007 29th Annual International Conference of the IEEE; 2007 22-26 Aug. 2007*.
12. Arcelus A, Jones MH, Goubran R, Knoefel F, editors. Integration of Smart Home Technologies in a Health Monitoring System for the Elderly. *Advanced Information Networking and Applications Workshops, 2007, AINAW '07 21st International Conference on; 2007*.
13. Tan O, Wei Kiat K, Jamie N, Wong A, Tay Z, Helander MG, editors. Are working adults ready to accept e-Health at home? e-Health Networking, Applications and Services, 2009 Healthcom 2009 11th International Conference on; 2009.
14. Coughlin JF, D'Ambrosio LA, Reimer B, Pratt MR, editors. Older Adult Perceptions of Smart Home Technologies: Implications for Research, Policy & Market Innovations in Healthcare. *Engineering in Medicine and Biology Society, 2007 EMBS 2007 29th Annual International Conference of the IEEE; 2007*.
15. Young La. A remote data access architecture for home-monitoring health-care applications. *Med Eng Phys*. 2007; 29: 199-204.
16. Rahimpour M, Lovell NH, Celler BG, McCormick J. Patients' perceptions of a home telecare system. *International J Med Informatics*. 2008; 77(7): 486-98.
17. Doumit J, Nasser R. Quality of life and wellbeing of the elderly in Lebanese nursing homes. *International Health Care Quality Assurance*. 2010; 23(1): 72 - 93.
18. Edmondson A. Framing for Learning: Lessons in Successful Technology Implementation. 2003; Review 45: 34-54.
19. Rodriguez MJ, Arredondo MT, del Pozo F, Gomez EJ, Martinez A, Dopico A, editors. A home telecare management system. *Engineering in Medicine and Biology Society, 1994 Engineering Advances: New Opportunities for Biomedical Engineers Proceedings of the 16th Annual International Conference of the IEEE; 1994 1994*.
20. Marcelino I, Barroso J, Cruz JB, Pereira A, editors. Elder Care Architecture. *Systems and Networks Communications, 2008 ICSNC 3rd International Conference on; 2008*.
21. Tyrer HW, Aud MA, Alexander G, Skubic M, Rantz M, editors. Early Detection of Health Changes In Older Adults. *Engineering in Medicine and Biology Society, 2007 EMBS 2007 29th Annual International Conference of the IEEE; 2007*.
22. Chen CH, Huang WT, Chen YY, Chang YJ, editors. An Integrated Service Model for Telecare System. *Asia-Pacific Services Computing Conference, 2008 APSCC IEEE; 2008*.

Innovative Telecare System for the Elderly

Boorapa Punsawad BS. Sirikarn cherdchoo* BS Atipat Jungate* BS.*

*Prattana Punnakitikashem** Ph.D.*

*Pongpat Tungkaprasert*** M.Eng*

*Tritos Laosirihongthong*** Ph.D*

Abstract : The objective of this article is to explain the ‘telecare system for the elderly’, which is one of the preferred innovative systems for elderly people in many developed countries. According to several telecare-related articles, this system improves elderly people’s standards of living whilst reducing their health-care costs. On the contrary, obstacles to the system’s implementation have been identified as related to both the service providers and the elderly. To minimize such obstacles, therefore, it is necessary that every aspect relating to all stakeholders be taken into serious consideration prior to implementing the telecare system.

Thai Journal of Nursing Council 2011; 26 (special issue) 5–16

Key words: Telecare, Elderly, Health-care, Innovation

**School of Innovation, Thammasat University*

***School of Management, Mahidol University*

****Faculty of Engineering, Thammasat University*

การสอนวิชาการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ฐานคิดการสร้างพลังอำนาจ

นิตย์ ทศนิยม Ph.D (Nursing)*

บทคัดย่อ : วิชาการส่งเสริมสุขภาพถือเป็นวิชาแกนวิชาหนึ่งในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ทุกหลักสูตรเปิดสอนวิชานี้ ต่างกันเพียงว่าแต่ละหลักสูตรจะใช้แนวคิดหรือทฤษฎีที่แตกต่างกัน ทำให้การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนวิชานี้แตกต่างกัน บทความนี้นำเสนอการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ ซึ่งมีที่มาจากกฎบัตรออกตราว่าความเชื่อพื้นฐาน สมรรถนะในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ และหลักการจัดการเรียนการสอน โดยนำเสนอตัวอย่างการจัดการเรียนการสอนวิชาการส่งเสริมสุขภาพในหลักสูตรปริญญาตรีที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งใช้แนวคิดการสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดพื้นฐาน กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอนให้นักศึกษาได้เข้าใจแนวคิดการสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นหนึ่งในแนวคิดหลักของวิชาการส่งเสริมสุขภาพ นักศึกษาแบ่งเป็นกลุ่มๆ ละ 20 คน แต่ละคนประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง ระบุพฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยน ค้นหาข้อมูลทางวิชาการเพื่อนำไปวางแผน ดำเนินการตามแผน และประเมินผล โดยนักศึกษาจะเขียนเป็นพันธะสัญญาระบุว่าถ้าทำได้สำเร็จตามแผนจะให้รางวัลอะไร และถ้าทำไม่ได้จะให้ผลทางลบหรือลงโทษอย่างไร ตลอดกระบวนการนักศึกษาจะสะท้อนคิดกับอาจารย์ประจำกลุ่ม ส่งผลให้นักศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการสุขภาพตนเอง รู้สึกว่าต้องรับผิดชอบตัวเอง เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ เห็นคุณค่าตนเอง ได้พัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา ได้วิจารณ์ตนเอง ทำให้ได้ทราบจุดดี จุดด้อยของตนเอง และทำให้เห็นแนวทางที่จะพัฒนาต่อไปในอนาคต ทั้งหมดนี้เป็นลักษณะของความรู้สึกมีพลังอำนาจ

วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26 (ฉบับพิเศษ) 17-29

คำสำคัญ: การสอนวิชาการส่งเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างพลังอำนาจ

* รองศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

แม้ว่าพยาบาลจะถูกคาดหวังให้เป็นผู้มีบทบาทหลักในการส่งเสริมสุขภาพ แต่ในความเป็นจริงกลับพบว่าพยาบาลยังมีความเข้าใจแนวคิดนี้ไม่ชัดเจน และทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพน้อยมาก คาเซ (Casey)¹ ศึกษาการรับรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลในตึกศัลยกรรมประเทศไอร์แลนด์ โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ตามทฤษฎีในกฎบัตรออตตาวา ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลไม่สามารถอธิบายแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพได้ชัดเจน ส่วนใหญ่ยังเข้าใจแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพในแบบเดิม คือมองการส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นการปรับพฤติกรรม และมองในระดับปัจเจก ดังนั้นงานส่งเสริมสุขภาพที่พยาบาลทำส่วนใหญ่จึงเน้นการให้สุขศึกษา ให้คำแนะนำเป็นหลัก และที่สำคัญที่สุด พยาบาลกลุ่มนี้ยอมรับว่าไม่ค่อยได้ทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพบ่อยนัก เพราะคิดว่าเป็นกิจกรรมเสริม เป็นงานเพิ่มจากการพยาบาลที่ทำอยู่ตามปกติ และจะทำก็ต่อเมื่อพยาบาลมีเวลา นอกจากนี้ยังระบุว่าปัญหาอุปสรรคที่ไม่สามารถทำงานส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ 1) พยาบาลรู้สึกว่าตนเองไม่มีอำนาจตัดสินใจในระบบการให้บริการ 2) ระบบการบริการไม่เอื้อให้ทำงานส่งเสริมสุขภาพ 3) ภาระงานที่มากเกินไป 4) ไม่มีเวลา และ 5) ขาดความรู้และขาดทักษะในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ

สภาพการณ์ที่กล่าวข้างต้นไม่แตกต่างจากสถานการณ์ในประเทศอื่นๆนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพได้เปลี่ยนไปจากเดิม ทำให้การทำงานส่งเสริมสุขภาพต้องปรับเปลี่ยนไปด้วย จึงจำเป็นต้องมาทำความเข้าใจแนวคิดใหม่ว่าเป็นอย่างไร และแตกต่างจากแนวคิดเดิมอย่างไร

การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่

จากกฎบัตรออตตาวา² การส่งเสริมสุขภาพได้ถูกนิยามว่าเป็นกระบวนการพัฒนาสมรรถนะของประชาชนในการควบคุม และพัฒนาสุขภาพของตนเอง คำนิยามนี้มีนัยยะว่า 1) สุขภาพไม่ได้เป็นเรื่องของความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่หมายถึง ศักยภาพหรือสมรรถนะของคนในการที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง เพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขตามอัตภาพ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจึงสามารถทำกับใครก็ได้ และเมื่อใดก็ได้ 2) ในกฎบัตรระบุว่า องค์ประกอบที่จะส่งผลต่อสุขภาพนั้นกว้างขวางและหลากหลาย ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นองค์ประกอบทางด้านสังคม (social determinants of health หรือ SDH) นั้นหมายถึงกระบวนการทัศน์ของสุขภาพจะเปลี่ยนไปจากกระบวนการทัศน์แบบการแพทย์ (biomedical model) ที่มองว่าสุขภาพดีคือไม่เจ็บป่วย ไปเป็นกระบวนการทัศน์ทางสังคม-นิเวศวิทยา (socio-ecological model) ที่มองว่าสุขภาพเป็นเหตุและผลขององค์ประกอบด้านสังคม ซึ่งแปลว่า คนจะมีสุขภาพดีได้เพราะมีอาหาร มีที่อยู่อาศัย มีความยุติธรรม เป็นต้น ดังนั้นการทำงานส่งเสริมสุขภาพให้ได้ผล จะไม่จำกัดเฉพาะภาคสุขภาพ (health sector) เท่านั้น แต่ต้องบูรณาการกับงานของภาคส่วนอื่นๆ (intersectoral collaboration) เช่น ภาคการเกษตร ภาคการศึกษา ภาคการพาณิชย์ เป็นต้น และ 3) การทำงานเพื่อตอบสนององกระบวนการทัศน์ใหม่ เป้าหมายหลักจะอยู่ที่การพัฒนาศักยภาพของคนที่เป็นเจ้าของสุขภาพ ให้มีศักยภาพในการคิด การตัดสินใจ หรืออำนาจในการตัดสินใจเลือกทางเดินของชีวิตของตนเอง ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ จึงหมายถึง การให้อำนาจในการตัดสินใจ หรือการสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ซึ่งถือ

เป็นหัวใจของการส่งเสริมสุขภาพในแนวคิดใหม่ และแนวคิดใหม่นี้ก็เป็นที่มาของคำว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ” ซึ่งมีนัยยะแตกต่างกับคำว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” ในความหมายเดิม การทำงานสร้างเสริมสุขภาพ (ตามแนวคิดใหม่) จึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพ ให้คนคิด วิเคราะห์ และสามารถตัดสินใจเลือกทางเดินชีวิตของตนเอง (healthy choice an easy choice) ซึ่งทำได้กับทุกระยะของชีวิต ตั้งแต่ยังไม่ป่วย มีโรคหรืออยู่ในระยะเจ็บป่วย หรือแม้ใน ระยะสุดท้ายของชีวิตก็ให้เขามีสิทธิ์เลือกกว่าจะตาย อย่งไร ซึ่งจะแตกต่างจากแนวคิดเดิมที่มองการสร้างเสริมสุขภาพว่าเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับปัจเจก ดังนั้น กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงมักจะทำในระดับบุคคล ที่ยังไม่ป่วย เป้าหมายเพื่อไม่ให้เป็นโรคร่างโรค ซึ่งเป็นกระบวนการทัศนแบบการแพทย์ และถ้าทำไม่ได้ ก็จะเป็นความผิดพลาดของปัจเจกที่ไม่เชื่อฟัง และไม่สามารถทำตามคำแนะนำได้ (victim-blaming ideology)^{3, 4, 5}

การปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนดังกล่าวทำลาย สถาบันการศึกษาพยาบาลที่จะเตรียมรับมืออย่างไร ในฐานะเป็นผู้ผลิตพยาบาลที่จะออกไปทำหน้าที่ สร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชน คำถามที่ตามมา ก็คือ สถาบันการศึกษาพยาบาลได้นำแนวคิดใหม่ มาใช้เป็นฐานคิด หรือเป็นความเชื่อพื้นฐาน (ideology) ของการจัดการเรียนการสอนวิชาการส่งเสริมสุขภาพ หรือไม่ อย่งไร

ความเชื่อพื้นฐานของการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Ideology)

ความเชื่อพื้นฐาน (ideology) เป็นชุดของ ความเชื่อที่อธิบายว่าเรามองโลกอย่งไร ความเชื่อนี้

จะเชื่อมโยงสิ่งที่เรายึดมั่น การให้คุณค่าต่อสิ่งนั้น (value) ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดเป้าหมาย ทิศทาง ของการทำกิจกรรมและผลลัพธ์ที่คาดหวัง ความเชื่อ พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีหลายแบบ เช่น มุมมองการสร้างเสริมสุขภาพว่าเป็นการปรับเปลี่ยน วิถีชีวิต เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรค (behavioral modification, risk reduction ideology) ความเชื่อ แบบนี้ก็จะให้ความสำคัญการทำงานในระดับปัจเจก (individual health) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคร่างโรค ความเชื่อแบบนี้เป็นแนวคิด แบบเดิม และใช้เป็นฐานคิดหลักของวิชาการส่งเสริม สุขภาพในหลักสูตรส่วนใหญ่ ตัวอย่าง ได้แก่ แบบ จำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เป็นต้น

ความเชื่อพื้นฐานอีกแบบหนึ่ง ได้แก่ แนวคิด สุขภาพเชิงสังคมนิเวศ (socio-ecological ideology) ซึ่งมีฐานความเชื่อว่าสุขภาพเป็นผลของปฏิสัมพันธ์ ระหว่างคนกับสภาพแวดล้อม (reciprocal causation) พฤติกรรมของปัจเจกบางครั้งอยู่นอกเหนือการควบคุม ของเขา แต่ถูกกำหนดโดยปัจจัยทางด้านการเมือง สังคม วัฒนธรรม และนโยบายในระดับกว้าง มุมมอง แบบนี้ก็จะชี้นำการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน ให้นักศึกษาได้รู้จักวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องว่ามี ปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของคน และส่งผลอย่งไร รวมทั้งการเปิดโอกาสให้นักศึกษา ได้มีโอกาสทำงานในระดับที่กว้างกว่าระดับปัจเจก โดยให้ได้มีโอกาสสัมผัสกับชุมชน และทำงานร่วมกับชุมชน

รัช (Rush)⁶ ให้ข้อคิดว่าการสอนวิชาการส่งเสริม สุขภาพในหลักสูตรพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้รับบุ ความเชื่อพื้นฐานไว้อย่างชัดเจน ทำให้ทิศทางการจัดการเรียนการสอนไม่ชัด จึงไม่สามารถชี้แนะ หรือเตรียมนักศึกษาให้พร้อมสำหรับการทำงาน

ส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ได้ ดังนั้นรัฐจึงให้ข้อเสนอแนะว่าแต่ละหลักสูตรควรจะได้วิเคราะห์ว่า ความเชื่อพื้นฐานเรื่องการส่งเสริมสุขภาพของหลักสูตรเป็นอย่างไร โดยการตั้งคำถามว่า หลักสูตรเชื่อว่าแนวคิดอะไรจะส่งผลต่อสุขภาพของคนได้อย่างแท้จริง หรือความเชื่อพื้นฐานแบบไหนที่จะเป็นประโยชน์ต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลในบริบทสังคมวัฒนธรรมนั้นๆ หรืออาจารย์อาจจะติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการจากเอกสารและตำราที่มีอยู่ในปัจจุบัน ว่ามีแนวโน้มไปในทิศทางใด เมื่อตกลงใจได้แล้วก็ควรประกาศให้ชัดเจน แต่ทั้งนี้ได้หมายความว่าแต่ละหลักสูตรจะมีความเชื่อพื้นฐานเพียงอย่างเดียว อาจจะมีการปรับหรือผสมผสานมากกว่าหนึ่งความเชื่อเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์

ปัจจุบันแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวายังเป็นแนวทางที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง โดยมีแนวคิดการสร้างพลังอำนาจเป็นหัวใจสำคัญ อย่างไรก็ตามแนวคิดการสร้างพลังอำนาจเป็นนามธรรม และมีปัญหามากในแง่ของการนำไปปฏิบัติ จำเป็นต้องให้คำนิยามที่ชัดเจนว่าจะอธิบายแนวคิดนี้อย่างไร และจะนำมาเป็นฐานคิดของการจัดการเรียนการสอนได้อย่างไร ยิ่งไปกว่านั้นมันักวิชาการหลายคนเสนอให้นำแนวคิดการสร้างพลังอำนาจมาใช้เป็นแนวทางของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตทั้งหลักสูตร ไม่จำกัดเฉพาะสำหรับวิชาการส่งเสริมสุขภาพเท่านั้น^{7, 8} โดยให้เหตุผลว่าถ้าได้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมการทำงานของพยาบาล ให้พยาบาลมีความภูมิใจ มั่นใจในตนเอง ถ้าเชื่อว่าการที่จะคาดหวังให้พยาบาลไปสร้างพลังอำนาจให้ผู้อื่น พยาบาลจำเป็นต้องสร้างพลังอำนาจในตนเองเสียก่อน และจะช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วย และสามารถตอบสนอง

ต่อปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการได้ดีขึ้น (humanistic and social critical orientation)^{9, 4, 10}

คำถามต่อมาก็คือถ้าใช้แนวคิดการสร้างพลังอำนาจมาเป็นฐานคิด เมื่อเรียนจบแล้ว ผู้เรียนจะต้องมีสมรรถนะอะไรบ้าง เพื่อที่จะไปทำงานสร้างเสริมสุขภาพ และสมรรถนะนี้จะแตกต่างจากสมรรถนะเดิมหรือไม่ อย่างไร

สมรรถนะในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ

ในประเทศไทยมีความพยายามที่จะกำหนดสมรรถนะในการทำงานส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลอย่างน้อยก็เพื่อเป็นเป้าหมายในการผลิตพยาบาลของสถาบันการศึกษาพยาบาล ทั้งในระดับปริญญาตรีและปริญญาโท โดยศิริพร ชัมภลลิขิต และคณะ¹¹ แต่ปัญหาอยู่ที่ว่าแนวคิดพื้นฐานที่ต่างกันทำให้การกำหนดสมรรถนะทำได้ไม่ชัดเจน และมีขอบเขตกว้างเกินไป

ในปี ค.ศ. 2009 IUHPE (International Union for Health Promotion and Education) ซึ่งเป็นองค์การนานาชาติที่ทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ¹² ได้สรุปสมรรถนะของบุคลากรในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ เรียกว่า The Galway Consensus

เป้าหมายของการจัดทำข้อเสนอสมรรถนะนี้เพื่อเป็นแนวทางและเป็นมาตรฐานสำหรับการผลิตบุคลากรที่จะไปทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ (competency-based professional standards and approaches to quality assurance) อย่างไรก็ตาม IUHPE ไม่ได้คาดหวังว่าจะต้องยึดถือเอาสมรรถนะนี้เป็นมาตรฐานตายตัว เพียงแต่กำหนดไว้เป็นแนวทางกว้างๆ เพื่อให้องค์กร หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปปรับใช้ได้

กระบวนการจัดทำข้อเสนอสมรรถนะเริ่มเมื่อปี ค.ศ. 2007 โดยการจัดตั้งคณะทำงาน เพื่อจัดทำร่าง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และในปี ค.ศ. 2008 ได้เชิญผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันต่างๆ ที่ทำงาน ด้านนี้จำนวน 26 คน ให้เข้าร่วมประชุมที่เมือง Galway ประเทศไอร์แลนด์ เพื่อพิจารณาร่าง หลังจากนั้นได้จัดทำเป็นร่างฉบับที่สอง และส่งให้แต่ละคนเพื่อให้ ข้อคิดเห็น แล้วสรุปออกมาเป็นสมรรถนะในการทำงาน สร้างเสริม สุขภาพฉบับนี้

คณะทำงานได้กำหนดสมรรถนะในการทำงาน สร้างเสริมสุขภาพว่าประกอบด้วยมิติกว้างๆ (domain) ที่เชื่อว่าจะช่วยทำให้สุขภาพประชาชนดีขึ้น ผู้ปฏิบัติ สามารถผนวกสมรรถนะนี้เข้ากับการทำงานในวิชาชีพ ของตนได้ในทุกระดับ สรุปสมรรถนะที่จำเป็นใน การทำงานส่งเสริมสุขภาพมี 8 ด้าน ได้แก่

1. การกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Catalyzing change): กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ในผู้รับบริการ โดยการสร้างพลังอำนาจในระดับปัจเจก และในระดับชุมชน เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถพัฒนา สุขภาพของตนเอง

2. ภาวะผู้นำ (Leadership): จัดหา พัฒนา กลวิธี และเปิดโอกาสให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนา นโยบายสาธารณะที่ดี (healthy public policy) การใช้ทรัพยากรเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการ พัฒนาศักยภาพของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

3. การประเมินปัญหา (Assessment): ประเมิน ปัญหาความต้องการ และประเมินต้นทุนของชุมชน วางระบบในการประเมินและวิเคราะห์ปัญหาด้าน พฤติกรรม ด้านสังคมวัฒนธรรม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านองค์กรที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

4. การวางแผน (Planning): กำหนดเป้าหมาย และตัวชี้วัด เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาความต้องการ

และต้นทุนที่มีอยู่ของชุมชน และระบุกลวิธีในการ แก้ปัญหาโดยใช้ความรู้เป็นฐาน อันเกิดจากการค้นคว้า ทางทฤษฎี จากหลักฐานเชิงประจักษ์ และจากผล การปฏิบัติ

5. การปฏิบัติการตามแผน (Implementation): ปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพโดยให้สอดคล้อง กับสภาพสังคม วัฒนธรรม และจริยธรรม ตลอดจน หลักการบริหารคนและทรัพยากร เพื่อให้มีการดำเนินงาน มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

6. การประเมินผล (Evaluation): ประเมิน ผลการปฏิบัติการ ในแง่ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และผลกระทบ รวมทั้งผลต่อนโยบาย ทั้งนี้โดยใช้ หลักการด้านการวิจัยและการประเมินผล เพื่อแสดง ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากโครงการ ความ ต่อเนื่องและความยั่งยืน และการเผยแพร่ผลการ ประเมินสู่สาธารณะ

7. การชี้แนะสาธารณะ (Advocacy): การ สนับสนุน การให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกับ ปัจเจกและชุมชนเพื่อการพัฒนาสุขภาพ และเพื่อพัฒนา ศักยภาพในการทำกิจกรรม เป็นการพัฒนาด้านทุน ด้านบุคลากรของชุมชน

8. การทำงานแบบเป็นหุ้นส่วน (Partnership): ประสานการทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ และสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดผลดีในการสร้างเสริมสุขภาพและการพัฒนา ที่ยั่งยืน

จะเห็นว่าสมรรถนะที่ระบุโดย IUHPE เป็น สมรรถนะเชิงกระบวนการที่สนับสนุนแนวคิดการ สร้างพลังอำนาจ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์สำหรับ ทำงานกับผู้รับบริการทั้งในระดับปัจเจก ครอบครัว และชุมชน โดยคาดหวังให้เจ้าหน้าที่ไปทำงานแบบ เป็นหุ้นส่วนกับผู้รับบริการ เพื่อแก้ปัญหาร่วมกัน โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพคน ทำให้เกิด

ความรู้สึกว่าตนมีพลังอำนาจสามารถจัดการสถานการณ์ได้ อย่างไรก็ตาม คณะทำงานตระหนักว่าเป็นเพียงจุดเริ่มต้น และคาดหวังให้ร่างสมรรถนะนี้เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการพูดคุย ถกเถียง และกระตุ้นให้เกิดการทดลองนำไปปฏิบัติ เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน สามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทสังคมวัฒนธรรมที่หลากหลาย อันจะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสุขภาพ และที่สำคัญที่สุดจะได้เป็นแนวทางในการผลิตบุคลากรเพื่อทำงานสร้างเสริมสุขภาพในอนาคต¹²

ในประเด็นสมรรถนะนี้มีข้อถกเถียงว่าควรจะผลิตพยาบาลเฉพาะทางที่จะทำงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับสูงกว่าปริญญาตรีหรือไม่ เพราะถือว่าเป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง และเพื่อเอื้อให้มีการพัฒนาด้านวิชาการต่อไป คาเซ (Casey) ให้ข้อคิดว่าเรื่องนี้ต้องระวังผลข้างเคียงที่จะตามมา เช่น 1) อาจทำให้พยาบาลทั่วไปคิดว่างานสร้างเสริมสุขภาพไม่ใช่หน้าที่ของตน เพราะมีพยาบาลเฉพาะทางที่จะรับผิดชอบงานนี้โดยตรง 2) ผลที่ตามมาก็คือ พยาบาลทั่วไปอาจจะไม่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพ และทักษะด้านนี้ของพยาบาลทั่วไปก็จะลดน้อยถอยลง และ 3) อาจจะมีโอกาสที่งานสร้างเสริมสุขภาพจะกลายเป็นงานพิเศษ (marginalized job) มากกว่าจะเป็นงานหลักหรืองานพื้นฐานที่พยาบาลทุกคนต้องทำ¹

อย่างไรก็ตามสมรรถนะเหล่านี้ไม่สามารถเกิดขึ้นได้เองตามธรรมชาติ แต่ต้องการการเตรียมการ การวางแผน และกระบวนการจัดการเรียนการสอน ซึ่งมีพื้นฐานมาจากปรัชญา และหลักการด้านการศึกษา (educational philosophy and principles) ปัญหาอยู่ที่ว่าจะปรับเปลี่ยนกระบวนการเรียนการสอนจากเดิมอย่างไร จะใช้หลักการอะไร แน่หนอนว่าเรื่องนี้สถาบันการศึกษาต้องเป็นผู้ริเริ่ม และผู้สอนเป็นผู้ที่

สำคัญที่สุด เพราะผู้สอนจะเป็นผู้จัดหลักสูตร เป็นผู้นำหลักสูตรลงไปปฏิบัติผ่านกิจกรรมการเรียนการสอน เป็นผู้สร้างสภาพแวดล้อม บรรยากาศในการเรียน และเป็นสิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้ในฐานะที่เป็นผู้มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้เรียน

หลักการจัดการศึกษา

จากนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพประกอบกับการปรับกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ ทำให้มีข้อเสนอแนะเรื่องการปรับการจัดการเรียนการสอนพยาบาลเป็นอันมาก เช่น หลักสูตรควรเปลี่ยนจากกระบวนการทัศนด้านการแพทย์ ซึ่งเน้นการเจ็บป่วยและการรักษา ไปเป็นกระบวนการทัศนสุขภาพ (wellness paradigm) ซึ่งจะเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การทำงานร่วมกับชุมชน ทำงานโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based care) เอาปัญหาของชุมชนเป็นตัวตั้ง^{13, 14}

ดังนั้นการฝึกปฏิบัติงานควรเน้นการฝึกในชุมชน เพื่อให้ได้ฝึกการทำงานในสภาพที่ต้องทำงานจริง เช่น ชุมชน และโรงเรียน เป็นต้น จะช่วยให้ได้เรียนรู้ทั้งเนื้อหา และทักษะที่จำเป็นในสภาพการทำงานจริง นอกจากนี้การฝึกปฏิบัติงานในชุมชนยังเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ตัดสินใจอย่างอิสระ เป็นโอกาสที่จะปลูกฝังทัศนคติที่ดีในการทำงานกับชุมชน และการทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่น ผู้เรียนจะได้พัฒนามุมมองเกี่ยวกับชุมชนในเชิงกว้าง มองว่าชุมชนไม่ได้เป็นเพียงแค่สถานที่ทำงาน แต่เป็นปัจจัยสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของคนในชุมชน ได้เข้าใจองค์ประกอบที่มีผลต่อสุขภาพ จะได้เข้าใจว่าสุขภาพไม่ได้อยู่โดดๆ แต่มีความเชื่อมโยงกับปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม^{15, 16}

เป้าหมายของการจัดการเรียนการสอนที่สำคัญประการหนึ่งก็คือ การให้ผู้เรียนรู้จักคิด คิดเป็น คิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical thinking) ซึ่งหมายถึง

ลักษณะการคิดที่มีเป้าหมาย มีการตีความ ประเมิน และหาข้อสรุป เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ โดยพิจารณาสถานการณ์ด้วยเหตุผล และอ้างอิง ข้อมูลตามหลักวิชาการ^{17, 18, 19}

เงื่อนไขที่จะทำให้เกิดได้ ผู้สอนจะต้องสร้าง โอกาสให้ผู้เรียนได้พัฒนาอย่างต่อเนื่อง บรรยากาศ การเรียนต้องเปิดกว้าง ยืดหยุ่น รับฟังความคิดเห็น ที่หลากหลาย สอนให้มองกว้าง แล้วนำข้อมูลมา ไตร่ตรอง พิจารณาหาเหตุผล และตัดสินใจร่วมกัน ภายใต้บรรยากาศของสัมพันธภาพที่เท่าเทียมกัน เคารพในสิทธิของแต่ละคน จะทำให้เรียนอย่างมีความสุข และเกิดการเรียนรู้ได้ดี เป็นกระบวนการ ที่จะทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้วิธีการเรียนรู้ (learn how to learn) ซึ่งจะสำคัญกว่าการเรียนรู้เนื้อหา และที่สำคัญ จะเป็นการวางรากฐานให้ผู้เรียนได้เข้าใจบทบาทการ เป็นผู้รับฟังคนอื่น เคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของคนอื่น ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ในอนาคต^{7, 20, 21}

การสอนวิชาส่งเสริมสุขภาพที่มหาวิทยาลัย ขอนแก่น

วิชาส่งเสริมสุขภาพของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เปิดสอนในปีที่ 2 ภาคปลาย เป็นวิชาทฤษฎี 2 หน่วยกิต ซึ่งคำอธิบายรายวิชา ระบุขอบเขตเนื้อหาวิชาไว้ว่า “แนวคิดและทฤษฎี เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพกับการ สร้างพลังอำนาจ กลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพกับการปรับพฤติกรรม โครงการ ส่งเสริมสุขภาพ”

จากคำอธิบายรายวิชา จึงตีความว่าแนวคิด หลักมีสองแนวคิด คือ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ และแนวคิดการปรับพฤติกรรม และดูเหมือนว่าแนวคิด

แรกจะเป็นปัญหามาก เพราะเป็นแนวคิดใหม่ที่ไม่คุ้นเคย ชั้นแรกจึงต้องทำความเข้าใจแนวคิดก่อน และชั้นต่อมา ต้องหาทางตอบคำถามว่าจะสอนให้นักศึกษาเข้าใจ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจได้อย่างไร

กรอบแนวคิด: การสร้างพลังอำนาจ

กลุ่มผู้สอนใช้แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ ของกิบสัน (Gibson) ที่ให้ความหมายว่าการสร้าง พลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ทำให้คนเกิดความ ตระหนักรู้ (critical awareness) ถึงความสำคัญ ของปัญหา ความจำเป็นที่ปัญหาจะต้องได้รับการแก้ไข และสาเหตุของปัญหา รวมถึงกระบวนการสนับสนุน ให้มีการพัฒนาศักยภาพในการแก้ไขปัญหาโดยใช้ ทรัพยากรที่มีอยู่²¹

จากนิยามข้างต้น พลังอำนาจคือกระบวนการ พัฒนาศักยภาพในการแก้ปัญหา นั่นคือถ้าต้องการ สร้างพลังอำนาจก็ต้องให้โอกาสคนได้ลงมือแก้ปัญหา ด้วยตนเอง หรือร่วมกันแก้ปัญหา ส่วนปัญหาจะแก้ ได้สำเร็จหรือไม่ ไม่ใช่ประเด็นสำคัญ แต่ในกระบวนการ แก้ปัญหาจะทำให้คนได้เกิดการเรียนรู้ การตระหนักรู้ และจะนำไปสู่ความรู้สึกมีพลังอำนาจในที่สุด²³

หลังจากเปิดสอนวิชานี้มาตั้งแต่ปีการศึกษา 2545 ผ่านการลองผิดลองถูก และนำผลการประเมิน มาปรับปรุงกิจกรรมทุกปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาเรื่อง การจัดกิจกรรมยังไม่เหมาะสม ไม่สามารถทำให้ผู้เรียน เข้าใจแนวคิดการสร้างพลังอำนาจได้อย่างแท้จริง ในที่สุดก็ได้ข้อสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมว่า การที่จะสอนให้นักศึกษาพยาบาลไปดูแลสุขภาพ ผู้อื่น ควรจะสอนให้เขารู้จักดูแลสุขภาพของตนเอง เสียก่อน^{24,25} จึงได้จัดกิจกรรมให้นักศึกษาได้พัฒนา สุขภาพของตนเอง

ด้วยความเชื่อว่าการสอนเพื่อให้เกิดพลังอำนาจ ไม่สามารถทำได้โดยการบรรยายล้วน แต่เป็นกระบวนการ

พัฒนาที่เกิดขึ้นในตนเอง ไม่มีใครไปสร้างให้ใครได้ แต่คนจะเรียนรู้จากการมีประสบการณ์ตรงภายใต้สภาวะแวดล้อมที่เอื้ออำนวย เป็นการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติจริง (learning by doing) ดังนั้นการเรียนวิชาที่แบ่งนักเรียนเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละประมาณ 20 คน โดยมีอาจารย์ประจำกลุ่มเป็นผู้รับผิดชอบจัดให้กลุ่มได้พบปะกันทุกสัปดาห์ ละ 2 ชั่วโมง ตามเวลาในตารางสอน เพื่อให้โอกาสนักศึกษาได้สะท้อนปัญหา นำเสนอความก้าวหน้า และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น โอกาสนี้เป็นช่วงที่ได้สะท้อนคิด (reflection) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และได้วิเคราะห์ตนเอง

หลังจากฟังบรรยายรวมเกี่ยวกับแนวคิดการสร้างพลังอำนาจแล้ว ประมาณสัปดาห์ที่ 3 นักศึกษาจะเริ่มขั้นตอนการทำพันธะสัญญา²⁶ ซึ่งเริ่มจากการประเมินภาวะสุขภาพ ตามแนวคำถามที่กำหนด แล้วนำมากำหนดปัญหา โดยระบุข้อมูลสนับสนุนให้ชัดเจน หลังจากนั้นวางแผน โดยตั้งเป้าหมาย และกำหนดกิจกรรมเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ทั้งนี้นักศึกษาต้องค้นคว้าข้อมูลทางวิชาการเพิ่มเติม เพื่อให้มีเอกสารอ้างอิงเชิงวิชาการ ประมาณสัปดาห์ที่ 4-5 จะเริ่มวางแผน หลังจากอาจารย์ประจำกลุ่มตรวจแผนแล้ว นักศึกษาก็ลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ โดยนักศึกษาก็เขียนเป็นพันธะสัญญากับอาจารย์ว่าจะทำตามเป้าหมายที่วางไว้ ถ้าทำได้จะให้รางวัลอะไร และถ้าทำไม่ได้ตามแผนจะให้ผลทางลบกับตัวเอง (ทำโทษ) อย่างไร และจะต้องปฏิบัติต่อไปจนกว่าจะสิ้นสุดการเรียนวิชานี้ (สัปดาห์ที่ 15) ในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง นอกจากจะเขียนว่าทำกิจกรรมอะไรบ้างนักศึกษาจะต้องเขียนบันทึกความรู้สึก ข้อคิดเห็นที่มีต่อสถานการณ์นั้นๆ ด้วย

การดำเนินงาน:กระบวนการทำพันธะสัญญา

การทำพันธะสัญญาเป็นการใช้กระบวนการปรับพฤติกรรมสุขภาพ มาเป็นเครื่องมือให้นักศึกษาได้ฝึกคิด วิเคราะห์ และแก้ปัญหาของตนเอง ความสำคัญ

ของการทำพันธะสัญญาก็คือกระบวนการสร้างพลังอำนาจในตัวนักศึกษา²³ โดยจัดให้นักศึกษาได้สะท้อนปัญหากับอาจารย์ประจำกลุ่ม การสะท้อนปัญหาแต่ละครั้งจะช่วยให้นักศึกษาได้สะท้อนตัวเอง และได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ตลอดกระบวนการ เริ่มตั้งแต่การกำหนดปัญหาเหมาะสมหรือไม่ มีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอหรือไม่ เป้าหมายหลักของการปรับพฤติกรรมคืออะไร เช่นบางคนต้องการออกกำลังกาย เพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรง แต่บางคนต้องการออกกำลังกายเพื่อเผาผลาญพลังงาน เพื่อลดน้ำหนัก การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนจะช่วยให้กำหนดตัวชี้วัด และการวัดผลทำได้ตรงและชัดเจนยิ่งขึ้น นอกจากนี้การค้นคว้าเอกสารอ้างอิง เป็นการฝึกให้นักศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าความรู้ตามความสนใจของตนแล้วนำความรู้มาประยุกต์ในสถานการณ์จริง เช่น ถ้าตั้งเป้าหมายจะออกกำลังกาย ต้องระบุว่า จะออกกำลังกายโดยวิธีอะไร ใช้เวลาเท่าใด แต่ละกิจกรรมทำสัปดาห์ละกี่ครั้ง จะทำวันไหนบ้าง จะวางแผนค่อยๆ เพิ่มกิจกรรมอย่างไร

ในระหว่างดำเนินการตามแผน ถ้ามีปัญหาอุปสรรคที่ไม่สามารถทำตามแผนที่วางไว้ นักศึกษาจะนำปัญหามาอภิปรายในกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้นักศึกษาได้คิด วิเคราะห์ เช่น วางแผนว่าจะไปเดินแอโรบิค สัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 45 นาที แต่ในช่วงหนึ่งต้องไปทำกิจกรรมนอกสถานที่ ต้องพารุ่นน้องไปเดินป่า หรือเป็นช่วงวันหยุดติดกันหลายวัน นักศึกษากลับไปบ้าน ตอนอยู่บ้านมีเวลาไปเล่นแบดมินตันกับสมาชิกในครอบครัว นักศึกษาก็ประเมินว่าไม่สามารถออกกำลังกายได้ตามแผน เมื่อนำปัญหามาสะท้อนในชั้นเรียนกลุ่มได้ช่วยชี้ว่า กิจกรรมต่างๆที่เปลี่ยนไปถือเป็นการออกกำลังกายได้หรือไม่ และทำให้ได้ออกกำลังกายตามแผนที่วางไว้หรือไม่ ถ้าใช่ก็จะถือว่าได้ทำตามแผน ยกเว้นว่าถ้าต้องการออกกำลังกาย

เฉพาะส่วนจริง ๆ ดังนั้นนักศึกษาจะต้องมีความรู้ว่าการออกกำลังกายแต่ละวิธีมีข้อดีอย่างไร แต่ละวิธีเผาผลาญพลังงานไปเท่าใด แต่ละกิจกรรมควรจะทำงานเท่าใดจึงจะทดแทนกันได้ เป็นต้น แต่ส่วนใหญ่มักพบปัญหานักศึกษาไม่สามารถปฏิบัติตามแผนเพราะจัดเวลาไม่ได้ เนื่องจากปีสองเป็นปีที่เรียนหนักมาก การเรียนบางวิชาเป็นการทำงานกลุ่มต้องใช้เวลานอกตารางเรียน การฝึกปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยต้องวางแผนการพยาบาลซึ่งต้องใช้เวลามาก และต้องใช้กำลังกายกำลังใจมากจนหมดแรง การสะท้อนปัญหาจึงมักรวมถึงประเด็นเรื่องการบริหารเวลาด้วย อย่างไรก็ตามนักศึกษาส่วนใหญ่มีความตั้งใจ มุ่งมั่นที่จะทำกิจกรรมให้ได้ตามพันธะสัญญา การได้พูดคุยสะท้อนปัญหาจึงเป็นการหาทางออกได้จัดการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ทำให้นักศึกษาเห็นว่าเขามีทางเลือก รู้จักยืดหยุ่น (flexible) รู้จักคิดวิเคราะห์ และมีทัศนคติว่าทุกเรื่องมีทางออก

การประเมินผล

การประเมินผลแบ่งเป็นสองส่วน คือ การประเมินการดำเนินงานของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการประเมินผลการสร้างพลังอำนาจ หรือความรู้สึกถึงการมีพลังอำนาจ

ในการประเมินการดำเนินกิจกรรม นักศึกษาส่วนใหญ่เลือกกิจกรรมการออกกำลังกาย เพราะเห็นว่าเรียนหนัก ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ประเด็นอื่นได้แก่เรื่องอาหาร จัดการให้ตัวเองได้รับประทานอาหารเข้าควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนัก ลดการดื่มแอลกอฮอล์หรือการสูบบุหรี่ เป็นต้น

การประเมินผลโดยการประชุมกลุ่ม นักศึกษาสรุปประเด็นที่ได้เรียนรู้ดังนี้

1) ได้ความรู้เพิ่มขึ้นจากการได้ไปค้นคว้าความรู้เพิ่มเติม ทำให้ตระหนักว่าการจะทำอะไรต้อง

มีความรู้ บางคนบอกว่าเมื่อก่อนเวลาจะไปวิ่งก็วิ่งเลยไม่เคยได้อบอุ่นร่างกาย (warm up) และไม่ได้ให้เวลาทำให้ร่างกายเย็นลง (cool down) การมีช่วงเวลาอบอุ่นร่างกายทำให้ร่างกายออกกำลังกายได้ทนทานขึ้น คนที่ทำเรื่องอาหารก็ได้เรียนรู้การคำนวณปริมาณพลังงาน การจัดเมนูที่เหมาะสม เป็นต้น เป็นการกระตุ้นให้ได้ฝึกค้นคว้าหาความรู้ นำประเด็นที่เลือกศึกษามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับคนอื่น ๆ ที่ศึกษาในเรื่องเดียวกัน

2) การได้มีโอกาสสะท้อนปัญหากับเพื่อนๆ และอาจารย์ประจำกลุ่ม ทำให้ได้เรียนรู้ว่า ถ้าไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแผนก็มีวิธีที่จะปรับได้หลายอย่าง ได้แก่ ปรับเป้าหมาย ปรับเวลา หรือปรับกิจกรรม เช่น ถ้าตั้งเป้าหมายว่าจะเดินแอโรบิค หรือการวิ่งแต่ไม่สามารถจัดเวลาได้ก็อาจจะทำโยคะในห้องพักแทน หรือปรับเวลาปรับวัน โดยยึดหลักการว่าต้องได้ออกกำลังกายโดยใช้พลังงานตามเป้าหมายที่วางไว้ ทำให้ได้รู้จักแก้ปัญหา คิดวิธีแก้ปัญหา โดยยังยึดหลักการ ทำให้มีทัศนคติเรื่องการทำงานแบบยืดหยุ่น ไม่ยึดติด

3) ทำให้รู้สึกว่าคุณเองทำได้ จัดการชีวิตได้ ได้มีโอกาสวิเคราะห์ตนเองว่าสาเหตุที่ทำให้ไม่ได้ตามแผนเกิดจากอะไร เป็นเพราะวางแผนไม่ดี หรือเป็นเพราะไม่แม่นยำในหลักการ หรือเป็นเพราะไม่เคยคิดนอกกรอบ เมื่อวางแผนอย่างไรก็ต้องเป็นไปตามนั้นเท่านั้น

ฝึกความรับผิดชอบ มีกำลังใจ ตั้งใจที่จะทำงานให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ฝึกให้ข้อเสีย ตอนเริ่มต้นคิดว่าคงจะทำได้ เพราะไม่มีเวลา และเรียนหนัก แต่ถ้าพยายามก็ทำได้ เมื่อทำได้แล้วก็ทำให้ได้เห็นผลดีของการออกกำลังกาย ก็มีกำลังใจที่จะทำอีก เป็นความรู้สึกที่ต้องรับผิดชอบต่อพันธะสัญญา และคิดว่าเป็นการสร้างพลังอำนาจในตัวเอง (self empowerment)

4) สิ่งที่ได้เรียนรู้มากที่สุด คือได้ตระหนักว่าการที่คนจะตัดสินใจทำกิจกรรม หรือปรับพฤติกรรมนั้นเป็นเรื่องยาก และการที่จะทำกิจกรรมให้สม่ำเสมอก็เป็นเรื่องที่ยากมาก การที่ได้มีประสบการณ์ด้วยตนเองทำให้เข้าใจผู้รับบริการมากขึ้น

สำหรับการประเมินความเข้าใจในแนวคิดการสร้างพลังอำนาจ ใช้วิธีพูดคุยในกลุ่ม และให้นักศึกษาเขียนประเมินผล ว่ามีความเข้าใจเรื่องแนวคิดการสร้างพลังอำนาจอย่างไร หลังจากเรียนวิชานี้แล้วรู้สึกอย่างไร มีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังอำนาจหรือไม่

ผลการประเมินในกลุ่มย่อย ปีการศึกษา 2552 จำนวนนักศึกษา 17 คนในกลุ่ม ผู้สอนให้นักศึกษาเขียนประเมินว่าได้เรียนรู้เรื่องการสร้างพลังอำนาจอย่างไรบ้าง มีนักศึกษา 7 คน พยายามเขียนแต่ตอบไม่ตรงประเด็น เนื้อหาเป็นการประเมินผลกิจกรรมมากกว่าการประเมินความรู้สึกมีพลังอำนาจ และอีก 10 คนเขียนประเมินความเข้าใจแนวคิดการสร้างพลังอำนาจ สรุปได้ดังนี้

นักศึกษาประเมินว่าเข้าใจแนวคิดการสร้างพลังอำนาจมากขึ้น และรู้สึกว่ามีพลังอำนาจตัวชีวิตที่คิดว่ารู้สึกมีพลังอำนาจ ได้แก่ 1) การตระหนักว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญ ตระหนักถึงความจำเป็นหรือการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ 2) ความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเอง ภูมิใจในตนเองที่สามารถส่งเสริมสุขภาพได้ตามแผน ตลอดจนรู้ถึงข้อจำกัดข้อบกพร่องของตนเองที่จะต้องแก้ไขต่อไป นักศึกษาส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในเชิงบวกต่อการเรียนวิชานี้

“ต้องขอบคุณอาจารย์ประจำรายวิชาส่งเสริมสุขภาพที่ได้จัดการเรียนการสอนที่ดีมากๆ คือให้เราได้ปฏิบัติจริง ได้ส่งเสริมสุขภาพของตัวเราเอง และคนในครอบครัวของเรา”

“ดีใจมากที่ได้เรียนวิชานี้ ทำให้เห็นความสำคัญกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น และมีกำลังใจ

ที่จะทำให้สำเร็จ เป็นความรับผิดชอบของเราเองเมื่อทำได้ แม้จะเป็นจุดเล็กๆ ก็ทำให้เห็นคุณค่าของตัวเอง”

“ทำให้ได้รู้จักตัวเอง รู้ความสามารถของตัวเอง ได้วิเคราะห์ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่างๆ”

ผลดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวิจัยประเมินผลการสร้างพลังอำนาจในนักศึกษาพยาบาล โดยทีมประเมินหลักสูตร²⁷ เมื่อผู้วิจัยถามว่าเข้าใจแนวคิด empowerment อย่างไร มีการฝึกปฏิบัติวิชาไหนที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดนี้บ้าง นักศึกษาคนหนึ่งอธิบายว่า

สำหรับคำว่า empowerment รู้จักคำนี้ครั้งแรกก็ตั้งแต่ตอนเรียน health promotion นะคะ... วิชานี้ก็เหมือนกับการที่เราเข้าใจการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นอย่างไร เขามีวิธีการอย่างไรบ้าง แต่ว่าตอนที่เรียนในตอนแรกก็ไม่เข้าใจนะคะว่าทำไมถึงต้องเรียนในลักษณะนี้ แต่ว่าเมื่อเรียนจะจบ course ก็ได้เข้าใจว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจที่อาจารย์ต้องการให้เราทราบ ต้องการให้เรารู้จักในตัวเองก่อน ตระหนักในตัวเองก่อน ว่าเราเป็นใครมาจากไหน มีความต้องการอะไรบ้าง เพื่อที่เราจะได้เข้าใจคนอื่น จะได้ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจให้เขาได้... (ถอดเทปการสนทนากลุ่มนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น 18 เมษายน 2548)

บทสรุป

กระบวนการทัศน์ของการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ทำให้การทำงานสร้างเสริมสุขภาพต้องการสมรรถนะที่แตกต่างจากเดิม สถาบันการศึกษาพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเตรียมพยาบาลให้พร้อมที่จะไปทำงานสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของสังคมในอนาคต

บทความนี้นำเสนอตัวอย่างกิจกรรมการสอนเพื่อให้ นักศึกษาเข้าใจแนวคิดการสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็น กิจกรรมหนึ่งของการเรียนการสอนวิชาการส่งเสริม สุขภาพ โดยให้นักศึกษาทำพันธะสัญญาในการปรับ พฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ได้ฝึกแก้ปัญหาของตนเอง ตั้งแต่วิเคราะห์สถานการณ์ ระบุปัญหา วางแผน ดำเนินการ และประเมินผล การได้สะท้อนคิดกับ อาจารย์ประจำกลุ่มตลอดกระบวนการ ส่งผลให้ นักศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการ สุขภาพตนเอง รู้สึกว่าต้องรับผิดชอบตัวเอง เกิด ความรู้สึกภาคภูมิใจ เห็นคุณค่าตนเอง ได้พัฒนา ทักษะในการแก้ปัญหา ได้วิจารณ์ตนเอง ทำให้ได้ ทราบจุดดี จุดด้อยของตนเอง และทำให้เห็นแนวทาง ที่จะพัฒนาต่อไปในอนาคต ทั้งหมดนี้เป็นลักษณะ ของความรู้สึกมีพลังอำนาจ

เอกสารอ้างอิง

- Casey D. Nurse's perception, understanding and experiences of health promotion. **Nursing and Health Sciences**, 2007; 16: 1039-49.
- World Health Organization. **The Ottawa Charter for Health Promotion**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 1986.
- Delaney FG, Nursing and health promotion: Conceptual concerns. **J Adv Nurs**, 1994; 20: 828-35.
- Lindsey E, Hartrick G. Health-promoting nursing practice: The demise of the nursing process? **J Adv Nurs**, 1996; 29: 106-12.
- Whitehead D. Health promotion and health education: Advancing the concepts. **J Adv Nurs**, 2004; 47(3): 311-20.
- Rush KL. Health promotion ideology and nursing education. **J Adv Nurs**, 1997; 25: 1292-8.
- Greiner PA, Valiga TM. Creative educational strategies for health promotion. **Holistic Nursing Practice**, 1998; 12(2): 73-83.
- Hawks JH. Empowerment in nursing education: Concept analysis and application to philosophy, learning and instruction. **J Adv Nurs**, 1992; 17: 609-18.
- Benson A, Latter S. Implementing health promoting nursing: The integration of interpersonal skills and health promotion. **J Adv Nurs**, 1998; 27: 100-7.
- Carmichael M. Med-school makeover: The new field of 'narrative medicine' is reintroducing doctors to listening. **Newsweek**, 2006; August 21, 58.
- ศิริพร ชัมภลิต และคณะ. การประเมินสมรรถนะ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ระดับปริญญาตรี และปริญญาโท. คณะพยาบาล ศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2550.
- Barry MM, Allegrante JP, Lamarre M, Auld ME, Taub A. The Galway Consensus Conference: International collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. **Global Health Promotion**, 2009; 16(2): 5-11.
- Chally PS. Empowerment through teaching. **J Nurs Edu**, 1992; 31(3): 117-20.
- Chavasse JM. New dimensions of empowerment in nursing and challenges. **J Adv Nurs**, 1992; 17: 1-2.
- Gauthier MA, & Matteson P. The role of empowerment in neighborhood-based nursing education. **J Nurs Edu**, 1995; 34(8): 390-5.
- Kelley BR. Community-based research: A Tool for community empowerment and student learning. **J Nurs Edu**, 2000; 34(8): 384-6.
- Alfaro-Le Fevre R. **Critical thinking in nursing: A practical approach**. Philadelphia: W.B. Saunders, 1995.

18. Vaughan-Wrobel BC, O'Sullivan P, Smith L. Evaluating critical thinking skills of baccalaureate nursing students. **J Nurs Edu**, 1997; 36(10): 485-8.
19. Sedlak CA. Critical thinking of beginning baccalaureate nursing students during the first clinical nursing course. **J Nurs Edu**, 1997; 36(1): 11-8.
20. Liimatainen L, Poskiparta M, Sjögren A. **Student nurse and reflective health promotion learning in hospital**, 1999. Retrieved March 15, 2009, from <http://www.leeds.ac.uk/educol/documents/000001151.htm>.
21. Mawn B, Reece SM. Reconfiguring a curriculum for the new millennium: The process of change. **J Nurs Edu**, 2000; 39(3), 101-8.
22. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. **J Adv Nurs**, 1991; 16: 354-61.
23. นิตย ทัศนียม. การส่งเสริมสุขภาพ: มิติการสร้างพลังอำนาจ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2545; 25(2-3): 103-11.
24. Clemmens D, Engler A Chinn PL. Learning and living health: College students' experiences with an introductory health course. **J Nurs Edu**, 2004; 43(7): 313-8.
25. Stark MA, Manning-Walsh J, Vliem S. Caring for self while learning to care for others: A challenge for nursing students. **J Nurs Edu**, 2005; 44(6): 266-70.
26. ดลวิวัฒน์ แสนโสม. แนวทางการศึกษาและการเขียนรายงานพันธะสัญญา ใน **คู่มือวิชา 250 301 การส่งเสริมสุขภาพ**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2552.
27. ศิริพร ชัมภลิต, จุฬาลักษณ์ บาร์มี, ปฤศนา ภูวนนท์, พูลสุข ศิริพล, วงเดือน สุวรรณศิริ และกิติกร นิลมานัด. **การวิเคราะห์หลักสูตรสาขาพยาบาลศาสตร์ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ**. เอกสารอัดสำเนา. 2549.

Teaching Health Promotion Based on the Empowerment Concept

*Nit Tassniyom Ph.D (Nursing)**

Abstract: Health promotion is one of the core courses in every bachelor of nursing science program, only to vary according to the principal concepts or theories, resulting in different teaching and learning activities. This article presents a review of the principles of modern practices of health promotion, which are based upon the Ottawa Charter, fundamental beliefs, health promotion competency and teaching and learning methodology. This article presents, for the purpose of exemplification, health promotion teaching and learning activities conducted as part of the health promotion course in Khonkaen University's program in bachelor of nursing science.

This course was conducted on the basis of the empowerment concept. The course's teaching and learning activities aimed at helping the students to understand the empowerment concept as one of the core concepts of health promotion. The students, divided into groups of 20, was assigned a task, which required each student to evaluate his/her own health condition, identify his/her areas of behavioral improvement, research for academic information with which to implement his/her planned task, and finally assess the task. Lastly, each student was to make a pledge of reward if s/he accomplished the task and a pledge of punishment if s/he failed it.

Throughout the activity, the students were encouraged to reflect their ideas to the instructor in charge of each group. This process helped the students to realize the importance of self-performed healthcare, necessity of self-responsibility, pride, self-esteem, improvement of problem-solving skills, and self-criticism as a means of reflecting his/her own strengths and weaknesses. Such realizations could enable—or empower—each student to find ways of self-improvement in the future. This is what 'the sense of empowerment' means.

Thai Journal of Nursing Council 2011; 26 (special issue) 17-29

Keywords: Health promotion course, Health promotion, Empowerment concept

* Associate Professor, Community nursing Faculty of Nursing Khon Kaen University

กระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อการพัฒนาต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชน

นัยนา หนูนิล, Ph.D.*

สายฝน เอกวรางกูร, Ph.D.*

บทคัดย่อ : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงและต้นทุนชีวิตของเด็กและเยาวชนในชุมชน และ 2) ศึกษา รูปแบบการพัฒนาต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชนในชุมชนโดยใช้แนวคิดกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม กลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กและเยาวชนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 พื้นที่ ได้แก่ อบต.ไทยบุรี อบต. บางจาก อบต.ท่าพญา และเทศบาลปากพั้ง จังหวัดนครศรีธรรมราช รวมทั้งสิ้น 473 คน แบ่งการดำเนินงาน 4 ระยะ คือ 1) การเตรียมตัว 2) การกำหนดนโยบายสาธารณะ 3) การดำเนินงาน และ 4) การประเมินผล

ผลการวิจัย พบว่า เด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมเสี่ยงมากที่สุด คือ ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และพฤติกรรมทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 7, 6.1, และ 5.9 ตามลำดับ และมีต้นทุนชีวิตด้านพลังครอบครัวมากที่สุด โดยรู้สึkB้านเป็นที่ย่อBั้น ปลอดภัย ส่งเสริมการเรียนรู้ เอาใจใส่ และเป็นตัวอย่างที่ดีของลูก และพบว่ามีพลังตัวตนน้อยที่สุด ได้แก่ การให้ความสำคัญของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ กล้าคิด กล้าพูด กล้าทำในสิ่งที่ถูกต้อง ใช้สติแก้ปัญหาความขัดแย้ง พูดความจริงและไม่ใช้ความรุนแรง รูปแบบการพัฒนาต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดนโยบายสาธารณะ 2) การดำเนินงานตามนโยบาย 3) การประเมินนโยบาย และ 4) การเผยแพร่ นโยบายและขยายเครือข่าย นโยบายแรกคือ การส่งเสริมพัฒนาเด็กและเยาวชนในชุมชน ได้แก่ การจัดตั้งสภาเด็กและเยาวชนตำบล การพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชน การสนับสนุนกิจกรรมสร้างสรรค์ การให้รางวัลเด็กที่ทำความดี และการสนับสนุนกองทุนเด็กและเยาวชน นโยบายที่สอง คือ การสนับสนุนการมีส่วนร่วมพัฒนาเด็กและเยาวชน ได้แก่ การจัดอบรมการพัฒนาเยาวชนเชิงบวก และการส่งเสริมกิจกรรมของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ผลการประเมินพบว่านโยบายดังกล่าวทำให้ต้นทุนชีวิตของเด็กและเยาวชนเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรให้ความสำคัญและเป็นแกนนำหลักในการพัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชนของตำบล โดยมุ่งเน้นให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชน ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน

วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26 (ฉบับพิเศษ) 30-43

คำสำคัญ: กระบวนการนโยบายสาธารณะ ต้นทุนชีวิต เด็กและเยาวชน

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กในวันนี้คือ ผู้ใหญ่ในวันหน้า แต่สถานการณ์ปัจจุบันกลับพบว่าเด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพมากขึ้นและเร็วก่อนวัยอันควร โดยปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก คือ การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และผลกระทบจากการทำแท้ง¹ ผลการวิจัยที่ผ่านมาได้สะท้อนถึงปัญหาสุขภาพของเด็กและเยาวชน ได้แก่ การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชนในกรุงเทพมหานครพบว่าร้อยละ 50.1 ไม่สวมหมวกนิรภัยเมื่อขี่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 18.8 นั่งรถจักรยานยนต์หรือรถยนต์ที่ผู้ขับขี่ดื่มแอลกอฮอล์ และร้อยละ 12.1 ขี่รถจักรยานยนต์หลังดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 10.0 เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 7.0 มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้สวมถุงยางอนามัย และร้อยละ 2.1 เคยตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์² บริษัทซินโนเวต (ประเทศไทย) จำกัดได้สำรวจการบริโภคสื่อของนักเรียนและนักศึกษาในประเทศไทยและประเทศในภูมิภาคเอเชีย 12 ประเทศ พบว่าวัยรุ่นไทยใช้อินเทอร์เน็ต 3.1 ชั่วโมงต่อวัน ขณะที่ค่าเฉลี่ยของวัยรุ่นในภูมิภาคเอเชียอยู่ที่ 2.8 ชั่วโมงต่อวัน และวัยรุ่นไทยมีการเล่นเกมออนไลน์สูงที่สุดในเอเชีย³ ปัญหาสุขภาพของเด็กและเยาวชนดังกล่าวนี้วันจะทวีความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้นเรื่อยๆ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ การไม่สามารถควบคุมระงับอารมณ์ความต้องการได้ การได้รับสิ่งกระตุ้นจากสื่อต่างๆ ความเชื่อและค่านิยมในกลุ่มเพื่อน การดื่มเครื่องดื่มและการใช้สารเสพติดต่างๆ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ การได้รับความเครียด ความกดดันในชีวิตประจำวัน บุคลิกภาพ อารมณ์ก้าวร้าว ลักษณะความเป็นอยู่ของครอบครัว สัมพันธภาพในกลุ่มเพื่อน

สิ่งแวดล้อมในชุมชนและสถานศึกษา⁴ การแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่ผ่านมาใช้การมองปัญหาเป็นตัวตั้งเมื่อเกิดปัญหาแล้วจึงแก้ไขทำให้ไม่สามารถป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นได้ การสร้างต้นทุนชีวิตของเด็กและเยาวชนให้เกิดการป้องกันปัจจัยเสี่ยงจึงน่าจะเป็นวิธีการที่มีประโยชน์และสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้มากกว่า รวมทั้งช่วยให้เยาวชน ครอบครัว และสังคมเกิดภูมิคุ้มกันที่แข็งแรงเพื่ออนาคตของประเทศชาติต่อไป

กลยุทธ์ในการพัฒนาต้นทุนชีวิตของเด็กและเยาวชนมีหลายประเทศให้ความสำคัญ โดยเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกา เนื่องจากมีอิทธิพลต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชนโดยตรง^{5,6} นพ.สุริยเดว ทรีปาตี⁷ ผู้อำนวยการสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว ได้นำแนวคิดดังกล่าวมาพัฒนาเครื่องมือประเมินต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชนไทยขึ้น เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการกำหนดกลยุทธ์ด้านการสร้างเสริมต้นทุนชีวิตดี ๆ ให้แก่เด็กและเยาวชน ครอบครัว ชุมชน และสังคมในทุกระดับ แม้ว่าทุกวันนี้มีหน่วยงานต่างๆ ให้ความสนใจในการสร้างเสริมกิจกรรมให้เยาวชนมีทางเลือกเพิ่มขึ้น แต่ก็ไม่สามารถหยุดยั้งปัญหาความเสี่ยงต่างๆ ที่กำลังทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นได้ อาจเป็นเพราะกิจกรรมที่มีอยู่มีปริมาณไม่เพียงพอกับจำนวนเด็กและเยาวชน ประกอบกับครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ขาดการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมดังกล่าว

ท่ามกลางกระแสการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ นโยบายสาธารณะมีบทบาทและเป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญยิ่งต่อการสร้างเสริมสุขภาพในยุคปัจจุบัน⁸ แนวคิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy: HPP) ซึ่งเดิมเน้นบทบาท

ของรัฐในการกำหนดนโยบายโดยให้ความสำคัญกับความเท่าเทียมกัน และผลกระทบต่อสุขภาพ⁹ แต่เมื่อภาคประชาสังคมเติบโตขึ้น ความคิดนโยบายสาธารณะแนวใหม่จึงเกิดขึ้น โดยเน้นให้ภาคประชาชนและผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเข้าไปมีส่วนในการกำหนดนโยบายสาธารณะต่างๆ เพื่อเป็นการแก้ปัญหาของชุมชน ดังเช่น ชุมชนป่าชายเลนลุ่มน้ำปะเหลียน จังหวัดตรัง¹⁰ ที่ใช้กระบวนการนโยบายสาธารณะในการแก้ปัญหานุรักษ์และฟื้นฟูทรัพยากรในชุมชน นับว่าเป็นพลังการเคลื่อนไหวที่ทำให้ชาวบ้านเข้มแข็งขึ้นและมีพลังในการต่อรองมากขึ้น

จากเหตุผลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าควรนำแนวคิดนโยบายสาธารณะเพื่อผลักดันให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง โรงเรียน แกนนำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการกำหนดนโยบายหรือแผนงานเพื่อพัฒนาเด็กและเยาวชน เพราะแม้แต่ “พ.ร.บ.ส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2550” มาตรา 8 วรรคหนึ่งได้ระบุให้ อปท. มีบทบาทในการสนับสนุนกิจกรรมของเด็กและเยาวชนอย่างเป็นรูปธรรมโดยให้คำนึงถึงหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่น ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงสถานการณ์ปัญหาของเด็กและเยาวชน และคำนึงถึงความสำคัญของการพัฒนาต้นทุนชีวิตของเด็กและเยาวชนมากกว่าการตามแก้ปัญหา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่อง “กระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อการพัฒนาต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชนในชุมชนจังหวัดนครศรีธรรมราช” ขึ้นเพื่อนำไปเป็นแนวทางการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาสุขภาพเด็กและเยาวชนของ อปท. อื่นๆ ต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการพัฒนาต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชน (Developmental assets of

youth) ประกอบด้วย 5 พลัง คือ พลังตัวตน เป็นการรวมตัวกันของพลังคุณค่าในตัวเอง สร้างศรัทธาและความเชื่อมั่นในตนเอง พลังเพื่อนและกิจกรรม เป็นการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ในหมู่เพื่อน ๆ และเพื่อสังคม ชุมชน พลังครอบครัวเป็นพลังความรัก ความเอาใจใส่ ความมีวินัย และพ่อแม่เป็นแบบอย่าง พลังชุมชนเป็นพลังของกลุ่มคนที่อาศัยการอยู่ร่วมกันด้วยความเอื้ออาทร ความเข้าใจและความมีมิตรไมตรี และพลังปัญญาเป็นพลังความมุ่งมั่นในการเพิ่มพลังปัญญาทั้งในและนอกห้องเรียน⁷ จากการศึกษาพบว่าหากมีต้นทุนชีวิตน้อยจะทำให้เด็กและเยาวชนมีความเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การไม่รู้จักป้องกัน รวมถึงการใช้ความรุนแรง^{5,6,11,12} โดยพบว่าต้นทุนชีวิตที่มากขึ้นมีผลดังนี้ 1) ลดพฤติกรรมเสี่ยงได้มากขึ้น 2) ประวัตรยะเวลาการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงได้นานขึ้น 3) ยับยั้งพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวและสภาพครอบครัวในบริบทต่างๆ 4) พฤติกรรมที่ดีของเยาวชนเพิ่มขึ้น และ 5) มีความสำคัญต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง¹¹ นอกจากนั้นผู้วิจัยยังได้นำแนวคิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy: HPP)^{8,9} เพื่อการสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาต้นทุนชีวิตของเด็กและเยาวชน ซึ่งรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 มาตรา 76 ได้ระบุให้รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบาย การตัดสินใจ การวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง รวมทั้งการตรวจสอบการใช้อำนาจอธิปไตย การพัฒนาต้นทุนชีวิตของเด็กและเยาวชนโดยกระบวนการนโยบายสาธารณะครั้งนี้ จึงมุ่งเน้นที่กระบวนการมีส่วนร่วมตั้งแต่การกำหนดนโยบายสาธารณะ การดำเนินงานตามนโยบาย และการประเมินผลนโยบาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) ศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยง และ
ต้นทุนชีวิตของเด็กและเยาวชนในชุมชน

2) ศึกษารูปแบบการพัฒนาต้นทุนชีวิตเด็ก
และเยาวชนในชุมชน โดยใช้แนวคิดกระบวนการ
นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
แบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research:
PAR) กลุ่มเป้าหมายเลือกแบบเจาะจง (purposive
sampling) นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาจาก 4 อปท.
ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ 1) โรงเรียนชุมชนใหม่
อบต.ไทยบุรี 54 คน 2) โรงเรียนตรีนิมิตวิทยา
อบต.บางจาก 50 คน 3) โรงเรียนวัดสระ อบต. ท่าพญา
142 คน และ 4) โรงเรียนเทศบาลวัดศรีสมบูรณ์
เทศบาลปากพั้ง 227 คน รวม 473 คน รวมทั้ง
ผู้ปกครอง ผู้บริหาร และครูในโรงเรียน องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น และแกนนำชุมชน อปท. ละ 10 คน
รวม 40 คน รวมทั้งสิ้น 513 คน

การดำเนินการวิจัยอยู่ระหว่างเดือนมิถุนายน
2552 – กรกฎาคม 2553 มุ่งเน้นกระบวนการมี
ส่วนร่วมของกลุ่มเด็กและเยาวชน ผู้ปกครอง ผู้บริหาร
และครูในโรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ
แกนนำชุมชน มีการดำเนินงาน 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ ประกอบด้วย 1) การ
สร้างความเข้าใจกับพื้นที่ (อปท.) โดยการประชุม
ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการแก่ผู้บริหารองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น ศึกษาเขตพื้นที่เพื่อกำหนดโรงเรียน
ชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา
ต้นทุนชีวิตของเด็กและเยาวชนในชุมชน และ 2)
การรวบรวมข้อมูลเด็กและเยาวชนด้วยการจัดประชุม

แกนนำกลุ่มเด็กและเยาวชน ผู้ปกครอง ผู้บริหาร
ครูในโรงเรียน และแกนนำชุมชน เพื่อกำหนดกลุ่ม
เป้าหมายและพิจารณาแบบสอบถามพฤติกรรม
เสี่ยง ต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชน และดำเนินการ
สำรวจก่อนดำเนินโครงการ

2. ระยะกำหนดนโยบายสาธารณะ ประกอบ
ด้วย 1) นำเสนอข้อมูลการสำรวจ 2) ร่วมวิเคราะห์
สาเหตุแห่งปัญหาและกำหนดเป้าหมาย และ 3)
กำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อพัฒนาเด็กและ
เยาวชน และต้นทุนชีวิตของเด็กและเยาวชนในชุมชน
ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

3. ระยะดำเนินงานตามนโยบายโดยกระบวนการ
มีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ 1) พัฒนาพลังตัวตน
และเพื่อน โดยการจัดตั้งกลุ่ม / สภาเด็กและเยาวชน
ตำบล และสนับสนุนการดำเนินงานของเด็กและเยาวชน
ในพื้นที่ และ 2) พัฒนาพลังครอบครัว โรงเรียน
และชุมชน โดยการอบรมผู้ที่เกี่ยวข้องในแต่ละพื้นที่
เรื่อง “การพัฒนาเยาวชนเชิงบวก” เพื่อสร้างความ
เข้าใจในการพัฒนาเด็ก และสนับสนุนกิจกรรมสร้างสรรค์
ของเด็กในชุมชน

4. ระยะติดตามประเมินผล โดยการจัดประชุม
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งในระดับพื้นที่ทั้ง 4 แห่ง ระดับ
อำเภอ และระดับจังหวัด เพื่อร่วมถอดบทเรียน การ
สะท้อนคิด ปรับปรุง และหาแนวทางแก้ไขเป็นระยะ
 พร้อมทั้งเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เพื่อหาแนวร่วมใน
การขยายผลการดำเนินงานไปสู่ อปท. อื่นๆ ที่สนใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของเด็กและ
เยาวชน The Youth Health Risk Behavior Survey
(YRBS) สร้างโดย Centers for Disease Control &
Prevention (2005)¹³ ซึ่งจรรยา เศรษฐพงศ์¹⁴ ได้
นำมาแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ
(back translation) และพบว่าสามารถนำมาใช้

ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของเด็กและเยาวชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมพฤติกรรมเสี่ยง 6 ด้าน คือ ความปลอดภัยและความรุนแรง การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและใช้สารเสพติด พฤติกรรมทางเพศ การบริโภค และการออกกำลังกาย รวมข้อคำถามจำนวน 65 ข้อ (ข้อละ 1 คะแนน) แต่ละด้านแบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับ คือ 0% ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง, < 50 % มีพฤติกรรมเสี่ยงน้อย, 51-75 % มีพฤติกรรมเสี่ยงปานกลาง และ > 75% มีพฤติกรรมเสี่ยงมาก

2) แบบประเมินต้นทุนชีวิตของเด็กและเยาวชนพัฒนาจากแนวคิดการพัฒนาต้นทุนชีวิตของเด็กและเยาวชน (Developmental Youth Assets)¹² เป็นเครื่องมือประเมินที่ช่วยให้เด็ก เยาวชน และครอบครัวรู้จักตนเองดีขึ้น ถูกปรับให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยโดย น.พ.สุริยเดว ทรีปาตี⁷ ใช้สำรวจต้นทุนชีวิตทั้งต้นทุนภายในและต้นทุนภายนอกของตัวเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 5 พลัง ได้แก่ พลังภายในตัวตนของเด็ก 15 ข้อ พลังครอบครัว 8 ข้อ พลังชุมชน 8 ข้อ พลังโรงเรียน (ปัญญา) 11 ข้อ และพลังเพื่อน 6 ข้อ รวมทั้งสิ้น 48 ข้อ เป็นแบบวัด 4 ระดับ คือ เป็นประจำ (3) บ่อยครั้ง (2) บางครั้ง (1) และไม่เคย(0) มีเกณฑ์การแบ่งต้นทุนชีวิตแต่ละพลัง ดังนี้ $\leq 50\%$ ค่อนข้างน้อย, < 50-60% ปานกลาง, > 60-80% ดี และ > 80% ดีมาก ดังนั้นหากคะแนน < 60% ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบประเมินทั้ง 2 ชุด ไปทดสอบความเชื่อมั่นกับเด็กและเยาวชนที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา จำนวน 30 คน

และคำนวณหาค่า Cronbach's Coefficient Alpha มีค่าเท่ากับ 0.85 และ 0.87 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้คำนึงถึงหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิประโยชน์ ความยุติธรรม และความถูกต้อง โดยการขออนุญาตการทำวิจัยในมนุษย์ ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ตามเอกสารรับรองเลขที่ 047/ปี พ.ศ.2552 และผ่านการขออนุญาตทำการศึกษาในพื้นที่จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งขอความร่วมมือในการเป็นผู้ให้ข้อมูล ได้รับความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการเข้าถึงข้อมูลหลายวิธี ได้แก่ 1) การสำรวจข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยง และต้นทุนชีวิตของเด็กและเยาวชน 2) การสังเกตและบันทึกภาคสนามขณะและหลังสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่ม 3) การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ 4) การพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการกับผู้เข้าร่วมปฏิบัติการจริง 5) การสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องเพื่อแสดงความคิดเห็น อภิปราย และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมกลุ่มคณะผู้ดำเนินงานทั้ง 4 อบต. เพื่ออภิปรายปัญหา และสิ่งที่พบจากการดำเนินกิจกรรมเพื่อร่วมหาแนวทางแก้ไข และ 6) การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แผนพัฒนาตำบล 3 ปี เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมเสี่ยง และต้นทุนชีวิตของเด็กและเยาวชน ข้อมูลเชิงคุณภาพที่รวบรวม

ได้จากการสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึก การอภิปราย
กลุ่ม และการบันทึกภาคสนาม ถูกนำมาสกัดกลุ่ม
วิเคราะห์ และถ่ายทอดในการพัฒนาต้นทฤษฎีเด็ก
และเยาวชนในชุมชน ตรวจสอบความถูกต้องและ
ความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้วิธีการเก็บข้อมูล
หลากหลายวิธี และการใช้นักวิจัยในพื้นที่ รวมทั้งมี
การตรวจสอบความคิดกับผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

สถานการณ์เด็กและเยาวชน (Situation analysis) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 473 คน มีอายุ
ระหว่าง 12-16 ปี ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา
ตอนต้นร้อยละ 91.8 และระดับมัธยมศึกษาตอน
ปลายร้อยละ 8.2 เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ
(ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของเด็กและเยาวชนกลุ่มตัวอย่าง (N = 473)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	279	59.0
	หญิง	194	41.0
อายุ (ปี)	12-14 (วัยรุ่นตอนต้น)	379	80.1
	15-16 (วัยรุ่นตอนกลาง)	94	19.9
ศาสนา	พุทธ	469	99.2
	อิสลาม	3	.6
	คริสต์	1	.2
ระดับการศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่ 1-3	434	91.8
	มัธยมศึกษาปีที่ 4-6	39	8.2
ประเภทสถานศึกษา	โรงเรียนขยายโอกาส	377	79.7
	โรงเรียนมัธยมศึกษา	96	20.3
ที่ตั้งของสถานศึกษา	เขตเทศบาล	229	48.4
	เขต อบต.	244	51.6

ตารางที่ 2 พฤติกรรมเสี่ยงของเด็กและเยาวชนจังหวัดนครศรีธรรมราช (N=473)

	ไม่เสี่ยง	เสี่ยงน้อย	เสี่ยงปานกลาง	เสี่ยงมาก
	%	%	%	%
ความปลอดภัยและความรุนแรง	5.1	76.3	6.7	1.6
การสูบบุหรี่	82.2	7.4	4.3	6.1
การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสารเสพติด	67.7	19.2	1.8	1.0
พฤติกรรมทางเพศ	94.1	0.4	1.8	5.9
การรับประทานอาหาร	10.4	32.9	55.6	1.0
ขาดการออกกำลังกาย	8.8	54.6	19.4	7.0

พฤติกรรมเสี่ยงที่พบมากที่สุด คือ ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และพฤติกรรมทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 7, 6.1 และ 5.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) สำหรับต้นทุนชีวิตของเด็กและเยาวชน พบว่า ต้นทุนชีวิตที่มีมาก คือ พลังครอบครัว ได้แก่ เด็ก รู้สึกว่าบ้านเป็นที่ที่อบอุ่น ปลอดภัย และมีความสุข ที่สุด (81.69%) รู้สึกพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่มาก (78.03%) มีผู้ปกครองคอยส่งเสริมด้านการเรียน (77.87%) มีผู้ปกครองที่เป็นแบบอย่างที่ดีให้ทำตาม (77.34%) และได้รับความรัก ความอบอุ่น เอาใจใส่ที่ดีจากครอบครัว (77.11%)

ตารางที่ 3 ต้นทุนชีวิตที่มีน้อยของเด็กและเยาวชนก่อนและหลังดำเนินการ

หมวด	ต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชนรายชื่อ	ก่อน	หลัง
พลังตนเอง	การให้ความสำคัญกับความเท่าเทียมในสังคม	51.25	73.88
	กล้ายืนหยัดในสิ่งที่ฉันเชื่อ	52.63	64.44
	ควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้	52.93	61.66
	กล้าพูดความจริงเสมอแม้ว่ามันจะทำได้ยาก	53.92	57.77
	พยายามแก้ปัญหาข้อขัดแย้งด้วยสติปัญญา	57.13	75.00
พลังโรงเรียน	พูดคุยเกี่ยวกับสื่อกับครูประจำ	51.33	61.11
	ใฝ่รู้ภูมิปัญญาและวัฒนธรรม	57.58	66.66
พลังชุมชน	การได้รับมอบหมายหน้าที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน	52.86	72.77
	การทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์เป็นประจำ	55.91	68.33
พลังครอบครัว	การพูดคุยเกี่ยวกับสื่อ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ในครอบครัว	55.07	68.33

จากตารางที่ 3 พบว่าต้นทุนชีวิตที่มีน้อย ก่อนดำเนินงาน ได้แก่ พลังตัวตน ซึ่งเกี่ยวกับการให้ความสำคัญกับความเท่าเทียมในสังคม (51.25%) การควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ (52.63%) กล้าพูดความจริงเสมอแม้ว่ามันจะทำได้ยาก (52.93%) กล้ายืนหยัดในสิ่งที่ฉันเชื่อ (53.91%) และการพยายามแก้ปัญหาข้อขัดแย้งด้วยสติปัญญา (57.12%) ตามลำดับ รองลงมา คือ พลังโรงเรียน (ปัญญา) ได้แก่ พุดคุยเกี่ยวกับสื่อกับครูประจำ (51.33%) และปัญญาและวัฒนธรรม (57.58%) พลังชุมชน ได้แก่ การได้รับมอบหมายหน้าที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน (52.86%) และการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์เป็นประจำ (55.91%) และพลังครอบครัว คือ การพุดคุยเกี่ยวกับสื่อ เช่น วิทยุ ทวี ในครอบครัว (55.07%) ซึ่งหลังจากการดำเนินงาน พบว่ามีคะแนนเพิ่มขึ้นทุกเรื่อง

นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กและเยาวชน จากการศึกษาแผนพัฒนาตำบล 3 ปี และการประชุมกลุ่มคณะผู้ดำเนินงานทั้ง 4 อบต. เกี่ยวกับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กและเยาวชนของตำบล พบว่า 1) การวางแผนงานด้านเด็กและเยาวชน ส่วนใหญ่ไม่ได้มาจากปัญหาและความต้องการของชุมชน รวมทั้งไม่ได้ให้เด็ก ครอบครัว โรงเรียน และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผน 2) แผนการพัฒนาหมู่บ้านที่เด็กวัยก่อนเรียน เช่น การสร้างศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพิ่มขึ้น โครงการสายใยรักครอบครัว มุ่งส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โครงการอาหารกลางวันและอาหารเสริม (นม) 3) แผนการพัฒนาเด็กวัยเรียน เช่น การอบรมนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย การสนับสนุนอุปกรณ์การเรียนการสอน การสนับสนุนอาหารกลางวัน การจัดซื้ออุปกรณ์การเล่น (กลางแจ้ง) การให้ทุนการศึกษา

และสนับสนุนการแข่งขันกีฬาประจำปี กีฬาหมู่บ้าน และ 4) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นขาดความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กและเยาวชน เช่น การจัดตั้งสภาเด็กและเยาวชนตำบล การส่งเสริมความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว การสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังแก้ไขปัญหาคอร์รัปชัน รวมทั้งหาแนวทางการแก้ไขโดยมีบุคคลที่รับผิดชอบในการติดต่อประสานงานที่ชัดเจน

รูปแบบการพัฒนาต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชนในชุมชน มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการกำหนดนโยบายสาธารณะ ประกอบด้วย

1.1 การสร้างความเข้าใจกับพื้นที่ (อปท.)

1.2 การรวบรวมข้อมูลเด็กและเยาวชนในพื้นที่ โดยการสำรวจและจัดเวทีให้เด็ก เยาวชน และแกนนำในชุมชน ร่วมกันเสนอปัญหาและความต้องการและมีการนำเสนอข้อมูลเพื่อทำให้ที่ประชุมได้เข้าใจสถานการณ์เด็กและเยาวชนในชุมชน

1.3 วิเคราะห์สาเหตุแห่งปัญหา กำหนดเป้าหมาย และนโยบายสาธารณะ พร้อมทั้งเสนอโครงการและกิจกรรมที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง

2. ขั้นตอนการดำเนินงานตามนโยบาย ประกอบด้วย 2 นโยบาย ดังนี้

2.1 นโยบายการส่งเสริมและพัฒนาเด็กและเยาวชนในชุมชน ได้ดำเนินการเกี่ยวกับ 1) จัดตั้งกลุ่ม/สภาเด็กและเยาวชนในตำบล 2) พัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชนในชุมชน เช่น การอบรม “ต้นกล้าอาชีพ” การเข้าค่ายของเยาวชน การจัดอบรมแกนนำเพื่อให้รู้จักการทำงานเป็นทีมและการเขียนโครงการโดยมีผู้ใหญ่เป็นที่ปรึกษา 3) สนับสนุนกิจกรรม

สร้างสรรค์ในโรงเรียน ได้แก่ โครงการวัยรุ่นวัยใส ใส่ใจเพศศึกษา โครงการสร้างจิตสำนึกเด็กและเยาวชนทำพญารักสิ่งแวดล้อม และในชุมชน ได้แก่ โครงการเล่นดนตรีต่อต้านยาเสพติด โครงการเยาวชนรักษ์บ้านเกิด โครงการรักษากล่องยาว โครงการส่งเสริมผลิตภัณฑ์จาก 4) ให้รางวัลเด็กที่ทำความดีในงานวันสำคัญ เช่น วันลอยกระทง งานแข่งขันกีฬาตำบล งานวันเด็ก เป็นต้น ทำให้เกิดความภาคภูมิใจที่ผู้ใหญ่ในชุมชนเห็นความตั้งใจของเด็ก และ 5) สนับสนุนกองทุนของเด็กและเยาวชน โดยเด็กได้นำงบประมาณที่ได้ไปเปิดบัญชีในนามของสภาเด็กฯ แต่ยังไม่มีรูปแบบหรือการดำเนินงานที่ชัดเจน และพยายามหาเงินเข้ากองทุน เช่น รับเล่นดนตรีในงานต่าง ๆ และมีการเขียนโครงการเพื่อของบประมาณสนับสนุนจาก สสส. เพื่อทำโครงการต่อ

2.2 นโยบายสนับสนุนการมีส่วนร่วมพัฒนาเด็กและเยาวชน มีกิจกรรม คือ 1) อบรม “การพัฒนาเยาวชนเชิงบวก” เพื่อสร้างความเข้าใจในการพัฒนาเด็ก จากการทำกิจกรรมทำให้เด็ก ผู้ปกครอง และครูเกิดความเข้าใจความรู้สึกของคนอื่นมากขึ้น และ 2) ส่งเสริมกลไกการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ได้แก่ สนับสนุนศูนย์พัฒนาครอบครัวให้เกิดความสัมพันธ์และเข้าใจระหว่างเด็กและคนในครอบครัวมากขึ้น ดังเช่น โครงการครอบครัวสัมพันธ์ ทำให้ได้ครอบครัวต้นแบบ และมีแนวทางการดำเนินงานพัฒนาครอบครัวรูปแบบต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง สนับสนุนกิจกรรมเสริมหลักสูตรของโรงเรียน ทำให้เด็กนักเรียนมีโอกาสได้ทำกิจกรรมในโรงเรียนและเกิดจิตอาสาเชื่อมสู่การพัฒนาชุมชน โดยมีครูเป็นที่ปรึกษา และส่งเสริมกิจกรรมในชุมชนเพื่อให้ผู้ใหญ่ในชุมชนได้อยู่เคียงข้างเด็ก และคอยให้คำปรึกษาด้านต่าง ๆ เช่น การป้องกัน

พฤติกรรมเสี่ยงของเด็กและเยาวชน การรักษาสีงแวดล้อม และการอนุรักษ์ภูมิปัญญาพื้นบ้าน

3. ขั้นตอนการประเมินผลนโยบาย ประกอบด้วย

3.1 การประเมินผลลัพธ์ พบว่า หลังดำเนินการ ต้นทุนชีวิตของเด็กและเยาวชนในทุกพลังที่มีน้อยกลับเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 4) แสดงถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ในการสนับสนุนให้เด็กและเยาวชนได้มีโอกาสทำกิจกรรมดี ๆ ที่สร้างสรรค์มากขึ้น

3.2 การประเมินกระบวนการ จากเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ดังนี้ 1) ควรมีการขยายกลุ่มของเด็กและผู้สนับสนุนในชุมชนเพื่อเปิดโอกาสให้เด็กทำสิ่งดี ๆ และทำให้เครือข่ายเด็กในตำบลเข้มแข็งขึ้น 2) ควรมีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ อบต. รับผิดชอบเรื่องเด็กโดยตรงเพื่อมอบหมายให้เป็นพี่เลี้ยงเด็กอย่างต่อเนื่อง และชุมชนควรจัดให้มีผู้ใหญ่ในหมู่บ้านเป็นที่ปรึกษาแก่เด็กเมื่อมีปัญหา 3) เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ใหญ่เข้าใจและเห็นความสำคัญของการสนับสนุนให้เด็กเยาวชนได้ทำกิจกรรมที่สร้างสรรค์ทั้งที่บ้าน โรงเรียน และชุมชน 4) ให้โอกาสเด็กและเยาวชนที่หลงผิดกลับมาเข้ากลุ่มเพื่อนเพื่อทำกิจกรรมดี ๆ ในชุมชน 5) ให้เด็กมีอิสระทางความคิดและการทำงาน ไม่ควรตีกรอบในการทำงานของเด็ก และให้เด็กได้บริหารการเงินด้วยตนเองเพื่อให้เด็กรู้สึกว่าเป็นผู้ใหญ่ซึ่งมีความรับผิดชอบมากขึ้น 6) สนับสนุนให้ร่วมทำกิจกรรมและเรียนรู้กับผู้ใหญ่ เช่น โครงการสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และเป็นคณะกรรมการชุมชน 7) ให้ความสำคัญต่อการเรียนรู้ของเด็กและผู้สนับสนุนในชุมชนด้วยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเด็กทั้งในระดับตำบลและ

จังหวัด เป็นเวทีแห่งกัลยาณมิตร และ 8) สร้างเครือข่ายกับภายนอกทั้งในระดับอำเภอและจังหวัด ทำให้เครือข่ายเด็กและเยาวชนเข้มแข็งขึ้นและมีพลังในการต่อรองมากขึ้น

3.3 การประเมินผลกระทบ พบว่า มีบางพื้นที่ หลังจากการพัฒนาศักยภาพทำให้เด็กเกิดความมั่นใจ เขียนโครงการของงบประมาณเพื่อทำโครงการต่อจากหน่วยงานอื่น เช่น แผนงานเด็กพลัส สสส. ทำให้เด็กได้งบประมาณเพื่อสานต่อโครงการดี ๆ แห่งละ 30,000 บาท อีกทั้งทำให้ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน หันกลับมาให้ความสนใจและใส่ใจลูกหลานของตนเองมากขึ้น

ผลจากการประเมินการดำเนินงานของนโยบายดังกล่าว ที่ประชุมคณะทำงานของทั้ง 4 พื้นที่ได้ให้ข้อเสนอว่า นโยบายทั้งสองควรมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากสามารถดำเนินงานได้จริง โดยความร่วมมือของครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และมีเจ้าหน้าที่จาก อบต. คอยเป็นพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษา จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสนับสนุนงบประมาณ เพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมสร้างสรรค์ของเด็กและเยาวชนในชุมชน เป็นต้น และมีความคุ้มค่าเนื่องจากใช้งบประมาณน้อย ไม่เกิน 40,000 บาท / ปี แต่สามารถทำให้เด็กและเยาวชนมีโอกาสทำกิจกรรมสร้างสรรค์และเกิดประโยชน์แก่ชุมชนมากมาย

4. ขั้นตอนการเผยแพร่นโยบายและขยายเครือข่าย มีทั้งระดับอำเภอและจังหวัด ได้แก่

4.1 ระดับอำเภอ เครือข่ายเกสรท่าหลา เป็นกรณีตัวอย่างของการรวมตัวของเครือข่ายเด็กและเยาวชนในอำเภอท่าศาลา และได้จัดประชุม “เสวนาทิศทางการพัฒนาเด็กและเยาวชนในชุมชน” เพื่อให้เด็กมีเวทีในการเสนอโครงการแก่ อบต. ของ

ตนเอง ทำให้ อบต. มองเห็นถึงศักยภาพของเด็กและเยาวชนและให้การสนับสนุนกิจกรรมสร้างสรรค์ เช่น การปลูกป่าชายเลนเนื่องในวันแม่แห่งชาติ การรณรงค์ให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาเนื่องในวันลอยกระทง การส่งเสริมการออกกำลังกายในกลุ่มวัยรุ่น การรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุ เป็นต้น

4.2 ระดับจังหวัดร่วมเป็นภาคีกับเครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะต่างๆ จากที่ประชุม ทำให้องค์กรภาคีต่างๆ ในจังหวัดเกิดความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการพัฒนาเยาวชนเชิงบวก มีผลทำให้เด็กและเยาวชนมีโอกาสเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้แสดงความสามารถในระดับจังหวัด และได้รับการเสนอชื่อให้เข้าร่วมประชุมในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทำให้องค์กรพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช มีแผนการสนับสนุนสภาเด็กและเยาวชนในระดับตำบลและระดับอำเภอ โดยการสร้างความเข้าใจให้กับ อบต. มีแผนการพัฒนาคณะกรรมการศูนย์พัฒนาครอบครัว ด้วยการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาเยาวชนเชิงบวก และทำให้ อบต. อื่นๆ มีแนวทางพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อดำเนินการพัฒนาสุขภาวะเด็กและเยาวชนต่อไป

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเด็กและเยาวชนเริ่มตั้งแต่อายุ 9 ปี ในเด็กผู้ชาย และในเด็กผู้หญิงเริ่มที่อายุ 10 ปี โดยพบว่าเด็กที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ร้อยละ 4.23 มีการดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้ยาเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 11.8 ไม่ใช้ถุงยางอนามัย สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร คำภูไทย¹⁵ ที่พบว่า

เด็กเริ่มมีเพศสัมพันธ์อายุน้อยลง และไม่ชอบใช้ถุงยางอนามัยเนื่องจากคิดว่าไม่เป็นธรรมชาติ และที่สำคัญทำให้รู้สึกถึงความไม่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ประกอบกับสังคมไทยมีค่านิยมว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งไม่ดี จึงไม่กล้าไปซื้อยาคุมหรือถุงยางอนามัยสำหรับปัญหาการสูบบุหรี่พบว่า ร้อยละ 20.5 ของเด็กที่สำรวจทั้งหมดเคยสูบบุหรี่ เนื่องจากความอยากรู้อยากลองสิ่งใหม่ ๆ รวมทั้งเชื่อว่าการสูบบุหรี่ช่วยให้ผ่อนคลายความเครียดและไม่มีผลกระทบต่อการเรียน นอกจากนี้การมีร้านสะดวกซื้อเพิ่มขึ้นทำให้เด็กและเยาวชนหาซื้อบุหรี่ได้ง่ายขึ้น มีเด็กและเยาวชนมากกว่าครึ่งมีการดื่มสุราเนื่องจากมีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกันทั้งในเรื่องการเรียนหรือการพบปะสังสรรค์ โดยเชื่อว่าการดื่มสุราจะช่วยให้งานมีสีสันและสนุกสนานมากขึ้น สำหรับปัญหายาเสพติดพบว่า เด็กร้อยละ 4.7 เคยทดลองสูบบุหรี่ รวมทั้งยาเสพติดชนิดอื่น เช่น ดมกาว ยาบ้า เฮโรอีน และยาอี ตามลำดับ โดยใน 12 เดือนที่ผ่านมาพบว่ามีบุคคลภายนอกเคยมาเสนอขายสารเสพติดแก่เด็กในเขตโรงเรียน ร้อยละ 4.9 สอดคล้องกับการศึกษาของจรรยา เศรษฐพงศ์¹⁴ และศิริพร เค้าแก้วไทย¹⁵

ต้นทุนชีวิตของเด็กและเยาวชนที่ศึกษาพบว่าพลักรอบครัวมีมากที่สุด โดยเด็กรู้สึกที่บ้านเป็นที่อบอุ่น ปลอดภัย เอาใจใส่ และเป็นตัวอย่างที่ดีของลูก สอดคล้องกับการศึกษาของฉลองรัฐ อินทรีย์ และพรทิพย์ อนันตกุล¹⁶ ที่พบว่าสมาชิกในครอบครัวของเยาวชนส่วนใหญ่มีความรักและผูกพันต่อกัน ร้อยละ 78.2 สำหรับต้นทุนชีวิตที่มีน้อย คือ พลังตัวตนของเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาในระดับประเทศของ นพ.สุริยเดว ทรีปาตี¹⁷ ที่พบว่าต้นทุนชีวิตที่มีน้อย คือ พลังตัวตน ได้แก่ จิตสาธารณะ

ชาดกิจกรรมส่วนร่วม ห่วงเหินศาสนา และขาดความซื่อสัตย์ เป็นต้น การพัฒนาต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชนจึงเปรียบเสมือนการสร้างภูมิคุ้มกันให้เกิดขึ้นกับเด็กและเยาวชน การศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงผลของนวัตกรรมการใช้กระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมพัฒนาเด็กและเยาวชน ยืนยันให้เห็นว่านโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy: HPP) ไม่จำเป็นต้องรอให้ภาครัฐเป็นผู้กำหนดนโยบาย แต่ควรให้ความสำคัญกับภาคประชาชนและผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อเป็นการแก้ปัญหาของชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง อปท. จึงควรให้ความสำคัญกับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาต้นทุนชีวิตของเด็กและเยาวชน ทั้งนโยบายการส่งเสริมและพัฒนาเด็กและเยาวชนในชุมชน และนโยบายการสนับสนุนการมีส่วนร่วมพัฒนาเด็กและเยาวชน เพราะถือว่าเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า เนื่องจากใช้เงินน้อยแต่ทำให้ผู้ประกอบการ ครูและชุมชนเห็นความสำคัญเข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของชุมชนป่าชายเลนลุ่มน้ำปะเหลียน จังหวัดตรัง¹⁰ ที่ใช้กระบวนการนโยบายสาธารณะในการแก้ปัญหาในชุมชน และสอดคล้องกับการดำเนินงานของแผนงานสุขภาวะเด็กและเยาวชน โดยคำนึงถึง 3 ปัจจัยหลัก¹⁷ คือ 1) การเห็นคุณค่าและศักยภาพของเด็กและเยาวชน (positive youth model) 2) การมีส่วนร่วมของเด็กเยาวชน ครอบครัว โรงเรียน และชุมชนในกิจกรรมสาธารณะอย่างจริงจัง (community and youth participation) และ 3) การได้รับการเผยแพร่และแรงเสริมบวกในกิจกรรมที่ดีจากสังคมและชุมชน (public motivation) ปัญหาเด็กและเยาวชนที่กำลัง

ทวีความรุนแรงจึงจะได้รับการดูแล หาก อปท. เห็นความสำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาเด็กและเยาวชนอย่างจริงจัง โดยการสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคมที่แข็งแกร่งให้แก่เด็กและเยาวชนทั้งในครอบครัว โรงเรียนและชุมชน เพื่ออนาคตของชาติต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. สร้างทัศนคติเชิงบวกแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มองคุณค่าของเด็กและเยาวชนว่าเป็นวัยที่มีพลังความคิดสร้างสรรค์และมีศักยภาพ จึงควรสนับสนุนให้เกิดนโยบายและงบประมาณที่ชัดเจนเพื่อการพัฒนาศักยภาพและการรวมตัวของเด็กและเยาวชนในการทำกิจกรรมที่สร้างสรรค์และตรงกับความสนใจในทุกพื้นที่ โดยมีผู้ใหญ่คอยให้การสนับสนุน

2. ให้ความสำคัญต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในกลุ่มเด็กและเยาวชน เพื่อน ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน สู่สภาวะของเด็กและเยาวชนพร้อมการเผยแพร่เพื่อยกระดับความเข้าใจเป็นอุดมการณ์ การเคลื่อนไหวสนับสนุนให้เกิดเป็นนโยบายและนำสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

3. สร้างกลไกการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็กและเยาวชนตั้งแต่ระดับชุมชน อปท. สู่ระดับประเทศเพื่อเป็นพลังการขับเคลื่อนให้มีพลังในการต่อรองมากขึ้น จนเกิดเป็นนโยบายของ อปท. อำเภอ จังหวัด และของชาติต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณเด็กและเยาวชนรวมทั้งผู้ปกครอง ผู้บริหารและครูในโรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแกนนำชุมชนที่เข้าร่วมโครงการทุกท่าน และขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ ดร.มิ่งสรรพ ขาวสอาด แผนงานสร้างเสริมการเรียนรู้กับสถาบันอุดมศึกษาไทยเพื่อการพัฒนานโยบายสาธารณะที่ดี (นสอ.) ที่ให้คำชี้แนะ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนงบประมาณการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Whalen, L. G., Grunbaum, J. A., Kinchen, S., McManus, T., Shanklin, S. L., & Kann, L. **The National college health risk behavior survey.** [online] 2003 [cited 2008 December 4] Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml00049859.html>.
2. Ruangkanchanasetr S, Plitponkarnpim A, Hetrakul P, Kongsakon R. Youth risk behavior survey: Bangkok, Thailand. **J Adolesc Health** 2005;36: 227-5.
3. **วัยรุ่นไทยชมปีติดเกมออนไลน์.** [อินเทอร์เน็ต] 2551 [สืบค้นเมื่อ 16 มกราคม 2553] จาก: <http://www.purelovenet.com/HTML/article/article16.html>.
4. Santelli JS, Kaiser J, Hirsch L, Radosh A, Simkin L, Middlestadt S. Initiation of sexual intercourse among middle school adolescents: The influence of psychosocial factors. **J Adolesc Health** 2004; 34: 200-8.

5. Leffert, N., Benson, P. L., Scales, P. C., Sharma, A. R., Drake, D. R., Blyth, D. A. Developmental Assets: Measurement and Prediction of Risk Behaviors among Adolescents. **Appl Dev Sci** 1998; 2 (4): 209-30.
6. Benson, P.L., Leffert, N., Scales, P.C. and Blythe, D.A. Beyond the village rhetoric: Creating healthy communities for children and adolescents. **Appl Dev Sci** 1998; 2: 138-59.
7. สุริยเดว ทรีปาตี. **ต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชนไทย**. กรุงเทพฯ : แผนงานสุขภาวะเด็กและเยาวชน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี; 2552.
8. อ่ำพล จิตวัฒน์. **ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ**. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ; 2548.
9. World Health Organization. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy, Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 5-9 April 2001. [cited 2010 April 10] Available from http://www.dk/AboutWHO/Policy/20010827_2.
10. เลิศชาย ศิริชัย. การเคลื่อนไหวนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับทรัพยากรธรรมชาติ: เขตป่าชายเลนและป่าสาครุ่มน้ำปะเหลียน จังหวัดตรัง. **วารสารสังคมศาสตร์ ม.วลัยลักษณ์** 2008; 2(2): 61-111.
11. Murphey, D.A., Lamonda, K.H., Carney, J.K., & Duncan, P. Relationships of a Brief Measure of Youth Assets to Health-promoting and Risk Behaviors. **J Adolesc Health** 2004; 34: 184-91.
12. Duncan, P.M., Garcia, A.C., Frankowski B.L., Carey, P.A., Kalkock E.A., Dixon R.D., and Shaw J.S. Inspiring Healthy Adolescent Choices: A Rationale for and Guide to Strength Promotion in Primary Care. **J Adolesc Health** 2007; 41 (6): 519-20.
13. Kolbe, L.J. An epidemiological surveillance system to monitor the prevalence of youth behaviors that affect health. **J Health Educ** 1990; 21: 44-8.
14. จรรยา เศรษฐพงศ์. **พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช**. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2550.
15. ศิริพร คำภูไทย. **สถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพในเด็กและวัยรุ่น**. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2549.
16. ฉลองรัฐ อินทรีย์, พรทิพย์ อนันตกุล. **ภาวะสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี. การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง กำลังคนด้านสุขภาพกับการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์**, 2-4 มิถุนายน 2553.
17. สุริยเดว ทรีปาตี. **แผนงานสุขภาวะเด็กและเยาวชน (สสส.)** สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2553 จาก <http://blog.eduzones.com/hotnews2010/46488>

Public Policy Process for the Improvement of Children's and Youths' Life's Assets

Naiyana Noonil. Ph.D.*

Saifon Aekwarangkoon, Ph.D.*

Abstract: This participatory action research had two main objectives: 1) to study risk behaviours and life's assets of children and youths in the target communities; and 2) to determine possible means of improving the life's assets of the children and youths in the communities. This research was conducted based on the concept of participatory public policy process. The target subjects, totalling 473, were children and youths from 4 areas governed by 4 local administrative bodies, namely, Thai Buri Subdistrict Administrative Organisations, Bang Jak Subdistrict Administrative Organisations, Tha Phaya Subdistrict Administrative Organisations and Pak Phanang Municipality, all in Nakhon Sri Thammaraj Province. The research was conducted in 4 phases: 1) preparation; 2) determination of public policy; 3) implementation; and 4) assessment.

According to the research, important results are as follows. Firstly, the 3 highest-risk behaviours amongst the children and youths studied were lack of exercise (7%), smoking (6.1%) and risky sexual behaviour (5.9%), respectively. Next, most of the subjects' strongest asset was their family ties; the home was regarded as a source of warmth, security, study support, care and living examples. Conversely, their weakest individual assets were identified in the areas of human dignity recognition; courage of right thoughts, right deeds and right words; sensible settlement of conflicts; truthfulness; and avoidance of violence or aggression.

The model of improving life's assets for the children and youths involved 4 steps: 1) determining public policies; 2) implementing the policies; 3) assessing the implemented policies; and 4) publicising the policies and expanding networks. The first policy, which was to promote improvement of each community's children and youths, involved the establishment of a Subdistrict Council for Children and Youths, improvement of children's and youths' potential, promotion of constructive activities, rewarding for children's good deeds, and promotion of a children and youth fund. The second policy, which aimed at promoting participation in children and youth development, was implemented through two activities, namely, 1) a positive youth-development training session, and 2) promotion of activities co-performed by families, schools and the community. The assessment results showed that these policies improved the life's assets of the children and youths studied.

A major suggestion is that local administrative organizations not only prioritize but also be leaders for the improvement of life's assets for children and youths in each subdistrict. Emphasis should be placed on creating a developmental process in which children, youths, families, schools and the community are encouraged to participate.

Thai Journal of Nursing Council 2011; 26 (special issue) 30-43

Key words: Public policy process, Life's assets, Children and youths

*Assistant Professor, Institute of Nursing, Walailak University

การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนเพื่อผลิตนิสิตเป็นผู้นำในการสร้างเสริม สุขภาพของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สมสิริ รุ่งอมรรัตน์ Ph.D*

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ Ph.D**

ยุวดี วิทย์พันธ์ Dr.PH**

สุภาภักดิ์ เกตตราสุวรรณ Ph.D**

อุบลวนา ขวัญบุญจันทร์ กศ.ม.(สุขศึกษา)**

บทคัดย่อ: การสร้างเสริมสุขภาพเป็นหนึ่งในบทบาทที่สำคัญของพยาบาลทุกคน ซึ่งกว่าพยาบาลแต่ละคนจะเป็นผู้นำทางการสร้างเสริมสุขภาพได้นั้นพยาบาลจำเป็นต้องได้รับความรู้พื้นฐาน หลักการ ความสำคัญและการนำความรู้ของการสร้างเสริมสุขภาพไปประยุกต์ใช้ตั้งแต่ยังเป็นนิสิตพยาบาล ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนเพื่อผลิตบัณฑิตให้เป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีวิชาที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 8 รายวิชา ซึ่งมีการดำเนินงานแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมความพร้อมให้กับอาจารย์ 2) ระยะดำเนินงาน คือ การให้แต่ละรายวิชานำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับเนื้อหาวิชาของตน และ 3) ระยะสรุปผลการดำเนินงาน ผลการศึกษา พบว่า ทั้ง 8 รายวิชาที่เข้าร่วมโครงการมีการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจให้แก่อาจารย์และนิสิต สรุปได้ 3 ระยะดังนี้ 1) สร้างพลังให้กับอาจารย์ผู้สอน 2) สร้างพื้นความรู้ให้นิสิต 3) สร้างประสบการณ์ผู้นำร่วมกัน โดยในแต่ละระยะมีการวางแผน ทดลองปฏิบัติ ประเมินผลเป็นวงจรเพื่อเสริมพลังอำนาจให้อาจารย์และนิสิตต่อเนื่อง และเมื่อประเมินผลโดยภาพรวมพบว่า นิสิตมีความพึงพอใจในรูปแบบการเรียนการสอน มีความมั่นใจในตนเอง และมีความรู้สึกเป็นผู้นำ

ผลการศึกษา พบว่า การจะผลิตบัณฑิตให้เป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพนั้น นอกจากผู้สอนจะให้ความรู้แก่ผู้เรียนแล้ว ผู้สอนควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาภาวะผู้นำแก่ผู้เรียน โดยให้ผู้เรียนสามารถตัดสินใจด้วยความมั่นใจและให้อิสระในการเลือกปฏิบัติให้กับกลุ่มเป้าหมายที่ตนเองดูแล

วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26 (ฉบับพิเศษ) 44-58

คำสำคัญ: การสร้างเสริมพลังอำนาจ รูปแบบการเรียนการสอน การสร้างเสริมสุขภาพ
นิสิตพยาบาล

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีการจัดการศึกษาพยาบาล และผดุงครรภ์ในระบบการศึกษาระดับอุดมศึกษา ตั้งแต่ พ.ศ. 2499 โดยมุ่งจัดการเรียนการสอนให้ผู้เรียนสำเร็จการศึกษาเป็นพยาบาลที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ปกป้องดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพทั้งในภาวะปกติและผดุงครรภ์ ครอบคลุมทั้งการรักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ^{1,2}

อย่างไรก็ตามกระแสความตื่นตัวในการดำเนินงานด้านสุขภาพตามแนวคิด “การสาธารณสุขแนวใหม่ (new public health)” ที่เสนอแนะให้ใช้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์สำคัญ ดังปรากฏตามประกาศ “กฎบัตรออกอตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion)” ที่กำลังมีความเข้มข้นมากขึ้นในปัจจุบัน^{3,4} นำไปสู่คำถามที่ว่า การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในปัจจุบันได้มีการปรับปรุง พัฒนารูปแบบ วิธีการเรียนการสอน หรือเนื้อหาสาระที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับกระแสการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวหรือไม่ อย่างไร⁵

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เล็งเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงจัดการเรียนการสอนของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้มีวัตถุประสงค์สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ⁶ ซึ่งวัตถุประสงค์หลักของหลักสูตรฯ ข้อหนึ่งคือ ภายหลังสำเร็จการศึกษานิสิตพยาบาลสามารถนำแนวคิดหลักการ ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง โดยคณะพยาบาลศาสตร์ ได้จัดการเรียนการสอนให้มีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพทั้งวิชาที่เกี่ยวข้องโดยตรง คือ วิชาการสร้างเสริมสุขภาพ

และการป้องกันการเจ็บป่วย วิชาการดูแลตนเองด้านสุขภาพ และวิชาบุรุษกับสุขภาพ และวิชาทางการพยาบาลที่มีเนื้อหาสร้างเสริมสุขภาพสอดแทรกทั้งวิชาภาคทฤษฎีและวิชาภาคปฏิบัติ โดยเนื้อหาวิชาสร้างเสริมสุขภาพที่มีของแต่ละวิชานั้น จัดการเรียนการสอนหลากหลาย เช่น ในวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นจัดให้เรียนในหน่วยที่ 1 คือ การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับเด็กและครอบครัว หรือในวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ในแต่ละหน่วย เช่น การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบหัวใจและหลอดเลือดจะมีเนื้อหาเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพสอดแทรกอยู่ด้วย เพื่อให้ให้นิสิตทราบแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยแต่ละระบบ⁷

อย่างไรก็ตาม ในส่วนของเนื้อหาวิชาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าว อาจารย์ผู้สอนในแต่ละรายวิชาจะเป็นผู้ค้นคว้า เตรียมการสอนด้วยตนเองตามที่ได้ศึกษามา ทำให้แนวคิดในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพของแต่ละสาขาวิชามีความหลากหลาย ไม่เป็นแนวคิดที่ไปในทิศทางเดียวกัน เนื่องจากยังไม่เคยมีการตกลงกันระหว่างอาจารย์ผู้สอนในแต่ละวิชา และแนวคิดในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพอาจแปรเปลี่ยนไปตามกาลเวลา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทบทวนองค์ความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกันกับอาจารย์ในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อการพัฒนาการเรียนการสอนในรายวิชาที่มีเนื้อหาสร้างเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น

นอกจากนี้ศิริพร ชัมภลิต, จุฬาลักษณ์ บาร์มี, ปฤศนา ภูวนันท์, วงเดือน สุวรรณศิริ, พูลสุข ศิริพูล และกิตติกร นิลมานันต์⁸ ได้วิเคราะห์หลักสูตรสาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าการจัดการเรียนการสอนส่วนใหญ่เป็นการให้

ความรู้โดยการสอนและให้คำแนะนำ ทำให้ผู้เรียนอาจเกิดปัญหาในการประยุกต์ใช้เมื่อจบการศึกษาได้ ดังนั้นผู้วิจัยและคณะจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญและต้องการพัฒนาการเรียนการสอนในรายวิชาที่มีเนื้อหาการสร้างเสริมสุขภาพของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อให้นิสิตสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้สามารถเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพในขณะที่ศึกษาในแต่ละรายวิชา และบัณฑิตที่จบมาสามารถนำความรู้ที่เรียนมาไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในประเทศ

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อพัฒนาการเรียนการสอนรายวิชาที่มีเนื้อหาสร้างเสริมสุขภาพของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒให้สามารถผลิตบัณฑิตเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพได้

กรอบแนวคิดของงานวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรของออกตาวา (Ottawa Charter)⁹ ร่วมกับการสร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) เป็นแนวทางในการให้ความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพให้กับอาจารย์ในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒและเพื่อให้อาจารย์นำไปถ่ายทอดแนวคิดดังกล่าวให้กับนิสิตทำให้เกิดการเรียนการสอนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ การสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนทั่วไปนั้นควรประสานสองแนวคิดเข้าด้วยกัน คือ การสร้างเสริมสุขภาพตามแนวทางของกฎบัตรออกตาวา

ซึ่งเป็นกระบวนการที่เพิ่มให้บุคคลมีความตระหนักในภาวะสุขภาพและมีความสามารถในการดูแลสุขภาพให้มีความสมบูรณ์ทั้งกาย จิต สังคม และปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้⁴ โดยกระบวนการหนึ่งที่สามารถทำให้บุคคลมีความสามารถมากขึ้นในการคิดตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง นั่นคือ การสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับบุคคล โดยให้การสนับสนุน ให้ออกาส ให้ความร่วมมือ และให้ความเชื่อมั่นว่าบุคคลนั้นสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองตามความซื่อสัตย์ของตน^{10,11,12} โดยอาจารย์ผู้รับผิดชอบแต่ละรายวิชาจะนำแนวคิดดังกล่าวสอดแทรกในการเรียนการสอนที่มีเนื้อหาวิชาสร้างเสริมสุขภาพของคณะพยาบาลศาสตร์

วิธีดำเนินงานวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีรูปแบบการวิจัยเป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) กลุ่มเป้าหมายที่ทำการศึกษาคือ อาจารย์และนิสิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยร่วมกันค้นหารูปแบบการเรียนการสอนในรายวิชาที่มีเนื้อหาการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในแต่ละรายวิชาเพื่อให้นิสิตที่เรียนมีความเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ อาจารย์และนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำนวน 291 คน โดยแบ่งเป็น อาจารย์จำนวน 23 คนและนิสิตพยาบาลในปีการศึกษา 2552 จำนวน 268 คน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุমัติคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย เมื่อได้รับอนุมัติผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

1.1 จัดประชุมและเตรียมความพร้อมอาจารย์ผู้สอนเนื้อหาวิชาสร้างเสริมสุขภาพ และอาจารย์ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจแนวทางการทำวิจัย

1.2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยเชิญผู้เชี่ยวชาญในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพมาให้ความรู้แก่อาจารย์ในคณะพยาบาลศาสตร์ และที่ประชุมร่วมกันถกประเด็นที่น่าสนใจและสรุปประเด็นที่ได้จนนำไปสู่การได้กรอบแนวคิดในการทำวิจัยร่วมกัน

1.3 ผู้วิจัยสนับสนุนให้อาจารย์ที่สนใจเข้าร่วมโครงการ นำเสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนในรายวิชาที่ตนเองรับผิดชอบต่ออาจารย์ในคณะฯ และร่วมกันเสนอแนะแนวทางที่เหมาะสม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินงาน

2.1 อาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาที่เข้าร่วมโครงการจัดการเรียนการสอนตามแนวทางที่นำเสนอไว้ในระยะที่ 1

2.2 ประชุมร่วมกันระหว่างผู้สอนและผู้วิจัยเป็นระยะๆ เพื่อประเมินปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขเพื่อค้นหารูปแบบการเรียนการสอนที่เหมาะสมและบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

ระยะที่ 3 ระยะสรุปผลการดำเนินงาน

3.1 อาจารย์ผู้รับผิดชอบแต่ละรายวิชานำเสนอผลการดำเนินงานต่ออาจารย์ในคณะฯ

3.2 ผู้วิจัยและอาจารย์ผู้รับผิดชอบสอนร่วมกันสังเคราะห์ความรู้ที่ได้จากการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนของแต่ละรายวิชา เพื่อสรุปเป็นผลการดำเนินงานโดยภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งข้อมูลพื้นฐานของอาจารย์และนิสิตโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มในระหว่างการประชุม การศึกษาเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง ผลสรุปของแต่ละโครงการ การสัมภาษณ์เพิ่มเติม การสังเกต เพื่อจัดหมวดหมู่ข้อมูลและนำรายละเอียดของสาระที่อยู่ในหัวข้อเดียวกันมารวมกันเป็นหมวดหมู่ (content analysis)

ผลการวิจัย

1. อาจารย์เข้าร่วมโครงการแบ่งเป็นอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลัก 7 คน (อาจารย์ 1 คนรับผิดชอบ 2 รายวิชา) อาจารย์ผู้ร่วมสอนจำนวน 16 คนรวมเป็น 23 คน คิดเป็นร้อยละ 85.18 ของอาจารย์ทั้งหมดในคณะฯ

2. นิสิตพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 268 คน จำแนกตามชั้นปีได้ดังนี้ นิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 99 คน นิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 89 คน และนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 80 คน

3. ผลของการดำเนินงานของแต่ละรายวิชาสรุปได้ดังตารางสรุปผลการดำเนินงานของ 8 รายวิชา (ตารางที่ 1) ดังนี้

การพัฒนา รูปแบบการเรียนการสอนเพื่อผลิตนิสิตเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพ
ของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตารางที่ 1 ตารางสรุปผลการดำเนินงาน 8 รายวิชา

ชื่อวิชา	ชั้นปี	จำนวน	วัตถุประสงค์รายวิชาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ	รูปแบบการเรียนการสอน	ผลลัพธ์
1. วิชาการดูแลตนเองด้านสุขภาพ (ภาคการศึกษาด้าน)	2	99	จัดการเรียนการสอนที่เน้นให้นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปี 2 เป็นผู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ มีความรู้ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ และสามารถจัดการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีอื่นได้	1. ให้ความรู้ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ 2. นิสิตเสนอปัญหาสุขภาพของตนเองที่พบบ่อยของนิสิต 3. เสนอโครงการเพื่อป้องกันหรือแก้ปัญหาสุขภาพที่พบ 4. มอบหมายอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการ 5. จัดโครงการ: 5 โครงการ คือ ภาวะโภชนาการสำหรับวัยเจริญพันธุ์, รู้ทันเรื่องเพศ, การจัดการสิ่งแวดล้อมและแอโรบิคเพื่อสุขภาพ 6. ประเมินผลโครงการและผลการเรียนของนิสิต	- กิจกรรมที่นิสิตจัดสอดคล้องกับเนื้อหาวิชาและสามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันได้ - นิสิตมีความมั่นใจที่จะเป็นผู้นำในการจัดโครงการ - มีความร่วมมือกันระหว่างอาจารย์กับนิสิต - ผู้ร่วมโครงการ (นิสิตปีที่ 1 และ 2) ได้รับประโยชน์จากการจัดกิจกรรม
2. วิชาการพัฒนาทางกายจิตและสังคมของมนุษย์ (ภาคการศึกษาด้าน)	2	99	จัดการเรียนการสอนเพื่อให้ให้นิสิตมีความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพจิตแก่บุคคลปกติในแต่ละวัย และสามารถจัดการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับทุกกลุ่มอายุ	1. ให้ความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพจิตสำหรับบุคคลปกติในแต่ละช่วงวัย 2. นิสิตเสนอโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตในแต่ละช่วงวัยที่อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาเสนอแนะและให้ความมั่นใจในการดำเนินการ 4. นิสิตจัดโครงการให้กับบุคคลแต่ละช่วงวัยรวม 8 วัย คือ หญิงตั้งครรภ์ ทารก เด็กวัยก่อนเรียน เด็กวัยเรียน วัยรุ่น ผู้ใหญ่ วัยกลางคน ผู้สูงอายุตามสถานที่ที่เหมาะสม 5. ประเมินผลโครงการและผลการเรียนของนิสิต	- กิจกรรมที่นิสิตจัดสอดคล้องกับเนื้อหาวิชาและสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคคลปกติในแต่ละช่วงวัยได้จริง - นิสิตมีความมั่นใจที่จะเป็นผู้นำในการจัดโครงการ - มีความร่วมมือกันระหว่างอาจารย์กับนิสิต - ผู้ร่วมโครงการ (8 ช่วงวัย) ได้รับประโยชน์จากการจัดกิจกรรม

ตารางที่ 1 ตารางสรุปผลการดำเนินงาน 8 รายวิชา (ต่อ)

ชื่อวิชา	ชั้นปี	จำนวน	วัตถุประสงค์รายวิชาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ	รูปแบบการเรียนการสอน	ผลลัพธ์
3. วิชาการพยาบาลชุมชน ^{1 3} (ภาคการศึกษาด้าน)	2	99	เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะให้เป็นผู้ให้ในการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้การวิจัยเป็นฐาน เพื่อการประเมินความต้องการของชุมชน	1. ให้ความรู้เรื่องวิถีชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพ ผ่านการเรียนในชั้นเรียนและ A-tutor ศึกษาเพิ่มเติมทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ความรู้พื้นฐานด้านการทำวิจัย และการสร้างเสริมสุขภาพ 3. ค้นคว้าแหล่งข้อมูลและออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินวิถีชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพ 4. เก็บข้อมูลเพื่อประเมินวิถีชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพกับประชาชนโดยคำนึงถึงประเด็นด้านคุณธรรมและจริยธรรม 5. ระบุปัญหาด้านการสร้างเสริมสุขภาพ นำเสนอผลงาน 6. ประเมินผลการเรียนและการจัดโครงการ	- นิสิตมีความรู้และสามารถประยุกต์ใช้เนื้อหาที่เรียนกับกิจกรรมที่จัดขึ้นได้ - นิสิตสามารถระบุปัญหาด้านการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน ออกแบบเครื่องมือในการศึกษาวิถีชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลโครงการได้ - นิสิตมีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้นในการศึกษาชุมชน ประเมินประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้
4. วิชาสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเจ็บป่วย ⁴ (ภาคการศึกษาลาย)	2	99	จัดการเรียนการสอนให้นิสิตได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะในการปฏิบัติ การสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้การเป็นวิทยเป็นฐาน (ต่อเนื่องจากวิชานาฬามัยชุมชน 1)	1. ให้นิสิตค้นหาความต้องการด้านการสร้างเสริมสุขภาพจากประชาชนทุกกลุ่มวัย 2. ให้ความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การออกแบบงานวิจัยกึ่งทดลอง การสร้างงานวิจัยและการใช้ EBP 3. นิสิตระบุปัญหาสุขภาพและค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางการดำเนินงาน 4. ชี้แจงกับประชาชนเพื่อให้ร่วมเสนอวิธีที่ต้องการ เลือกวิธีที่เหมาะสม และดำเนินการ 5. ประเมินผลโครงการและผลการเรียน	- นิสิตมีความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การวิจัยเบื้องต้น การคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณภาพ - นิสิตสามารถนำความรู้จากงานวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรมทั้งสิ้น 8 โครงการ - ผู้เข้าร่วมโครงการ (ชุมชน) เกิดความพึงพอใจ

**การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนเพื่อผลิตนิสิตเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพ
ของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ**

ตารางที่ 1 ตารางสรุปผลการดำเนินงาน 8 รายวิชา (ต่อ)

ชื่อวิชา	ชั้นปี	จำนวน	วัตถุประสงค์รายวิชาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ	รูปแบบการเรียนการสอน	ผลลัพธ์
5. วิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น (ภาคการศึกษาต้น)	3	89	จัดการเรียนการสอนเพื่อให้ นิสิตสามารถนำความรู้เชิงทฤษฎีเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กและครอบครัวไปประยุกต์ใช้กับหอผู้ป่วย โดยผ่านการใช้อุปกรณ์และการพยาบาลและการสอนสู่ศึศึกษา	1. ทบทวนความรู้เชิงกระบวนการพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพของเด็กและครอบครัว 2. ฝึกปฏิบัติจริงบนหอผู้ป่วย โดยวางแผนการพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและให้การพยาบาลตามแผน 3. ให้คำแนะนำเรื่องสุขภาพบนหอผู้ป่วยเด็กตามปัญหาสุขภาพที่พบ แลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้ปกครองกับนิสิต 4. ประเมินผลโดยการสอบข้อเขียนคำถามปลายเปิด ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กและครอบครัว ประโยชน์ต่อวิชาชีพ และการวิเคราะห์สถานการณ์จำลอง	- นิสิตสามารถวางแผนการพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเด็กและครอบครัวได้อย่างเหมาะสมและมีความมั่นใจในปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ - ได้วิธีการให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่พบในขณะนั้นได้ - นิสิตมีความมุ่งมั่นที่จะสร้างเสริมสุขภาพเด็กและครอบครัวให้ดีขึ้น เพื่อลดอัตราการกลับเป็นซ้ำและสามารถดูแลตนเองที่บ้าน
6. วิชากรพยาบาลครอบครัวและการดูแลสุขภาพ (ภาคการศึกษาต้น)	3	30	เพื่อสำรวจภาวะผู้นำและวิธีการสร้างเสริมสุขภาพที่ นิสิตกระทำอยู่ในชีวิตประจำวัน	1. จัดอบรมหัวข้อเทคนิคการสร้างเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ 2. คัดเลือกนิสิตที่สืบทอดการเป็นผู้นำเข้าร่วมโครงการ 3. ให้ นิสิตเล่าประสบการณ์การเป็นผู้นำให้กลุ่มฟังเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 3. ให้ นิสิตบันทึกกิจกรรมที่สร้างความภูมิใจ และกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่กระทำอยู่ทุกวันลงในสมุดส่งอาจารย์ทุก 2 อาทิตย์ 4. อาจารย์อ่านและสรุปสิ่งที่ นิสิตเขียนออกเป็นสาระสำคัญ	- นิสิตได้สะท้อนภาวะผู้นำของตนเองกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ตนเองกระทำผ่านการบันทึก - ได้สาระสำคัญของการทำงานที่แบ่งได้เป็น 3 สาระ คือ 1) ใจกล้า แก้ปัญหาด้วยเหตุผล 2) พัฒนาตนเองเพิ่มพูนวิชาการ 3) ใจเกื้อกูลใจ - นิสิตเกิดความพึงพอใจ และภูมิใจที่มีอาจารย์รับฟังเรื่องของตนเอง ประสบ หรือปัญหาที่พบเจอในชีวิตประจำวัน

ตารางที่ 1 ตารางสรุปผลการดำเนินงาน 8 รายวิชา (ต่อ)

ชื่อวิชา	ชั้นปี	จำนวน	วัตถุประสงค์รายวิชาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ	รูปแบบการเรียนการสอน	ผลลัพธ์
7. วิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ (ภาคการศึกษาต้น)	3	89	เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้และทักษะในด้าน การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และสามารถถ่ายทอดความรู้สู่ผู้สูงอายุ	1. ให้ความรู้แก่ผู้เรียน เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ 2. จัดประชุมความคิด โดยให้ผู้เรียนเสนอโครงการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่ปรึกษาโดยให้ข้อเสนอแนะและความเห็นไปได้อีก 3. จัดโครงการสำหรับผู้สูงอายุที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม วาสวนวศน ซึ่งประกอบด้วยการออกกำลังกายแบบไทย รักษาสุขภาพ และ ประเมินผลจากโครงการและผลการเรียน	- กิจกรรมที่ผู้เรียนได้จัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้จริง - ผู้เรียนมีความรู้และทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ - มีความร่วมมือกันระหว่างอาจารย์กับนิสิต - ผู้ร่วมโครงการ (ผู้สูงอายุ) ได้รับประโยชน์จากการจัดกิจกรรม
8. วิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช (ภาคการศึกษาต้น)	4	80	เพื่อสร้างกิจกรรมและรูปแบบการเรียนการสอน วิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ที่ให้ผู้เรียนมีความรู้และทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพจิตโดยผ่านกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม	1. สัมภาษณ์นิสิต พยาบาลจิตเวช พยาบาลฝ่ายกาย ประชาชนถึงความคาดหวังต่อการเรียน วิชาสุขภาพจิตและการสร้างเสริมสุขภาพจิต 2. จัดการเรียนการสอนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ ความเข้าใจ มีแนวคิด เจตคติที่ดี และมีทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพจิต 3. เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็นและประสบการณ์ของตนเองโดยจัด group discussion 4. สร้างสถานการณ์จำลอง (PBL) เพื่อฝึกให้ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็น 5. ประเมินผลจากผลการเรียนของนิสิต	- ผู้เรียนได้รับความรู้ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้ช่วย - ผู้เรียนมีความรู้และทักษะในการเรียน การสอนที่ผู้เรียนได้จัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพจิตให้กับผู้ช่วย - ผู้เรียนสามารถคิดวิเคราะห์และแสดงความคิดเห็นต่อการเรียน การสอนที่ผู้เรียนได้จัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพจิตให้กับผู้ช่วย - ผู้เรียนสามารถคิดวิเคราะห์และแสดงความคิดเห็นต่อการเรียน การสอนที่ผู้เรียนได้จัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพจิตให้กับผู้ช่วย - ผู้เรียนสามารถคิดวิเคราะห์และแสดงความคิดเห็นต่อการเรียน การสอนที่ผู้เรียนได้จัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพจิตให้กับผู้ช่วย

จากตารางที่ 1 เมื่อวิเคราะห์ผลการวิจัยโดยการสรุปสาระสำคัญพบว่า 8 รายวิชาที่เข้าร่วมโครงการมีการพัฒนา รูปแบบการเรียนการสอนเนื้อหาวิชาสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ นิสิตเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ กล่าวคือ การสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นได้ทั้งผลลัพธ์ และกระบวนการที่ทำให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ ด้วยความมั่นใจและมีผลลัพธ์ที่ดีเกิดขึ้น โดยสามารถใช้รูปแบบได้หลากหลาย เช่น การสร้างแรงจูงใจ การให้โอกาส การมีส่วนร่วมรวมถึงการสร้างภาวะผู้นำให้เกิดขึ้น^{10,11,12} อย่างไรก็ตามการที่จะทำให้ เกิดการสร้างเสริมพลังอำนาจนั้น ควรเริ่มต้นด้วยการเคารพในความสามารถของบุคคลและเชื่อใจว่า บุคคลนั้นสามารถปฏิบัติได้ ดังนั้นกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจสามารถแสดงให้เห็นผ่าน ตัวอย่างของการจัดการเรียนการสอนในเนื้อหาวิชาสร้างเสริมสุขภาพของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒดังนี้

ระยะที่ 1 สร้างพลังให้กับผู้สอน

จากการที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประกาศเป็นคณะพยาบาลศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพเมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2551 และมีนโยบายสนับสนุนให้จัดการเรียนการสอนที่ทำให้ นิสิตเกิดการสร้างเสริมสุขภาพ จึงทำให้อาจารย์ในคณะเกิดความตื่นตัวและกระตือรือร้นในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่างๆ ดังนั้น เมื่อผู้วิจัยเสนอให้จัดทำโครงการพัฒนาการเรียนการสอนที่มีเนื้อหาวิชาสร้างเสริมสุขภาพให้นิสิตเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ที่ประชุมกรรมการคณะฯ พบว่า อาจารย์ผู้รับผิดชอบสอนในรายวิชาที่มีเนื้อหาสร้างเสริมสุขภาพมีความ

กระตือรือร้น ต้องการเข้าร่วมโครงการ และมุ่งมั่นตั้งใจที่จะพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่มีเนื้อหาวิชาสร้างเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น โดยพบว่าอาจารย์เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจทุกคน สนใจซักถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจก่อนเข้าร่วมโครงการ

อย่างไรก็ตามการเรียนการสอนวิชาที่มีเนื้อหาการสร้างเสริมสุขภาพที่ผ่านมาของคณะฯจะสอนโดยอาจารย์ที่รับผิดชอบแต่ละรายวิชา โดยค้นคว้าความรู้ที่ตนเองเรียนมานำมาสอนให้กับนิสิต ทำให้เกิดความหลากหลายระหว่างผู้สอน ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนการสอนสร้างเสริมสุขภาพมาให้ความรู้กับอาจารย์ในคณะฯ เปิดประเด็นให้ซักถามและร่วมกันสรุป ทำให้มีกรอบแนวคิดเรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพ” ของคณะชัดเจนขึ้นและเป็นข้อตกลงร่วมกันระหว่างอาจารย์ในคณะฯ

หลังจากนั้นเมื่ออาจารย์ได้รับความรู้จากการอบรมและมีความเข้าใจที่ตรงกัน อาจารย์ผู้เข้าร่วมโครงการจะนำเสนอรูปแบบการเรียนการสอนที่มีแนวโน้มที่จะทำให้ เกิดการสร้างเสริมสุขภาพในวิชาที่ตนเองรับผิดชอบต่อผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ในคณะ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อคิดเห็น ที่ประชุมจึงช่วยกันสรุปเพื่อให้อาจารย์ผู้รับผิดชอบเกิดความมั่นใจและมีแนวทางการจัดการเรียนการสอน ต่อจากนั้นผู้วิจัยเสนอให้อาจารย์ปรับปรุงประมวลรายวิชา และนำเสนอให้ทีมอาจารย์ผู้รับผิดชอบรับทราบ

ระยะที่ 2 สร้างพินความรู้ให้กับนิสิต

จากผลการวิจัย พบว่า อาจารย์ผู้รับผิดชอบสอนในทุกรายวิชาที่มีเนื้อหาสร้างเสริมสุขภาพจะเริ่มต้นการเรียนการสอนโดยเน้นการให้ความรู้เรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบ

แนวคิดที่มีการตกลงร่วมกันให้กับนิสิต เพื่อให้ให้นิสิตเกิดความรู้ ความเข้าใจในโมทัศน์หลักของการสร้างเสริมสุขภาพตามวัตถุประสงค์ของแต่ละรายวิชา ในบางวิชาอาจารย์ผู้สอนจะเพิ่มเติมความรู้ในเรื่องที่นิสิตสามารถนำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพได้ เช่น ความรู้เรื่องวัยเจริญเติบโต ความรู้เรื่องเทคนิคการส่งเสริมสุขภาพ ความรู้เรื่องกระบวนการพยาบาล และเมื่อนิสิตได้รับความรู้แล้วในบางวิชาอาจารย์จะประเมินความรู้ที่นิสิตได้รับหลังจากเรียนภาคทฤษฎีเสร็จโดยการทดสอบ ส่วนบางวิชาอาจารย์จะเปิดโอกาสให้นิสิตประเมินรูปแบบการเรียนการสอนว่าสามารถจัดการเรียนการสอนให้บรรลุตามเป้าหมายหรือไม่ โดยทำเป็นกลุ่มอภิปราย ให้นิสิตแสดงความคิดเห็น และให้ข้อมูลย้อนกลับกับอาจารย์ที่สอน นอกจากนี้บางวิชาได้จัดทำการเรียนการสอนออนไลน์ A-tutor ควบคู่ไปด้วย เพื่อให้ให้นิสิตมีโอกาสศึกษาเพิ่มเติมนอกเวลา

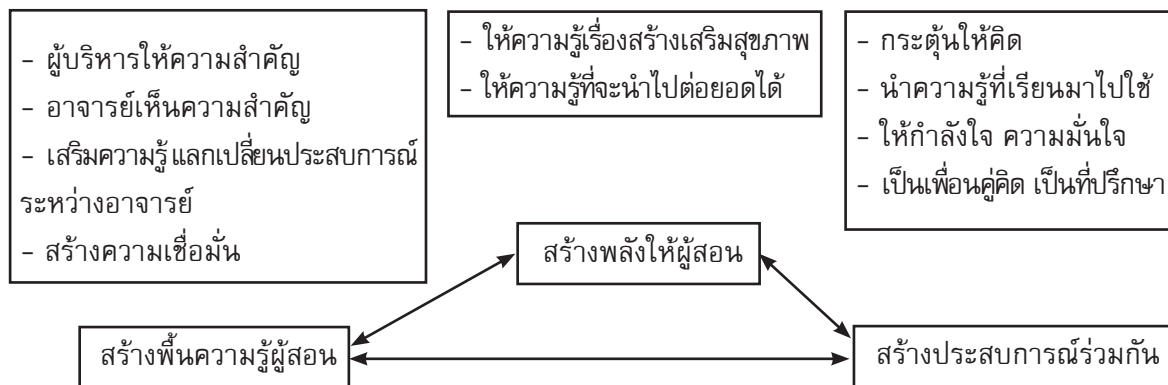
ระยะที่ 3 สร้างประสบการณ์ร่วมกัน

จากผลการวิจัยพบว่า อาจารย์ผู้รับผิดชอบสอนส่วนใหญ่จัดรูปแบบการเรียนการสอนเพื่อให้ให้นิสิตเกิดความเป็นผู้นำผ่านการจัดโครงการหรือกิจกรรม ซึ่งอาจารย์จะเป็นผู้กระตุ้นให้นิสิตริเริ่มคิดด้วยตนเอง โดยให้นิสิตนำความรู้ที่เรียนมาประกอบกับการศึกษาจากข้อมูลต่างๆ เพิ่มเติม เช่น ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยของนิสิตแต่ละชั้นปี การส่งเสริมสุขภาพจิตให้เหมาะสมกับบุคคลในแต่ละช่วงวัย การค้นหาปัญหาสุขภาพของชุมชน การใช้กระบวนการพยาบาลให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ การค้นหางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนำมาคิดรูปแบบ

ที่เหมาะสมกับการสร้างเสริมสุขภาพ โดยในระยะนี้อาจารย์ผู้รับผิดชอบสอนจะเปรียบเสมือนเพื่อนที่คอยให้คำปรึกษา ให้ข้อเสนอแนะ เสริมความมั่นใจ เพื่อให้ให้นิสิตกล้าคิดและกล้าตัดสินใจ ร่วมหาแนวทางความเป็นไปได้และในวันจัดกิจกรรมเอง นิสิตจะมีความพร้อมสามารถเป็นผู้นำในการปฏิบัติได้เป็นอย่างดี มีความมั่นใจ สามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ ส่วนในรายวิชาที่ไม่ได้มีการจัดโครงการ/กิจกรรมนั้น อาจารย์จะกระตุ้นให้นิสิตสำรวจตนเองโดยผ่านการบันทึกการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน เพื่อให้ให้นิสิตได้มีเวลาในการทบทวนตนเองและเลือกปฏิบัติในสิ่งที่สามารถทำให้ตนเองมีการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น

ในระยะที่ 2 และ 3 นั้นทีมผู้วิจัยและอาจารย์ผู้รับผิดชอบจะมีการประชุมเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการจัดการเรียนการสอนเป็นระยะๆ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในผลการดำเนินงาน เปิดโอกาสให้อาจารย์ผู้รับผิดชอบซักถาม ระบายความรู้สึก สนับสนุนให้กำลังใจในการดำเนินงานต่อ โดยพบว่า อาจารย์มีความมั่นใจในการดำเนินงานสามารถถ่ายทอดความรู้ตามแนวคิดที่ได้ตกลงร่วมกันให้กับนิสิตได้เป็นอย่างดี นิสิตเกิดความรู้ความเข้าใจ และนอกจากนี้เมื่ออาจารย์และนิสิตเริ่มดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามวัตถุประสงค์ของแต่ละรายวิชา พบว่า อาจารย์และนิสิตสามารถดำเนินกิจกรรมได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด ถึงแม้บางรายวิชาจะมีอาจารย์ที่ร่วมสอนน้อยและมีนิสิตที่ต้องดูแลจำนวนมาก แต่พบว่าผลการประเมินความพึงพอใจของการเข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี

**การพัฒนากระบวนการเรียนการสอนเพื่อผลิตนิสิตเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพ
ของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ**



รูปภาพที่ 1 แสดงวงจรของการสร้างเสริมพลังอำนาจเพื่อจัดการเรียนการสอนให้บัณฑิตเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพ

เมื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์ของทั้ง 8 รายวิชา ผลการวิจัยพบว่า โครงการ/กิจกรรมส่วนใหญ่ที่จัดขึ้นได้รับการประเมินความพึงพอใจจากผู้เข้าร่วมโครงการ โดยผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ได้รับความรู้รวมทั้งแนวปฏิบัติที่ดี ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และทำให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ ได้นอกจากนี้เมื่อเสร็จสิ้นโครงการนิสิตประเมินตนเองหลังจัดโครงการ/กิจกรรมพบว่า นิสิตส่วนใหญ่มีความพึงพอใจและเกิดความมั่นใจที่จะทำกิจกรรมในรูปแบบต่างๆ รู้สึกถึงความเป็นผู้นำ เนื่องจากต้องดำเนินกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองโดยมีอาจารย์เป็นที่ปรึกษา และนอกจากนี้เมื่อสอบถามอาจารย์ผู้เข้าร่วมโครงการพบว่า อาจารย์ส่วนใหญ่เกิดความพึงพอใจในการจัดการเรียนการสอนเนื่องจากกิจกรรมต่างๆ ที่นิสิตดำเนินงานสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี รู้สึกถึงความเป็นผู้นำของนิสิต เล่าเรื่องของนิสิตให้อาจารย์ท่านอื่นฟังด้วยความชื่นชมและเกิดความภาคภูมิใจในตัวนิสิต และอาจารย์ผู้ร่วมสอนยังรู้สึกมีผู้สนับสนุน ให้กำลังใจ ตลอดจนให้คำปรึกษาตลอดการดำเนินงาน ทำให้การดำเนินงานลุล่วงตามเป้าหมาย

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาที่มีเนื้อหาการสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒให้เกิดความเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพได้นั้น มีการดำเนินงานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ ดังนี้ 1) **สร้างพลังให้กับผู้สอน** 2) **สร้างพื้นฐานความรู้ให้กับนิสิต** 3) **สร้างประสบการณ์ร่วมกัน** โดยกระบวนการดังกล่าวสามารถส่งผลให้นิสิตมีความเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพได้ จากการวิเคราะห์หลักสูตรสาขาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ³ นั้นพบว่า การจัดการเรียนการสอนสร้างเสริมสุขภาพของคณะพยาบาลศาสตร์ส่วนใหญ่เน้นการให้ความสำคัญกับการให้ความรู้กับผู้เรียนเพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพในแนวกว้างทักษะที่จัดให้กับนักศึกษาส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ใช้บริการ ส่วนการใช้กลวิธีในการสร้างเสริมพลังอำนาจเพื่อสุขภาพยังขาดความชัดเจน ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้เห็นว่านิสิตได้ใช้กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจใน

การสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากโครงการ/กิจกรรมที่นิสิตจัดเป็นกิจกรรมซึ่งทำให้ผู้ใช้บริการได้ลงมือปฏิบัติจริงร่วมกับนิสิต ทำให้ผู้ใช้บริการมีความมั่นใจ และเมื่อมีข้อสงสัยได้ซักถามก่อนหน้ากลับไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน (วิชาการดูแลตนเองด้านการสร้างเสริมสุขภาพ วิชาการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกัน การเจ็บป่วย วิชาอนามัยชุมชน 1 วิชา การพัฒนา กายจิตและสังคมของมนุษย์ วิชาปฏิบัติการพยาบาล เด็กและวัยรุ่น วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1)

นอกจากนี้ Chang, Liu และ Yen¹⁵ กล่าวว่า ในกระบวนการสร้างพลังอำนาจนั้นไม่ใช่เพียงแต่ให้อำนาจในการคิดหรือตัดสินใจเอง แต่อาจเสนอทางเลือกเพื่อให้ผู้รับมีแนวทางในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ สอดคล้องกับผลการศึกษาค้างนี้ กล่าวคือ ทีมผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ผู้รับผิดชอบสอนได้ร่วมกันค้นหารูปแบบการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับ แต่ละรายวิชา โดยมีผู้เชี่ยวชาญเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพมาร่วมบรรยายเพื่อให้อาจารย์ได้รับความรู้เพิ่มมากขึ้น มีแนวคิดเพื่อนำไปเลือกปฏิบัติได้ และให้อาจารย์ผู้รับผิดชอบมีอำนาจในการตัดสินใจเลือก ขณะเดียวกันระหว่างอาจารย์ผู้สอนกับนิสิต อาจารย์ผู้สอนจะให้ความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพตาม วัตถุประสงค์รายวิชา และให้นิสิตตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ตามแนวคิดที่ได้เรียนมา ร่วมกับการค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้มีความรู้เพิ่มมากขึ้น และสามารถเลือกโครงการ/ กิจกรรมที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายได้ โดยให้นิสิตมีอำนาจในการเลือกกิจกรรมเอง ให้มีความรู้สึกถึงความเป็นผู้นำ มีอำนาจตัดสินใจ เมื่อมีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถซักถาม อาจารย์ผู้สอนได้ กระบวนการดังกล่าวสามารถฝึก ความเป็นผู้นำได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับสมรรถนะ ของบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์¹⁶

และถึงแม้จะไม่ได้มีการประเมินสมรรถนะ ของพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพของบัณฑิต ระดับปริญญาตรีโดยใช้แบบสอบถาม แต่จากผล การวิจัย พบว่า เมื่อเสร็จสิ้นการเรียนการสอนนิสิต พยาบาล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มีสมรรถนะ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน¹⁷ คือ ด้านที่ 1 ความรู้ความสามารถส่วนบุคคลใน การสร้างเสริมสุขภาพ จากการที่อาจารย์และนิสิต ได้ได้รับความรู้จากการค้นคว้าในตำราและจาก ประสบการณ์ที่ได้รับ ด้านที่ 2 การปฏิบัติกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจารย์และนิสิตได้ปฏิบัติใน หลากหลายรูปแบบ เช่น การสร้างความตระหนัก เรื่องสุขภาพให้ตนเอง เพื่อน ผู้ป่วยและประชาชน ทั่วไป ด้านที่ 3 การบริหารจัดการในการสร้างเสริม สุขภาพ ด้านที่ 4 การวิจัยและการจัดการความรู้ จะเห็นได้จากมี 2 รายวิชาที่ส่งเสริมให้นิสิตนำ ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยไปประยุกต์ใช้กับประชาชน ในชุมชน และด้านที่ 5 การติดต่อสื่อสารในการ สร้างเสริมสุขภาพ โดยประเมินจากวัตถุประสงค์ ของการจัดการเรียนการสอนในแต่ละรายวิชาและ ผลลัพธ์ที่นิสิตได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนคริน ทรวิโรฒ ควรนำผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้เป็นแนวทาง ในการดำเนินงานปรับปรุงรูปแบบการเรียนการสอน ในรายวิชาที่สื่อนำการสร้างเสริมสุขภาพให้ครอบคลุม ทุกรายวิชาทางการพยาบาลทั้งวิชาในภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ

2. สถาบันการศึกษาพยาบาลทั่วประเทศ สามารถนำรูปแบบการเรียนการสอนของคณะ พยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒไป

**การพัฒนา รูปแบบการเรียนการสอนเพื่อผลิตนิสิตเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพ
ของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ**

ใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้
นิสิต/นักศึกษา มีความเป็นผู้นำในการสร้างเสริม
สุขภาพได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะ
ด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริม
พลังอำนาจเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ที่เป็นมาตรฐานและ
สามารถใช้ร่วมกันทุกสถาบันได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณแผนงานพัฒนาเครือข่าย
พยาบาลศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (พย.สสส.)
ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2551-2554) ได้รับทุนสนับสนุน
จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
(สสส.) ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนให้เกิดการพัฒนา
การเรียนการสอน และขอขอบพระคุณอาจารย์ผู้รับ
ผิดชอบสอนในรายวิชาที่มีเนื้อหาสร้างเสริมสุขภาพ
ทุกท่านและนิสิตพยาบาลทุกคนที่ทำให้เกิด
การพัฒนาในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ

เอกสารอ้างอิง

1. สภาการพยาบาล. (2552). *แผนพัฒนาการ
พยาบาลและผดุงครรภ์แห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.
2550-2559*. นนทบุรี: สภาการพยาบาล. from
[http://www.tnc.or.th/file_attach/
02Sep200924-AttachFile1251883584.pdf](http://www.tnc.or.th/file_attach/02Sep200924-AttachFile1251883584.pdf)
2. สภาการพยาบาล. (2544). *มาตรฐานการพยาบาล
และการผดุงครรภ์*. from [http://www.tnc.or.th/
law/PDF_file/81.pdf](http://www.tnc.or.th/law/PDF_file/81.pdf)

3. World Health Organization. *The Ottawa charter for
Health Promotion* [1986]. Available at [http://
www.who.int/healthpromotion/conferences/pre-
vious/ottawa/en/index.html](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html), accessed
4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
(2552). *แผนงานพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศาสตร์
เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ(พย.สสส.) ระยะที่ 2.2
(2552-2554)*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการ
สร้างเสริมสุขภาพ. from [http://home.kku.ac.th/
hpnn/images/stories/about/plan2552-2554.
ppt#5](http://home.kku.ac.th/hpnn/images/stories/about/plan2552-2554.ppt#5)
5. สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. การสาธารณสุขมูลฐาน
และการสร้างเสริมสุขภาพ: จากสากลสู่ไทย. ใน *อำพล
จินดาวัฒนะ, สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ และสุรณี
พิพัฒน์โรจนกมล (บรรณาธิการ). การสร้าง
เสริมสุขภาพ: แนวคิด หลักการ และบทเรียน
ของไทย*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, 2550: น. 25-6.
6. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
*หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง
2548)*. 2548. เอกสารอัดสำเนา
7. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
ประมวลรายวิชา ปีการศึกษา2551. 2551. เอกสาร
อัดสำเนา.
8. ศิริพร ชัมภลิต, จุฬาลักษณ์ บาร์มี, ปฤศนา ภูวนันท์,
วงเดือน สุวรรณศรี, พูลสุข ศิริพล และกิตติกร นิลมานัด.
*การวิเคราะห์หลักสูตรสาขาพยาบาลศาสตร์ด้าน
การสร้างเสริมสุขภาพ*. 2549. ได้รับการสนับสนุน
จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
Ottawa Charter for Health Promotion. 1986.
Available from URL: [http://www.wpro.who.int/
internet/resources.ashx/HPR/ottawa_charter.pdf](http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/HPR/ottawa_charter.pdf)
9. World Health Organization (WHO). Health Promotion
Glossary. Available from URL: [http://whqlibdoc.
who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf)

10. Houston A M, Cowley S. **An empowerment approach to needs assessment in health visiting practice.** *J Clin Nurs* 2002; 11: 640-50.
11. Gibson C H. A concept analysis of empowerment. *J Adv Nurs* 1996; 16(3): 354-61.
13. ยุวดี วิทย์พันธ์. นวัตกรรมการเรียนการสอนโดยใช้การวิจัยเป็นฐานสร้างเสริมสุขภาพชุมชน: การประเมินความจำเป็นด้านการสร้างเสริมสุขภาพ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข* 2552; 23(3): 78-94
14. ยุวดี วิทย์พันธ์. นวัตกรรมการเรียนการสอนโดยใช้การวิจัยเป็นฐานสร้างเสริมสุขภาพชุมชน: ปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้การวิจัยเป็นฐาน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข* 2553; 24(1): 1-16.
15. Chang L, Liu C, Yen EH. Effect of an empowerment-based education program for public health nurses in Taiwan. *J Clin Nurs* 2008; 17: 2782-90.
16. สภาการพยาบาล. สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ. Available from URL: http://www.tnc.or.th/file_attach/10Sep200928-Attach-File1252569748.pdf.
17. ยุวดี ภาชา, สุนีย์ ละกำป็น, อารีวรรณ กลั่นกลิ่น, ดรุณี รุจกรกานต์, ศศิธร วรรณพงษ์, กนกวรรณ สุวรรณ ปฏิกรณ์และคณะ. **สมรรถนะของพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ.** 2549. เอกสารอัดสำเนา. ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

Srinakharinwirot University Faculty of Nursing's Development of Teaching and Learning Methods to Train Students to be Health Promotion Leaders

Somsiri Rungamornrat Ph.D.*

Juntima Rerkluenrit Ph.D.**

Yuwadee Wittayapun Dr.PH**

Supapak Phetrasuwan Ph.D.**

Ubonwanna Keuboonchan M.Ed. (Health Education)**

Abstract : Health promotion is one of the very important roles for nurses. In order for each nurse to become a health promotion leader, s/he needs to be trained to put the basic foundations, principles and significance of health promotion knowledge into practice. Such training begins during each nurse's studentship.

This research had a primary purpose of developing teaching and learning methods as a means of training students to be health promotion leaders. Involving a total of 8 participating courses, this research progressed in 3 stages: 1) the instructor preparation stage; 2) the implementation stage, during which the instructors of each course applied the knowledge acquired from the training to develop teaching and learning activities according to the course contents; and 3) the research conclusion stage.

The research showed the following results. All of the 8 participating courses developed their teaching and learning activities by means of empowering both the instructors and students. The empowerment had 3 major stages: 1) empowering the instructors; 2) creating health promotion foundations for students; and 3) creating leadership experience together. During each stage, both the instructors and students took part in planning, experimenting with the activities, and assessing, creating an empowerment cycle for both the instructors and students. The overall assessment results showed that the majority of students were satisfied with the experimented teaching and learning activities, became more self-confident and possessed an increased sense of leadership.

The research also found that in the process of creating graduates with health promotion leadership skills, not only were the instructors responsible for knowledge impartation, but they also need to concentrate on improving the students' leadership skills by giving them opportunities to make confident decisions and freedom to treat the target groups under their care.

Thai Journal of Nursing Council 2011; 26 (special issue) 44-58

Key words: Empowerment, Teaching and learning methods, Health promotion, Nursing students

*Assistant Professor, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

**Lecturer, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

การพัฒนาศักยภาพผู้นำในการสร้างเสริมกระบวนการพัฒนาสุขภาวะ แบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชน

ดวงฤดี ลาสุขะ DN.*

ทศพร คำผลศิริ PhD.(Nursing)**

กนกพร สุคำวัง PhD.(Nursing)***

โรจน์ จินตนาวัฒน์ PhD.(Nursing)***

บทคัดย่อ : การศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาศักยภาพของนักศึกษาพยาบาลให้เป็นผู้นำในการสร้างเสริมกระบวนการพัฒนาสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชน และพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชน ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย นักศึกษาพยาบาล ระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ในองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร แกนนำผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนทั้งสิ้น 26 แห่ง การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการประชุมกลุ่ม ระดมสมอง การสะท้อนคิด และสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและสร้างข้อสรุป

ผลการศึกษา พบว่า หลังจากเข้าร่วมกิจกรรม นักศึกษาพยาบาลมีศักยภาพของการเป็นผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนรวม 9 สมรรถนะ ได้แก่ 1) การจัดการการดูแล 2) ให้การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน 3) ประสานงานกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ในชุมชน 4) เสริมสร้างพลังอำนาจ และสอนแก่ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย 5) ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ชุมชนและผู้สูงอายุ 6) เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง 7) สามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรม 8) ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และ 9) ประเมินผลลัพธ์ ส่วนกระบวนการเรียนรู้ของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์จริงด้วยตนเอง การค้นพบการแก้ไขปัญหาพร้อมกันการเตรียมการ และการร่วมคิด ร่วมทำด้วยความเต็มใจ ผลการศึกษาคั้งนี้ยังได้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26 (ฉบับพิเศษ) 59-69

คำสำคัญ : ผู้นำ สุขภาวะแบบองค์รวม ผู้สูงอายุ

*รองศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มมากขึ้น ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นจำนวนมาก และเป็นกลุ่มประชากรที่เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องเรื่อยมา โดยเพิ่มจาก 2.8 ล้านคน หรือร้อยละ 5.6 ในปี พ.ศ. 2528 ไปเป็นร้อยละ 6.1, 9.0, และ 9.8 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2533, 2543 และ 2548 ตามลำดับ และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากเป็นลำดับที่ 5 ในทวีปเอเชีย ซึ่งมีจำนวนประมาณ 13.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากร¹ ส่วนผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 70 ปี คาดว่าในปี 2553 จะเพิ่มจากร้อยละ 32.2 เป็นร้อยละ 40.3² และการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือก็มีลักษณะเช่นเดียวกันกับสถานการณ์ของประเทศ จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นนี้ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ สังคมของประเทศ ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่โดยเฉพาะกลุ่มที่อายุมาก มักเป็นโรคเรื้อรัง (chronic illness) จากการศึกษา Disability Adjusted Life Years (DALYs) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อปี พ.ศ. 2549 ยืนยันว่าโรคที่เป็นปัญหาของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุไทย ได้แก่ โรคเรื้อรัง (chronic diseases) ซึ่งมีลักษณะที่ไม่แตกต่างไปจากประเทศที่เจริญแล้ว โรคเรื้อรังที่พบใน ผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ อัมพฤกษ์ หลอดเลือดสมองตีบ โรคมะเร็ง และโรคซึมเศร้า เป็นต้น³ อุบัติการณ์ ดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต อันจะส่งผลต่อสุขภาวะโดยรวมของ ผู้สูงอายุ และนำไปสู่ภาวะพึ่งพิงรวมทั้งภาวะทุพพลภาพมากยิ่งขึ้น ปัจจัยสำคัญที่มีผลให้ผู้สูงอายุเกิดโรคเรื้อรังและส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะในรายที่เป็นโรคเหล่านี้ ได้แก่

การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง จากผลการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตภาคเหนือ ประเทศไทย จำนวน 4,536 คน พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายยังอยู่ในระดับต่ำ⁴ แม้ว่าจะมีโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพเข้าไปสู่ชุมชนก็ยังไม่สามารถแก้ไขหรือป้องกันผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า น่าจะมีการปรับปรุงกลยุทธ์หรือการจัดการใหม่ที่แตกต่างจากเดิม เพื่อให้พฤติกรรมสุขภาพซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดถึงสุขภาวะของผู้สูงอายุมีความเหมาะสม

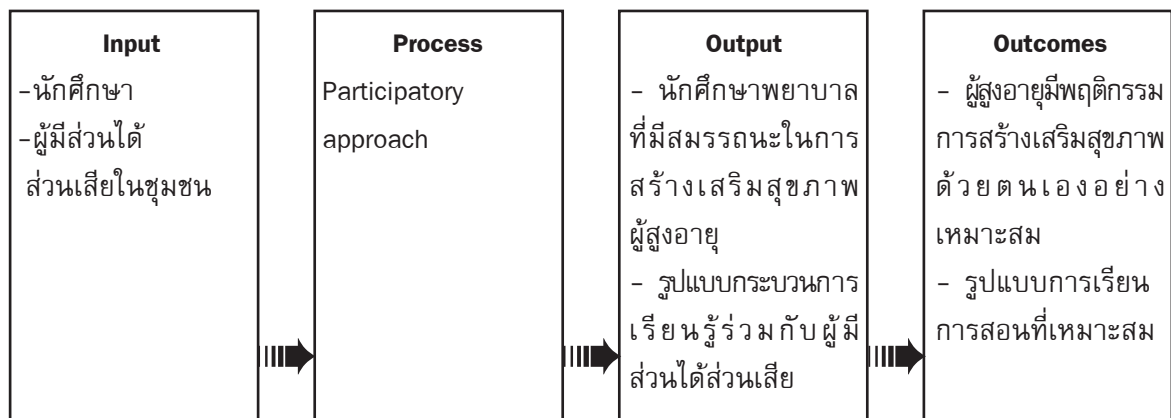
สุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) เป็นเป้าหมายสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน ทุกวัย วอลเตอร์ ประธานสมาคมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม สหรัฐอเมริกา กล่าวว่า สุขภาพแบบองค์รวม (holistic health) เป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับชีวิตทั้งหมดมากกว่าการเน้นแต่ความเจ็บป่วยหรือการจัดการกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยพิจารณาที่ “ตัวคนทั้งคน” ความเกี่ยวเนื่องของร่างกายจิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลนั้น⁵ แนวคิดดังกล่าวถูกนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มประชากรทุกวัยโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุในวัยปลายจะประสบกับปัญหาสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ จากผลศึกษาเชิงวิเคราะห์การทำงานของโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 30 โครงการทั่วประเทศ เมื่อปี พ.ศ. 2550 โดยแบ่งเป็น 4 ภาค ภาคเหนือ 9 โครงการ ภาคอีสาน 7 โครงการ ภาคกลาง และภาคตะวันตก 7 โครงการ และภาคใต้ 7 โครงการ พบว่า โครงการที่ประสบผลสำเร็จ ส่วนใหญ่ชุมชนเป็นผู้มีส่วนร่วมในการ

ดำเนินงาน รวมทั้งผู้สูงอายุในชุมชนให้มีความร่วมมืออย่างเต็มที่ และกลยุทธ์ที่ใช้สำหรับขับเคลื่อนในทุกโครงการ ได้แก่ **การสร้างเสริมสุขภาพ** (health promotion) ซึ่งเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้คนสามารถควบคุมและเพิ่มพูนสุขภาพให้กับตนเองได้ โดยกระบวนการทั้งหมดจะเน้นที่การมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเริ่มตั้งแต่ การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มีปัญหา ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมและสังคม การจัดการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทุกมิติ ด้วยวิธีการต่างๆ ที่ได้จากประสบการณ์และความรู้เชิงทฤษฎี ตลอดจนการประเมินผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ⁶ คณะผู้ศึกษา ซึ่งประกอบด้วยคณาจารย์ ในหลักสูตรบัณฑิตศึกษาด้านวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชื่อว่าการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาให้เป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมแก่ผู้สูงอายุ โดยการ

ปรับเปลี่ยนวิธีการสร้างเสริมสุขภาพใหม่ โดยเน้นที่กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน จะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี นำไปสู่สุขภาพแบบองค์รวมที่เหมาะสมสอดคล้องกับนโยบายและแผน ผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดเชิงระบบ ประกอบด้วย ตัวป้อน (input) ได้แก่ ผู้สูงอายุ นักศึกษาพยาบาล ส่วนกระบวนการ (process) เป็นขั้นตอนปฏิบัติที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียในชุมชนนั้นๆ และผลผลิต (output) ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ ศักยภาพของนักศึกษาพยาบาลระดับบัณฑิตศึกษาในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. พัฒนาศักยภาพของนักศึกษาพยาบาลให้เป็นผู้ดำเนินการสร้างเสริมกระบวนการพัฒนาสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชน

2. พัฒนากระบวนการเรียนรู้ของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ประกอบด้วย 3 ระยะ โดยมีผู้ร่วมวิจัย (research participants) ประกอบด้วย กลุ่มเป้าหมายหลัก ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลระดับบัณฑิตศึกษาสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ แผนก ข. ที่ทำงานในพื้นที่รับผิดชอบในงานประจำของตนเอง 26 คน กลุ่มเป้าหมายรอง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ในองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น แห่งละ 1 คน รวม 26 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ แห่งละ 1 คน จำนวน 26 คน อาสาสมัคร ในแต่ละชุมชน จำนวน 3-5 คน แกนนำผู้สูงอายุ ได้แก่ ประธานชมรมผู้สูงอายุแต่ละชุมชน รวม 26 คน และผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนๆ ละประมาณ 30-50 คน ซึ่งยินดีเข้าร่วมการวิจัยระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2551 ถึงเดือนพฤษภาคม 2552

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบประเมินปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ซึ่งแปลย้อนกลับ และปรับปรุงโดยคณาจารย์บัณฑิตศึกษาสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2548) 2) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุของ ศิริมา แหลมทอง

(2542) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.90 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.85 3) แนวคำถามสำหรับประเมินศักยภาพผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะ 9 สมรรถนะ 4) แบบบันทึกข้อมูลต่างๆ ระหว่างดำเนินการกระบวนการ และ 5) เทปบันทึกเสียง

วิธีการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับอนุญาตจากชุมชนต่าง ๆ แล้วดำเนินการโดยแบ่งเป็น 3 ระยะ

1. ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อมในการเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดำเนินการดังนี้

1.1 ทบทวนความรู้ร่วมกับนักศึกษาโดยครอบคลุมหัวข้อ การพัฒนาบทบาทผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและบทบาทผู้นำ กลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพในบริบทสังคมไทย และรวบรวมเป็นเอกสารเพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

1.2 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การเตรียมความพร้อมความเป็นผู้นำของนักศึกษาพยาบาล

2. ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติการกิจกรรมในโครงการ โดยนักศึกษาพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทต่าง ๆ ได้แก่

2.1 จัดเวทีระดมสมองครั้งที่ 1 ระหว่างแกนนำในชุมชน ผู้สูงอายุจากพื้นที่แต่ละแห่ง และผู้ศึกษา เพื่อสะท้อนคิดและสรุปบทเรียนเกี่ยวกับบทบาทภารกิจของชุมชน และกระบวนการในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่

2.2 วิเคราะห์สถานการณ์ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพแต่ละชุมชน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดวางแผนสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

2.3 จัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในแต่ละพื้นที่และนำเสนอปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุพร้อมกับเสนอวิธีการแก้ไขปัญหาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์แก่ที่ประชุม เพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหาที่มีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในชุมชนแต่ละแห่ง

2.4 กำหนดทีมงานรวมทั้งคัดเลือกแกนนำแต่ละชุมชน เพื่อเป็นผู้ประสานงานกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน

2.5 กำหนดผลลัพธ์และกำหนดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุร่วมกับทีมงานในแต่ละชุมชน

2.6 จัดโครงการเพิ่มศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพแก่แกนนำ และผู้สูงอายุแต่ละชุมชนโดยครอบคลุม การออกกำลังกายด้วยฟิสิกส์ การเลือกรับประทานอาหารพื้นบ้าน การดูแลสุขภาพตนเอง การจัดการความเครียด เป็นต้น

2.7 นักศึกษาพยาบาลและแกนนำในพื้นที่ร่วมกันติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านเป็นระยะๆ ตามแผนการเยี่ยมที่จัดทำขึ้นร่วมกัน

2.8 จัดเวทีเรียนรู้ครั้งที่ 2 โดยนักศึกษาพยาบาลจัดเวทีเพื่อสะท้อนคิดร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนและผู้วิจัยเพื่อนำเสนอข้อสรุประยะแรกตลอดจนอุปสรรค และหาแนวทางร่วมกันปรับปรุงแก้ไข หรือพัฒนาต่อไป

3. ระยะที่ 3 เป็นระยะประเมินผลและสรุปบทเรียน ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

3.1 ประเมินกระบวนการที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือของกลุ่ม โดยผู้วิจัยประเมินเมื่อสิ้นสุดการวิจัย โดยประเมินจากการมีส่วนร่วมในการวางแผน การกำหนดกลยุทธ์ต่าง ๆ ของกลุ่ม ความสอดคล้องของแผนกับปัญหาและความต้องการของผู้มีส่วนได้

ส่วนเสียและผู้สูงอายุ รวมทั้งปัญหาที่กลุ่มต้องการให้แก้ไข ได้รับการแก้ไขหรือไม่

3.2 ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดกับกลุ่มเป้าหมาย

3.3 จัดเวทีเรียนรู้ครั้งที่ 3 โดยการประชุมถอดบทเรียนร่วมกันระหว่างผู้วิจัย นักศึกษาพยาบาล และแกนนำในพื้นที่ของแต่ละชุมชน 1 ครั้ง เพื่อหาข้อสรุปและประเมินความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหาและสร้างข้อสรุป ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น คะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประกอบด้วย แกนนำในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย ร้อยละ 80.76 ส่วนแกนนำอื่นๆ เช่น พยาบาลและอาสาสมัคร ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง เช่นเดียวกับผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 76.93 ส่วนความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าทุกฝ่ายมีความรู้ค่อนข้างน้อย โดย อบต. ไม่มีความรู้คิดเป็นร้อยละ 84.61 อสม. ไม่มีความรู้ถึงร้อยละ 88 ผู้สูงอายุไม่มีความรู้ถึงร้อยละ 42.30 ส่วนพยาบาลทุกคนมีความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ

คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมโครงการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ หลังจากเข้าร่วมโครงการคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้น ส่วนพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน พบว่า ด้านกิจกรรมทางกายก่อนเข้าโครงการมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ และมีคะแนน

เฉลี่ยอยู่ในระดับดี ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียดหลังเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

2. ศักยภาพของนักศึกษาพยาบาลในการเป็นผู้นำในการสร้างเสริมกระบวนการพัฒนาสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชน ผ่านกระบวนการเรียนรู้ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 ปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และระยะที่ 3 การประเมินผลและสรุปบทเรียน ในแต่ละระยะมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ระยะที่ 1 จากการได้เข้าร่วมประชุมระดมสมอง และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่นักศึกษาจากการประชุมสัมมนาระหว่างผู้ศึกษาและนักศึกษา เพื่อวิเคราะห์ว่าบทบาทที่นักศึกษาได้พัฒนาในระบายนี้อาจได้ดังนี้ สามารถประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยสูงอายุต่อความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนครอบคลุมทั้งสุขภาพกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และความสามารถในการทำหน้าที่ โดยใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพแบบองค์รวม ประสานความร่วมมือกับชุมชนในแต่ละพื้นที่ เพื่อการวางแผนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลขณะระดมสมองพร้อมกับสร้างทีมการดูแลผู้สูงอายุ และวางแผนจัดระบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2.2 ระยะที่ 2 หลังจากที่ได้มีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่เลือกขึ้นมาทั้งหมด 26 ชุมชน ตามความต้องการของชุมชนแต่ละพื้นที่ นักศึกษามารถพัฒนาศักยภาพในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้หลักฐานเชิง

ประจักษ์ ตัวอย่างเช่น การสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกายโดยการเดินบนแผ่นหิน การใช้ยางยืด การออกกำลังกายโดยการใช้น้ำหนักน้ำหนักได้แก่ ฟองน้ำ เป็นต้น นอกจากนั้นยังมีการเสริมสร้างสมรรถนะในการสอนเรื่องโภชนาการ เช่น การลดการใช้เกลือในอาหารท้องถิ่นที่ ตำบลบ่อเกลือ จังหวัดน่าน และการจัดการกับความเครียด การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุยอมรับการเปลี่ยนแปลง การใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยว และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว เป็นต้น นอกจากนั้นยังได้มีการฝึกทักษะการดูแลรายการณ์ และให้คำปรึกษาแก่ทีมสร้างเสริมสุขภาพขณะที่มีการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเฉพาะราย

2.3 ระยะที่ 3 จากการประชุมระดมสมองเพื่อสรุปบทเรียนโดยผู้วิจัย เพื่อประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากได้มีการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพดังที่ได้กล่าวมาในระยะเวลาที่ 2 พบว่า ในการประเมินโดยใช้แนวคำถามสำหรับประเมินศักยภาพผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะ 9 สมรรถนะ นักศึกษาพยาบาลสามารถปฏิบัติสมรรถนะต่าง ๆ เพื่อการสร้างเสริมกระบวนการพัฒนาสุขภาวะแบบองค์รวม ได้แก่ ทักษะในการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลผู้สูงอายุ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน ทักษะในการประสานงานกับชุมชน นักศึกษาพยาบาลได้ฝึกปฏิบัติในทุกขั้นตอน ซึ่งแม้ว่าจะเป็นระยะเวลาที่สั้น ก็ถือว่าประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง นอกจากนั้นยังพบว่า นักศึกษายังได้พัฒนาทักษะในการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสอน การฝึก และการเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ ทั้งในรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการรวมทั้งทำหน้าที่ในการเป็นผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมที่ใช้งานวิจัยเป็นฐานใน

การจัดโครงการให้แก่ อาสาสมัคร และผู้สูงอายุทั้ง 26 ชุมชน

3. กระบวนการเรียนรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ ในชุมชน จากผลการศึกษาพบว่า ทีมสร้างเสริม สุขภาวะ เกิดการเรียนรู้ดังนี้

3.1 การวิเคราะห์สถานการณ์จริงด้วยตนเอง ในขั้นนี้เมื่อนักศึกษาได้จัดกิจกรรมระดมสมองเพื่อให้กลุ่มได้สะท้อนถึงปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ สาเหตุ และการจัดกิจกรรมที่ผ่านมา ส่วนใหญ่จะให้ข้อมูลที่สอดคล้องกัน เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะให้ข้อมูลว่า “ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็น ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง และโรคข้อ” ในขณะที่ผู้สูงอายุมีข้อสงสัยว่า “ทำไมไปรักษาทุกครั้ง ความดันก็ยังไม่ลง” ในประเด็นดังกล่าว กลุ่มได้ช่วยกันวิเคราะห์ถึงปัจจัยต่างๆ ซึ่งแต่ละกลุ่มมีความเห็นที่คล้ายกันว่า “การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง เป็น สิ่งที่ทำให้มีสุขภาพมากขึ้น” นอกจากนั้น ในบางพื้นที่ เห็นว่าสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่มีผลต่อสุขภาพ เช่น ที่ชุมชนบ้านบ่อหลวง ต.บ่อเกลือใต้ อ.บ่อเกลือ จ.น่าน เป็นแหล่งในการผลิตเกลือสินเธาว์ ขนาดใหญ่ของจังหวัดน่าน ประชาชนในชุมชนแห่งนี้รวมถึงผู้สูงอายุ บริโภคเกลือเป็นประจำอยู่แล้ว เมื่ออายุมากขึ้นต่อมน้ำลายที่รับรสเค็มจะมีจำนวนลดลง ทำให้เสี่ยงที่จะบริโภคเกลือในปริมาณที่มากขึ้น จึงพบว่า ในชุมชนบ่อเกลือนี้มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี นอกจากนั้น ผู้สูงอายุในกลุ่มยังได้มีการชมเชยการจัดกิจกรรมของชุมชนหลายชุมชน แต่ก็ได้เสนอแนะให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพิ่มการสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุให้มากขึ้น และติดตามดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ให้บ่อยขึ้น พร้อมกับเสนอตัวว่า “หากจะให้

ชมรมผู้สูงอายุให้การช่วยเหลือ ก็สามารถให้การช่วยเหลือได้ตามความสามารถที่มีอยู่”

3.2 การค้นพบการแก้ไขปัญหาร่วมกัน หลังจากที่มีการระดมสมอง และพูดคุย วิเคราะห์ถึงปัญหาและสาเหตุซึ่งหลายคนในกลุ่มได้เสนอว่า “ควรมีการจัดทำแผนหรือโครงการเพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้เกิดความตระหนักก่อน แล้วจึงมีการแยกมาอบรม หรือสอนรายคน” อย่างไรก็ตามนักศึกษา ได้เสนอว่า “จะขอไปศึกษาค้นคว้า กลยุทธ์ และเขียนโครงการ มาให้กลุ่มช่วยพิจารณา ในการประชุมครั้งต่อไป โดยกลยุทธ์นี้จะใช้ผลการศึกษารายวิจัย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุ..” หลังจากที่ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน ซึ่งประกอบด้วยการจัดโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบท การจัดอบรม การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ กลุ่มก็มีการหารือแบ่งหน้าที่กันว่า ใครจะทำหน้าที่ใดด้วยบรรยากาศที่สร้างสรรค์และเป็นกันเอง

3.3 การเตรียมการ ในขั้นตอนนี้ เป็นขั้นตอนที่นักศึกษาพยาบาลซึ่งทำหน้าที่เป็นหัวหน้าโครงการ ได้นำเสนอแผนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รวมถึงแผนการจัดอบรมให้แก่สมาชิกกลุ่มที่มีความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ น้อย เช่น อาสาสมัคร และผู้แทนชมรมผู้สูงอายุ สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับเนื้อหาที่ตนเองต้องการ เพื่อสามารถนำไปใช้กับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ได้ อย่างเหมาะสม หลังจากนั้น นักศึกษาพยาบาลมีการนัดหมายให้สมาชิกกลุ่มมาอบรมให้ความรู้ ก่อนการปฏิบัติจริง จะเห็นว่า กิจกรรมดังกล่าวเกิดจากความต้องการของชุมชนเองเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งลักษณะดังกล่าวจะนำไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

3.4 การร่วมคิด ร่วมทำด้วยความเต็มใจ จากการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติและสัมภาษณ์รายบุคคล พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกคนในที่มามีส่วนกันจัดโครงการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะให้ความสนใจเป็นพิเศษต่อกิจกรรมที่ตนเองมีส่วนร่วม เช่น การร่วมทำลานหินสำหรับเดินออกกำลังกายที่ชุมชนรพ. วังเหนือ จ.ลำปาง มีผู้สูงอายุ มาร่วมจัดทำเป็นจำนวนมาก ผู้สูงอายุรายหนึ่งบอกว่า “ต้องมาช่วยทำซิ มันเป็นเรื่องของเรา เราต้องช่วยกัน” เมื่อทำเสร็จแล้วผู้สูงอายุ ยังมีมาร่วมออกกำลังกายด้วยกันทุกเช้าอีกด้วย นอกจากนี้ยังร่วมมือร่วมใจกันกระจายข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้แก่กลุ่มอื่นๆ ในชุมชน ส่วนการแสดงบทบาทใหม่ของทีมที่เกี่ยวข้องกับการประเมินปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุอย่างง่าย ซึ่งเกิดขึ้นหลังจากได้รับการอบรมความรู้ และร่วมมือกันจัดโครงการสร้างเสริมสุขภาพตลอดจนติดตามเยี่ยมบ้านแล้วนั้น อาสาสมัครสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพได้ ดังคำพูดของอาสาสมัคร ที่ได้จากการประชุมเพื่อสะท้อนคิด “ทุกครั้งที่ไปเยี่ยมบ้าน จะถามคุณตา คุณยายเสมอว่า เมื่อคืนนี้นอนหลับไหม ปวดตรงไหนหรือเปล่า ซึ่งเมื่อก่อนนี้จะถามแค่ ว่า กินข้าวหรือยัง” ส่วนประธานชมรมผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ก็จะทำหน้าที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมของตนเอง และหาหรือกรรมการและสมาชิกเพื่อปรับปรุงกิจกรรมให้ดีขึ้นต่อไป และจากการปฏิบัติที่มีแนวคิดร่วมกันทำให้ส่งผลต่อผลลัพธ์ ดังจะเห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยมีพฤติกรรมหลายด้านมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในระยะเวลา 4 เดือน ได้แก่ ความ

รับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย หรือการออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านโภชนาการ

อภิปรายผล

ข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรนับตั้งแต่ผู้ที่ทำงานด้านสุขภาพ เจ้าหน้าที่ในแต่ละชุมชน รวมทั้งและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ แสดงถึงการขาดความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับข้อสรุปจากการประชุมของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพทั่วโลก ที่เข้าร่วมประชุมที่เมืองไนโรบี ประเทศเคนยา เมื่อปี ค.ศ. 2009 ว่าช่องว่างที่ทำให้การสร้างเสริมสุขภาพไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ประการหนึ่งได้แก่ การที่บุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทุกระดับของการสร้างเสริมสุขภาพยังขาดความรู้และศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ⁷ หากไม่มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ที่เหมาะสม จะทำให้เกิดผลเสีย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ

ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้านหลังเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ที่พบว่าเพิ่มขึ้นจากเดิมไม่มากนัก โดยด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด พบว่าอยู่ในระดับดีขึ้นเดิมแสดงว่า กระบวนการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ อาจต้องใช้ระยะมากกว่า การดำเนินการในโครงการซึ่งใช้เวลา 8 สัปดาห์ สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องโปรแกรมการสอนเพื่อปรับเปลี่ยนผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังของ เฟลิซิตี และเค อี (Felicity & K.E) ที่สรุปว่าในการสอนเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ครั้งหนึ่งๆ ควรใช้เวลาในการสอนมากกว่า 12 สัปดาห์⁸

ในกระบวนการเสริมสร้างศักยภาพของนักศึกษาพยาบาลในการเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการศึกษาเป็นชนิดที่ให้ชุมชนมีส่วนร่วมทุกกระยะ ซึ่งวิธีการดังกล่าวเป็นที่ยอมรับว่า เป็นวิธีการที่จะช่วยเสริมพลังอำนาจให้ผู้ที่มีส่วนร่วมเกิดความตระหนักและทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความสามารถที่จะตัดสินใจแก้ไขปัญหาพื้นฐาน⁹ วิธีการดังกล่าวจะนำไปสู่การยอมรับในความสามารถของผู้อื่น ความสามารถในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ อย่างมีวิจารณ์ ซึ่งลักษณะเหล่านี้เป็นลักษณะที่พึงประสงค์ของคนที่จะเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กลยุทธ์ต่างๆ นับตั้งแต่การเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับทักษะการปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนให้นักศึกษาทำกิจกรรมด้วยตนเอง การเป็นตัวแบบ (model) ในการจูงใจให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาร่วมมือกันทำกิจกรรมสำหรับสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ การใช้เทคนิคสะท้อนคิด ผสมผสานกับการให้กำลังใจแก่นักศึกษาตลอดระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย กลยุทธ์เหล่านี้ถือเป็นกลยุทธ์ที่มีความสอดคล้องกับแนวคิดของการสร้างความเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนโดยองค์การอนามัยโลก ที่เห็นว่าหลักการของการที่จะสร้างความเป็นผู้นำ ควรประกอบด้วย การเสริมความรู้ การเสริมพลังในการปฏิบัติ และการให้ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน¹⁰ อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญที่ผู้วิจัยเห็นว่ามีความสำคัญอย่างมากในการดำเนินการวิจัยในช่วงนี้ ได้แก่ การที่ผู้สอนทำตัวอย่างให้แก่ศึกษาพยาบาลในการโน้มน้าวผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาร่วมมือในการจัดกิจกรรมสร้างเสริม

สุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชนแต่ละพื้นที่ เป็นวิธีการที่จะให้นักศึกษามีตัวแบบที่จะเสริมสร้างความเชื่อมั่น เกิดพลังที่เข้มแข็งในการปฏิบัติที่ถูกต้อง

ส่วนกระบวนการเรียนรู้ของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชนนั้น แสดงให้เห็นว่า ในการใช้กระบวนการที่เป็นระบบ และมีการใช้เทคนิคที่หลากหลายของการวิจัย เช่น การสนับสนุนให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น การสะท้อนคิดขณะทำกลุ่ม ทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของแต่ละพื้นที่ จึงนำไปสู่การร่วมมือ ร่วมใจ ปฏิบัติกิจกรรมต่างด้วยความเต็มใจ ซึ่งการให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม นั้น ถือว่าเป็นบุญแก่สำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎหมายบัตรไนโรปี⁷ ที่เน้นถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน จะทำให้กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพประสบความสำเร็จและมีความยั่งยืน นอกจากนี้สิ่งที่เกิดขึ้นจากการการเรียนรู้ของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน สามารถสนับสนุนการเรียนรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงจะทำให้นักศึกษาเกิดการสะท้อนคิด โดยเฉพาะการประสานความร่วมมือร่วมใจของชุมชน กิจกรรมของผู้ในชุมชนหลายแห่งสะท้อนให้เห็นถึงการเป็นแบบอย่างของการเป็นผู้นำที่ดีวิธีการที่จะทำให้ชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ อันจะนำไปสู่การเสริมสร้างความร่วมมือของทุกฝ่าย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการประยุกต์กระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้นำโดยใช้วิธีการมีส่วนร่วมของชุมชน ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในทุกหลักสูตร

2. ลักษณะการจัดการเรียนการสอนที่ได้จากผลการวิจัย ถือเป็นรูปแบบการบูรณาการเรียนการสอนการวิจัย และการบริการวิชาการเข้าด้วยกันแบบหนึ่ง ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดถึงคุณภาพของการจัดการเรียนการสอน หน่วยงานด้านการเรียนการสอน จึงควรสนับสนุนงบประมาณให้จัดการเรียนการสอนในลักษณะดังกล่าวให้มากขึ้น

3. การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) ทำให้คุณภาพของการบริการสุขภาพมีคุณภาพ แต่ยังขาดการรวบรวมองค์ความรู้สำหรับให้เจ้าหน้าที่โดยเฉพาะในชุมชนนำไปปฏิบัติเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้นอาจารย์พยาบาลจึงควรมีบทบาทในการสังเคราะห์หรือทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ แล้วสร้างเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

4. นักวิชาการควรร่วมมือกับชุมชนในการประยุกต์ผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้บำบัดอาการที่เป็นปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง เช่น ปลูกสมุนไพรที่ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการแผนงานพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (พย.สสส.) ที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้เกี่ยวข้องทุกชุมชน ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. ปราโมทย์ ประสาทกุล. **การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548 – 2568**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549.
2. Jitapunkul, S. & Bunnag, S. **Ageing in Thailand 1997**. Bangkok: Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine; 1998.
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2551**. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ที่คิวพี จำกัด; 2551.
4. ศิริรัตน์ ปานอุทัย ดวงฤดี ลาสุขะ และ กนกพร สุคำวัง. รายงานการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตภาคเหนือของประเทศไทย. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2548.
5. Walter S. Holistic Health. Retrieved October 14, 2008, from <http://ahha.org/articles.asp?Id=85>; 2008.
6. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. **พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ 2544**. เข้าถึง 22 พฤศจิกายน, 2550, จาก <http://www.thaihealth.or.th/files/1.pdf>; 2550.
7. World Health Organization. **A Primer for Mainstreaming Health Promotion**. Nairobi ; 2009.
8. Felicity & K.E. Webster. Disease-specific health education for COPD: a systematic review of changes in health outcomes. **Health education research** 2009; 22 (5): 703-17.
9. Stringer, E. **Action Research a Handbook for Practitioners**. Thousand Oaks, CA:Sage; 1996.
10. Republic of Kenya and World Health Organization. **Nairobi Call to Action**. Nairobi ; 2009.

Development of Leader's Potential in Holistic Health Promotion Process of Aging in the Community

Duangruedee Lasuka DN.*

Totsaporn Khampolsiri PhD.(Nursing)**

Khanokporn Sucamvang PhD. (Nursing)***

Rojanee Chintanawat PhD.(Nursing)***

Abstract : The main objective of this participatory action research was to develop the potential of nursing students to be leaders in holistic health the formation of the process of holistic health development for the elderly in the community and to improve the learning process of the stakeholders of the holistic health development for the elderly in the community. The research subjects included graduate nursing students majoring in elderly care, subdistrict administrative organization officials, public health officials, volunteers, elderly mainstays and elderly people, all from a total of 26 communities. The data were collected by means of group meetings, brainstorming, reflective thinking and interviews. The quantitative data were analyzed in terms of mean values, whilst the qualitative data were analyzed using content analysis and inductive methods.

The research shows the following results. Firstly, after participating in the activity, the nursing students developed 9 areas of advanced community elderly care, namely, 1) health care management; 2) health care for elderly people with complications; 3) coordination with the communities' stakeholders; 4) empowering and teaching the stakeholders; 5) provision of health-related counsel for the communities and elderly people; 6) change inducement leadership; 7) ethics-oriented decision-making power; 8) application of empirical evidence; and 9) outcome assessment. Secondly, the bodies of knowledge formed by the stakeholders of holistic health development for the elderly in the community included 1) independent analysis of real situations; 2) discovery of mutually developed solutions to problems; 3) preparation; and 4) willingness to cooperate in the brainstorming and operating processes. Most importantly, the outcome of this research served as a basis for the development of teaching and learning methods conducive to the improvement of advanced nursing competence in community elderly care.

Thai Journal of Nursing Council 2011; 26 (special issue) 59-69

Key words: Leaders, Holistic health, Elderly

*Associate Professor, Faculty of Nursing Chiang Mai University

**Instructor, Faculty of Nursing Chiang Mai University

***Assistant Professor, Faculty of Nursing Chiang Mai University

การพัฒนาศักยภาพสตรีแกนนำในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์

พรรณพิไล ศรีอารมย์ พย.ด.*

มัลลิกา พรหมโชติ พย.ม.**

บทคัดย่อ: สตรีแกนนำมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำแก่สตรีวัยเจริญพันธุ์เกี่ยวกับสุขภาพของสตรี การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ตระหนักถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และสามารถเป็นเครือข่ายทางสุขภาพกับบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพสตรีแกนนำให้มีความรู้ ความสามารถในการสอนและการแนะนำ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ ผู้ร่วมวิจัยคือสตรีวัยเจริญพันธุ์ 26 คน จาก 8 หมู่บ้านในตำบลหนองผึ่ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2552 ถึง สิงหาคม 2553 วิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะคือ 1) การศึกษาปัญหาสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ 2) วางแผนพัฒนาแผนการสอนและแผนการปฏิบัติงาน 3) ดำเนินการปฏิบัติตามแผนที่กำหนด และ 4) การวิเคราะห์และสรุปผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า สามารถพัฒนาศักยภาพของสตรีแกนนำให้มีความรู้ ทักษะในการดูแลส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ เกิดการเรียนรู้และความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเองในฐานะสตรีแกนนำ และสามารถทำงานประสานกับบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชน เพื่อช่วยให้สตรีวัยเจริญพันธุ์มีความเข้มแข็ง ในการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26(ฉบับพิเศษ) 70-80

คำสำคัญ: สตรีแกนนำ การพัฒนาศักยภาพ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สตรีวัยเจริญพันธุ์

* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** สถาบันอนามัยหนองผึ่ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สตรีวัยเจริญพันธุ์ คือ สตรีกลุ่มอายุ 15-44 ปี เป็นช่วงวัยที่สามารถมีบุตรได้หรืออยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ สภาวะสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยที่จะส่งผลถึงการเจริญพันธุ์¹ ความแข็งแรงของร่างกายและจิตใจที่จะสามารถทำหน้าที่ของการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ สตรีวัยเจริญพันธุ์นอกจากจะเป็นผู้ให้กำเนิดบุตรแล้ว ยังมีบทบาทที่สำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของบุตรและบุคคลอื่นในครอบครัว สตรีที่ผ่านเข้าสู่วัยผู้ใหญ่และวัยกลางคนจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในร่างกายตามวัยที่อาจก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพตามมา การรับภาระในครอบครัวตามบทบาทต่างๆ เช่น ภาระยาและมารดา อาจส่งผลให้การดูแลสุขภาพของตนเองลดน้อยลงส่งผลไปถึงภาวะสุขภาพที่เสื่อมลงไปในอนาคต ดังนั้นสตรีวัยเจริญพันธุ์จึงเป็นช่วง วัยหนึ่งของชีวิตที่มีความสำคัญที่ควรได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีต่อเนื่องไปจนถึงวัยสูงอายุ

จากการสำรวจสถานการณ์ปัญหาสุขภาพสตรีไทยพบว่า ปัญหาสุขภาพที่สำคัญคือ การมีดัชนีมวลกายสูง ความผิดปกติของประจำเดือน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะกระดูกพรุน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง และมะเร็ง ซึ่งมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยอัตราการเป็นมะเร็งปากมดลูกพบสูงสุดที่จังหวัดเชียงใหม่² ปัญหาสุขภาพเหล่านี้ อาจทำให้เกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของสตรี ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้สามารถป้องกันได้โดยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจเพื่อคลายเครียด

การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และการตรวจคัดกรองโรค เช่น การตรวจมะเร็งปากมดลูก การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นต้น

การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพจัดเป็นกระบวนการเพื่อให้บุคคลเพิ่มขีดความสามารถในการควบคุมและพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี อีกทั้งเป็นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้เกิดความรู้และทักษะการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง³ โดยการให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพเริ่มตั้งแต่สตรีเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์คือเริ่มตั้งแต่วัยรุ่นจนถึงสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นวัยที่เริ่มสร้างครอบครัว สตรีวัยเจริญพันธุ์ในวัยนี้ต้องการการสนับสนุน ให้ความรู้ ให้แรงจูงใจ โดยบุคลากรทีมสุขภาพและสตรีในวัยใกล้เคียงกันที่อยู่ในชุมชนที่สามารถเข้าถึงความต้องการของสตรีวัยเจริญพันธุ์ได้อย่างแท้จริง แต่ปัญหาที่พบคือ สตรีขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการส่งเสริมสุขภาพ ขาดแรงจูงใจ และแรงสนับสนุน หรือละเลยต่อสุขภาพตนเอง การมีสตรีที่เป็นที่รู้จัก คำนึงเคยหรือเป็นที่ยอมรับในชุมชน สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และสตรีสามารถเข้าถึงได้ง่ายเมื่อต้องการคำแนะนำการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพหรือเมื่อมีปัญหาสุขภาพเบื้องต้น จะช่วยให้สตรีวัยเจริญพันธุ์มองเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพสตรีที่อาสาเป็นแกนนำในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ เป็นการพัฒนาสตรีให้มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ มีความสามารถ และทักษะในการให้คำแนะนำ การตรวจคัดกรองเบื้องต้นด้วยตนเอง ทักษะและความสามารถในการถ่ายทอด

ความรู้ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพ การจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ ในวัยใกล้เคียงกันมีความตระหนักถึงภาวะสุขภาพ มองเห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างพลังภาคีเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพ โดยเป็นความร่วมมือระหว่างคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่กับบุคลากรจากสถานอนามัย หนองผึ้ง และสตรีในหมู่บ้านหนองผึ้ง จึงนับเป็น ตัวเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน กับ บริการสาธารณสุขของรัฐอย่างแท้จริง รวมทั้งเป็นการสร้างเครือข่ายทางสุขภาพของสตรีในการช่วยเหลือ บุคลากรทีมสุขภาพในชุมชนได้เป็นอย่างดี

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะอาจารย์คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และพยาบาลวิชาชีพ ที่ทำงานร่วมกันในการส่งเสริมสุขภาพให้แก่สตรี วัยเจริญพันธุ์ จึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาสตรีใน ตำบลหนองผึ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อให้ มีศักยภาพมีความรู้ ความสามารถในการเผยแพร่ ข้อมูลข่าวสารให้เกิดความรู้ความเข้าใจในวงกว้าง และเป็นแกนนำในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ แก่สตรีวัยเจริญพันธุ์ได้สอดคล้องกับความต้องการ ของท้องถิ่นอย่างแท้จริง เนื่องจากสตรีที่เป็นแกนนำ เป็นตัวแทนของภาคประชาชนที่มีความใกล้ชิดกับสตรี กลุ่มดังกล่าว การส่งเสริมศักยภาพให้สตรีสามารถ เป็นแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ ได้ ย่อมช่วยให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ในตำบลหนองผึ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ มีสุขภาพที่แข็งแรง สตรีมีความเข้มแข็งสามารถดูแลสุขภาพได้อย่าง เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน รวมทั้งเป็นการ

พัฒนาชุมชนเพื่อเป็นต้นแบบสำหรับนักศึกษา พยาบาลระดับปริญญาโทในการฝึกปฏิบัติการบวณ วิชาฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ชั้นสูง 1 หลักสูตรพยาบาล ศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในการส่งเสริม สุขภาพแก่สตรีวัยเจริญพันธุ์ในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาสตรีแกนนำประจำ หมู่บ้าน ให้มีความรู้ความสามารถในการสอนแนะนำ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การพัฒนาสตรีแกนนำเป็นการพัฒนาสตรี ให้มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ มีความสามารถ และ ทักษะในการให้คำแนะนำ ส่งเสริมให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ มองเห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ โดยใช้หลักการวิจัยปฏิบัติการที่มุ่งเน้นให้ ผู้ร่วมวิจัยได้มีโอกาสร่วมกันวิเคราะห์ กำหนดปัญหา วางแผน นำแผนไปสู่การปฏิบัติ และร่วมกันประเมินผล โดยมีอาสาสมัครที่เป็นสตรีในหมู่บ้านเข้าร่วมใน การพัฒนาความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการ ส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ เมื่อสตรีแกนนำได้รับ การพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ ความเข้าใจในการ ส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ และพัฒนาทักษะ และความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ การให้ คำแนะนำ การจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพ จะสามารถ เป็นเครือข่ายของบุคลากรทีมสุขภาพในการส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพแก่สตรีวัยเจริญพันธุ์ ให้มีความ ตระหนักถึงภาวะสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้ร่วมวิจัย เป็นสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15 -44 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลหนองผึ่ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ได้สตรีแกนนำจากการรับสมัครสตรีที่มีความสนใจในการเป็นแกนนำจาก 8 หมู่บ้าน ละ 4 คน รวม 32 คน เมื่อดำเนินการวิจัยจนสิ้นสุดกระบวนการมีสตรีแกนนำเหลือ 26 คน โดยที่กลุ่มตัวอย่าง 6 คนไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมความรู้และร่วมดำเนินการจัดโครงการในหมู่บ้านได้ครบตามกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีทั้งหมด 6 ชุด ดังนี้ 1) แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นการสำรวจ สถานการณ์สุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ และปัญหาสุขภาพที่พบในชุมชน ความต้องการของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในชุมชน 2) แบบวัดและประเมินผลก่อนและหลังการอบรมของสตรีแกนนำ 3) แผนการอบรมสตรีแกนนำ เป็นแผนการอบรมใช้ในการสอนสตรีแกนนำให้มีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ สตรีวัยเจริญพันธุ์และการจัดดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจในการจัดการอบรมให้ความรู้แก่สตรีแกนนำ 5) แบบสอบถามความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการของสตรีแกนนำ 6) ประเด็นการสนทนากลุ่ม (focus group) เป็นการประเมินผลการจัดโครงการเมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้โดยแบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้

1. ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์จากการสำรวจปัญหาสุขภาพและความต้องการของสตรีวัยเจริญพันธุ์ เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติ

ร่วมกันในการวางแผนการพัฒนาศักยภาพสตรีแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์

2. ระยะที่ 2 พัฒนาแผนการสอนและแผนการปฏิบัติงาน โดยการนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์จากการสำรวจปัญหาสุขภาพและความต้องการของสตรีวัยเจริญพันธุ์มากำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการแนวทางการดำเนินงาน ตลอดจนกำหนดทรัพยากรและแหล่งทรัพยากรที่จะใช้ในการอบรมพัฒนาความรู้ และทักษะของสตรีแกนนำ

3. ระยะที่ 3 ดำเนินการปฏิบัติตามแผนที่กำหนด

3.1 ดำเนินการพัฒนาศักยภาพสตรีแกนนำ การประเมินความรู้ก่อนเข้ารับการอบรม จัดการอบรมความรู้แก่สตรีแกนนำ แบ่งการอบรมเป็น 4 ครั้งๆละ 4 ชั่วโมง วิธีการอบรมประกอบด้วย การบรรยาย การอภิปราย การสาธิต การสาธิตย้อนกลับ และการฝึกปฏิบัติ และประชุมกลุ่มเพื่อวางแผนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยการจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ในหมู่บ้าน การประเมินความรู้หลังการอบรม และการนำเสนอโครงการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์จำนวน 8 โครงการ

3.2 การจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยสตรีแกนนำร่วมกันพัฒนาโครงการจากปัญหาสุขภาพของสตรีในหมู่บ้าน สตรีแกนนำแต่ละหมู่บ้านดำเนินโครงการตามแผนโดยมีผู้วิจัย ผู้บริหารเทศบาลตำบลหนองผึ่ง บุคลากรสถานีอนามัยหนองผึ่ง และสตรีแกนนำ เข้าร่วมโครงการเพื่อให้ข้อเสนอแนะในการจัดทำโครงการติดตามประเมินผลระหว่างการทำโครงการ

4. ระยะที่ 4 การวิเคราะห์และสรุปผล เมื่อเสร็จสิ้นการจัดโครงการฯ โดยสตรีแกนนำของ ทั้ง 8 หมู่บ้านแล้ว ผู้วิจัยจัดให้มีการประชุมสัมมนาสตรีแกนนำ ผู้วิจัย ผู้บริหารเทศบาลตำบลหนองผึ้ง บุคลากรสถานีอนามัยหนองผึ้ง และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มเพื่อร่วมกันประเมินผลการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มจนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการวิจัย สรุปข้อคิดเห็น แนวทางการพัฒนาและปรับปรุง และร่วมกันหาแนวทางในการติดตามการดำเนินงานของสตรีแกนนำเพื่อให้มีการปฏิบัติหน้าที่อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ขึ้นสรุปประเมินผลการจัดโครงการผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นในการสนทนาไว้ 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การวางแผนและการพัฒนาศักยภาพสตรีแกนนำ 2) แผนการให้ความรู้แก่สตรีแกนนำ 3) การจัดการเรียนการสอนแก่สตรีแกนนำ 4) การจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพโดยสตรีแกนนำแต่ละหมู่บ้าน 5) ประโยชน์ที่ได้รับจากการพัฒนาศักยภาพ 6) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตลอดกระบวนการวิจัย และ 7) ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพดังนี้

1. เชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างของอาสาสมัครหมู่บ้านในการสำรวจปัญหาสุขภาพและความต้องการของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ ในส่วนการประเมินผลความรู้ก่อนและหลังการอบรมของสตรีแกนนำ แบบสอบถามความพึงพอใจในการจัดการอบรมให้ความรู้แก่สตรีแกนนำ และแบบสอบถามความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการของสตรีแกนนำ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

2. เชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากการแบบประเมินในส่วนที่เป็นความเรียง ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เรียบเรียง และบรรยายสรุปเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 33.65 ปี (S.D. = 9.53) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 57.68 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 30.76 และปริญญาตรี ร้อยละ 19.23 อาชีพ รับจ้างร้อยละ 42.30

2. ผลการพัฒนาศักยภาพสตรีแกนนำเพื่อให้มีความรู้ ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ มีดังนี้

2.1 ผลการศึกษาปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่พบในชุมชน ความต้องการของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในชุมชน แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพในสตรีวัยเจริญพันธุ์ การดำเนินงานในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอ หัวหน้าสถานีอนามัย พยาบาลวิชาชีพ อสม.ประจำหมู่บ้าน และสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สนใจ โดยจัดให้มีการอภิปรายร่วมกันถึงสถานการณ์สุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ และปัญหาสุขภาพที่พบ สรุปได้ว่า ปัญหาสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ 8 หมู่บ้านในตำบลหนองผึ้ง 5 อันดับแรกมีดังนี้ 1) ปัญหาของระบบทางเดินหายใจที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งปอด หอบหืด และมะเร็งปอด 2) โรคมะเร็งเต้านมจากการที่สตรีในชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง 3) ปัญหาจากความเครียดซึ่งมีสาเหตุจากปัญหาครอบครัว วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง สถาบันครอบครัวไม่มั่นคง ครอบครัวแตกแยก ความเครียดในการทำงาน ฐานะเศรษฐกิจ ปัญหาเหล่านี้ก่อให้เกิดการฆ่าตัวตาย

4) ภาวะโภชนาการพบว่าทั้งภาวะโภชนาการเกิน ภาวะพร่องโภชนาการ และพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง 5) การใช้สารเสพติด การดื่มสุรา ที่นำไปสู่ปัญหาสังคม พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การพนัน

2.2. การกำหนดแนวทางในการพัฒนา ศักยภาพสตรีแกนนำเพื่อนำไปสู่แผนการปฏิบัติงานและการวางแผนพัฒนาแผนการสอนเพื่อให้ ความรู้แก่สตรีแกนนำ ผู้วิจัยได้นำผลสรุปที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์สุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ในหมู่บ้านไปเป็นแนวทางในการวางแผนการให้ ความรู้แก่สตรีแกนนำ ซึ่งได้แผนการสอนทั้งหมด 9 หัวข้อดังนี้ 1) สุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ หลักการ ส่งเสริมสุขภาพและบทบาทของสตรีแกนนำ 2) มะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมเพื่อคัดกรอง มะเร็งเต้านมด้วยตนเอง 3) การออกกำลังกาย สำหรับสตรีวัยเจริญพันธุ์ 4) อารมณ์ดี...ชีวิตมีสุข 5) โภชนาการที่เหมาะสมสำหรับสตรีวัยเจริญพันธุ์ 6) พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและพิษภัยของสารเสพติด 7) การป้องกันตนเองจากโรคระบบทางเดินหายใจ 8) เทคนิคการสอนสุขศึกษาและการพูดในที่ชุมชน และ 9) เทคนิคการจัดโครงการ

2.3 ผลการมีส่วนร่วมขึ้นดำเนินการ ปฏิบัติตามแผนที่กำหนดในการพัฒนา ศักยภาพ ด้านความรู้แก่สตรีแกนนำ ใช้เวลาในการอบรมทั้งหมด 4 ครั้ง ทุกวันอาทิตย์ เวลา 09.00 น. -12.00 น. โดยมี ผู้วิจัย อาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ 1 คน และนักศึกษาปริญญาโทชั้นปีที่ 2 สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่จำนวน 10 คน ร่วมเป็นวิทยากร ผลการอบรมความรู้ของสตรีแกนนำพบว่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้ก่อนและหลังการอบรมมีความแตกต่างกัน ในทุกหัวข้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.4 ชั้นประเมินผลการอบรมการให้ ความรู้สตรีแกนนำเพื่อเตรียมตัวในการจัดโครงการ ส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ในแต่ละหมู่บ้าน

2.4.1 ระหว่างการอบรม เป็นการ ประเมินผลระหว่างการอบรมความรู้แก่สตรีแกนนำ เพื่อร่วมหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่ เกิดขึ้นระหว่างการอบรม

2.4.2 เมื่อสิ้นสุดการอบรมในชั้น ตอนนี้สตรีแกนนำได้ร่วมสรุปผลการเข้าร่วมอบรม ความรู้เป็นเวลา 4 ครั้ง โดยพบว่าผลการประเมิน อยู่ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ ($\bar{X} = 4.45$, S.D. = 0.67)

2.5 ผลการดำเนินการจัดโครงการส่งเสริม สุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์โดยสตรีแกนนำแต่ละ หมู่บ้าน ระหว่างการอบรมความรู้ผู้วิจัยได้มอบหมาย ให้สตรีแกนนำแต่ละหมู่บ้านศึกษาปัญหาของสตรี วัยเจริญพันธุ์ในหมู่บ้าน เรียงลำดับความสำคัญของ ปัญหาสุขภาพ 3 อันดับ และนำเสนอในการอบรม เมื่อได้ปัญหาและพัฒนาโครงการตามแนวทางที่ได้ อบรมแล้ว สตรีแกนนำแต่ละหมู่บ้านมีการประชุม วางแผนการจัดทำโครงการและนำเสนอ โครงการทั้ง 8 หมู่บ้านและกำหนดการดำเนินโครงการ ดังนี้ หมู่ที่ 1: รู้เข้าใจปลอดภัยจากมะเร็งเต้านม หมู่ที่ 2: ออกกำลังกายสร้างเสริม สุขภาพ หมู่ที่ 3: รู้เข้าใจ ปลอดภัยจากมะเร็งเต้านม หมู่ที่ 4: โภชนาการที่ เหมาะสมสำหรับสตรีวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันโรค เบาหวาน หมู่ที่ 5: การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ หมู่ที่ 6: สร้างสุขภาพกับการ ออกกำลังกาย หมู่ที่ 7: บริโภคถูกสุขอนามัยห่างไกล จากโรค และหมู่ที่ 8: การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง เต้านมในสตรีวัยเจริญพันธุ์ ในการดำเนินโครงการ แต่ละหมู่บ้านสตรีแกนนำทุกคนเข้าร่วมโครงการ หมุนเวียนไปทุกโครงการ

เมื่อเสร็จสิ้นโครงการผู้วิจัยได้ร่วมประเมินผลโครงการกับสตรีแกนนำเพื่อรับทราบผลการดำเนินโครงการ ให้ข้อคิดเห็นร่วมกันถึงสิ่งที่ได้ดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพและสิ่งที่ต้องปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้สตรีแกนนำ เกิดการเรียนรู้และนำไปปรับปรุงแก้ไขในการจัดโครงการสัปดาห์ต่อไป

2.6 ผลการสรุปประเมินผลการจัดโครงการ เป็นการสรุปผลการวิจัย ตั้งแต่เริ่มดำเนินการ จนถึงสิ้นสุดการวิจัย ตลอดจนการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น จากการกำหนดประเด็นในการสนทนาไว้ 6 ประเด็น สรุปผลการสนทนากลุ่มได้ ดังนี้ 1) การวางแผนและการพัฒนาศักยภาพสตรีแกนนำ ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าการวางแผนในการพัฒนาศักยภาพสตรีแกนนำมีความเหมาะสม มีการวางแผนการพัฒนาความรู้และทักษะอย่างเป็นแบบแผน มีเป้าหมายที่ชัดเจน และนำไปสู่ความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในหมู่บ้านได้อย่างเหมาะสมและตรงตามความต้องการ 2) แผนการให้ความรู้แก่สตรีแกนนำ สตรีแกนนำทั้งหมดให้ความเห็นว่าได้รับความรู้ และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ทางด้านสุขภาพอย่างมาก มีความเข้าใจ ในการดูแลสุขภาพที่ดี และการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน และนำไปใช้ในการพัฒนาสตรีวัยเจริญพันธุ์ภายในหมู่บ้านให้มีสุขภาพที่ดี 3) การจัดการเรียนการสอนแก่สตรีแกนนำมีความเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ แม้ว่าจะมีสตรีแกนนำบางส่วนไม่สามารถเข้าร่วมได้อย่างต่อเนื่องจากการที่มีภาระงานบ้านในวันหยุด แต่ส่วนใหญ่เข้ารับการอบรมครบตามกำหนด และประเมินว่าวิทยากร

ทุกคนมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความรู้ และทุ่มเทในการให้ความรู้เป็นอย่างดี 4) การจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพโดยสตรีแกนนำแต่ละหมู่บ้าน สตรีแกนนำให้ความเห็นว่าการจัดโครงการ ทำให้มีความกล้าที่จะคิดและกล้าแสดงออกถึงสิ่งที่ต้องการจะทำให้แก่พี่น้องเพื่อนบ้านทุกคน มีความพร้อมที่จะให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และการรับประทานอาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ 5) ประโยชน์ที่ได้รับจากการพัฒนาศักยภาพ สตรีแกนนำส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า ได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์อย่างมากสามารถบอกเล่าให้ผู้อื่นฟัง และได้เรียนรู้การทำงานเป็นกลุ่ม ได้มีโอกาสพูดต่อหน้าชุมชน ทำให้มีความกล้าพูด กล้าแนะนำ กล้าแสดงออกในเรื่องความรู้ที่ได้รับการอบรมตามโครงการ และเมื่อให้สตรีแกนนำสรุปบทบาทของตนเองส่วนใหญ่สรุปว่า สตรีแกนนำต้องมีความรู้สามารถอธิบายขยายความหรือตอบข้อซักถามของผู้อื่นได้ และสามารถแนะนำสตรีวัยเจริญพันธุ์ให้มีสุขภาพดีมีร่างกายแข็งแรงต่อต้านโรคภัย และสามารถเป็นตัวอย่างที่ดีได้ด้วย 6) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตลอดกระบวนการวิจัย สตรีแกนนำให้ความเห็นว่า เกิดจากการมีภาระงานประจำและงานบ้านทำให้สตรีแกนนำบางส่วนไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมได้ครบทั้ง 4 ครั้ง ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการแต่ละหมู่บ้าน เกิดจากการประชาสัมพันธ์ให้สตรีเห็นความสำคัญของการเข้าร่วมโครงการและความสนใจในสุขภาพของตนเอง เนื่องจากสตรีวัยเจริญพันธุ์ในหมู่บ้านมีภาระงานบ้านในวันหยุดจึงไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตามเป้าหมาย การประชาสัมพันธ์ควรจัดทำใน

รูปแบบที่น่าสนใจเช่น มีการออกเชิญชวนชาวบ้านอย่างทั่วถึงด้วยตนเองเพื่อทำให้เกิดความสนใจ 7) ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ สตรีแกนนำได้ให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมว่าการจะทำให้ชุมชนมองเห็นความสำคัญของการดูแลใส่ใจตนเอง ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับ การประชาสัมพันธ์และความร่วมมือของผู้นำ อสม. และชาวบ้านด้วย การจัดโครงการโดยสตรีแกนนำครั้งนี้ชุมชนได้รับความรู้ในการปฏิบัติและดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้องและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการครั้งต่อไป โครงการนี้จัดขึ้นได้ดีมาก เป็นการกระจายความรู้ให้สตรีในชุมชนได้นำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันและมีความเข้าใจในเรื่องการดูแลสุขภาพมากขึ้น สตรีแกนนำรายหนึ่งที่เป็นนักจัดรายการวิทยุชุมชนเสนอว่า จะนำความรู้ที่ได้รับไปเผยแพร่ต่อสตรีในชุมชน โดยอาจสอดแทรกไปกับการกระจายข่าวสารจากเสียงตามสาย การให้คำปรึกษาในสตรีที่ต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งสามารถทำไปพร้อมกันกับการเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม.

การอภิปรายผล

การพัฒนาศักยภาพสตรีแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ สามารถพัฒนาความรู้และความสามารถของสตรีแกนนำในการให้คำแนะนำแก่สตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยด้านความรู้ของสตรีแกนนำพบว่าในระหว่างการอบรมสตรีแกนนำทุกคนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี มีความกระตือรือร้นในการร่วมกิจกรรม วิทยากรในการอบรมทุกคนมีความรู้และเทคนิควิธีการสอนและสาธิตที่เข้าใจง่าย มีการอธิบายอย่างชัดเจนจนกระทั่งสตรีแกนนำเข้าใจเป็นอย่างดี ให้โอกาสในการซักถามและแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระให้โอกาสในการสาธิตย้อนกลับจนสตรีแกนนำสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง หรือ

อาจอธิบายได้ว่าการจัดอบรมความรู้แก่สตรีแกนนำเป็นไปตามแนวคิดการจัดการเรียนการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นตัวตั้ง คำนึงถึงความเหมาะสมของผู้เรียน และประโยชน์สูงสุดที่ผู้เรียนควรจะได้รับ ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้อย่างตื่นตัวและได้ใช้กระบวนการเรียนรู้ต่างๆจนจะนำผู้เรียนไปสู่การเกิดการเรียนรู้ที่แท้จริง⁴ ดังนั้นเมื่อทำการประเมินผลความรู้ภายหลังการอบรมพบว่า สตรีแกนนำทุกคนผ่านการประเมินความรู้ในทุกหัวข้อและสามารถบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ตามแผนการสอนคือมีความรู้ ความเข้าใจปัญหาสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในสตรีวัย เจริญพันธุ์ สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและเผยแพร่ความรู้ให้ผู้อื่นได้

ในการพัฒนาโครงการส่งเสริมสุขภาพและดำเนินโครงการของสตรีแกนนำ พบว่า สตรีแกนนำสามารถพัฒนาความรู้และทักษะตั้งแต่การศึกษาปัญหาและความต้องการของสตรีในหมู่บ้านตนเอง มีการประสานงานร่วมกับ อสม. และสมาชิกสภาเทศบาลตำบลในการจัดดำเนินงานอย่างเข้มแข็งและรับผิดชอบเป็นอย่างดี นับเป็นการประสานความร่วมมือกับบุคลากรท้องถิ่นได้อย่างเหมาะสมเนื่องจากตำบลหนองผึ่งเป็นชุมชนที่อยู่ในชนบทที่มีความผูกพัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกันเมื่อมีกิจกรรมที่ทำเพื่อสาธารณประโยชน์ หลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องจะมาช่วยกันในการดำเนินงานเพื่อให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี นับเป็นการรวมใจในการดำเนินงานของสตรีแกนนำและประชาชนในหมู่บ้าน ในการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพแต่ละหมู่บ้าน สตรีแกนนำได้นำความรู้และทักษะที่ได้จากการอบรมความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการให้สุขศึกษา รวมทั้งเป็นแบบอย่างในการมี

พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้แก่ สมาชิกเทศบาลตำบล อสม. มองเห็นความสามารถของสตรีแกนนำที่เป็นเยาวชนในหมู่บ้าน ในการเป็นวิทยากรให้ความรู้ มีความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม จากการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 8 หมู่บ้าน สตรีแกนนำให้ความเห็นว่า ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและสตรีวัยเจริญพันธุ์ในหมู่บ้านคือ ทำให้ได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพและความสำคัญของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ทั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่าผลจากการศึกษาครั้งนี้ ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดจากการกระทำนำไปสู่การเรียนรู้และความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเองในฐานะสตรีแกนนำ และสามารถทำงานประสานกับบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชนเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งในชุมชนของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพสตรีผิวดำชนบทในประเทศแคนาดา ที่พบว่ากระบวนการวิจัยส่งผลให้สตรีเหล่านี้ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมในการดูแลสุขภาพและได้รับโอกาสในการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึงครอบคลุมถึงครอบครัวและชุมชน⁵ สรุปได้ว่าการศึกษานี้สามารถพัฒนาศักยภาพของสตรีแกนนำให้มีความรู้ ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้และคำแนะนำ ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ เป็นแบบอย่างของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีแก่สตรีวัยเจริญพันธุ์ รวมทั้งประสานความร่วมมือกับบุคลากรทีมสุขภาพในตำบลหนองผึ้งได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลจากการวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้สตรีแกนนำที่มีศักยภาพในการเผยแพร่ความรู้ การส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ หน่วยงานในตำบลหนองผึ้ง อำเภอ

สารภี จังหวัดเชียงใหม่ สามารถทำหน้าที่ในการเป็นผู้ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขในการเผยแพร่ความรู้ที่ได้รับไปสู่ชุมชน ช่วยเหลือและแนะนำให้สตรีในชุมชนมีความใส่ใจในสุขภาพ มีการรักษาสุขภาพอนามัยที่ดี

2. หน่วยงานสาธารณสุขในชุมชนควรจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์เป็นระยะ ทุก 3-6 เดือน เพื่อให้สตรีแกนนำได้มีโอกาสร่วมโครงการและพัฒนาความรู้ ทักษะอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

3. ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถเป็นตัวอย่างแก่นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาในการจัดโครงการเพื่อตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษากระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศักยภาพในกลุ่มบุคคลอื่นๆ เช่น วัยรุ่นในชุมชน หรือบุคคลวัยทำงาน ให้มีศักยภาพในการพัฒนาชุมชนให้มีความเข้มแข็งทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อติดตามความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดำเนินงานของสตรีแกนนำในการนำความรู้ไปใช้ในการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพประจำหมู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. อนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย. เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติเรื่อง อนามัยเจริญพันธุ์ ณ โรงแรมนิคม โกมลานคร ถนนรัชดาภิเษก 10 กรกฎาคม 2540 กรุงเทพมหานคร; 2540.

2. จตุพล ศรีสมบูรณ์. มะเร็งปากมดลูก : การวินิจฉัยและการรักษา. กรุงเทพฯ : พี.บี.ฟอเรน บুকส์ เซนเตอร์; 2547.
3. รวมพร คงกำเนิด. การส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน. ใน: สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย, และ รวมพร คงกำเนิด, บรรณาธิการ. การส่งเสริมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2543. หน้า 86-95.
4. ทิศนา ขัมมณี. ศาสตร์การสอน องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
5. Etowa J B, Bernard WT, Oyinsan B, & Clow B. Participatory action research (PAR): An approach for improving black women's health in rural and remote communities. **J. Transcultural Nursing** 2009; 18: 349-57.

Competency Development of Women Leaders for Promoting Health in Women of Reproductive Age

Punpilai Sriareporn*

Mulliga Prommachote**

Abstract: Women leaders have important roles in providing information to reproductive age women on women's health, health promotion in order to enhance them about to aware the significant of having healthy behaviors, and they can also create a network with health personnel in the community. The purpose of this research was to study the results of developing the competence of women leaders about knowledge and the capability in teaching, advising, and promoting healthy behaviors to women of reproductive age. The participators in this research were 26 women leaders from 8 villages in Nongphung subdistrict, Sarapee district, Chiang Mai province. The data were collected from December, 2009 to August, 2010. The research was conducted in 4 phases including; 1) the study of women's health problems, 2) the plan of the development of a teaching and activities plan, 3) the implementation based on the plan, and 4) the analysis and evaluation. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The findings of this study showed that the development of competency of women leaders could enhance their knowledge and skills in promoting women's health. They have also learned and aware their role as women leaders and they are able to collaborate with health personnel in the community. This is to help strengthen women in the community on self care to gain better healthy behaviors.

Thai Journal of Nursing Council 2011; 26(special issue) 70-80

Keywords: Women leaders, Competency development, Health promotion, Women of reproductive age

* Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Nongpueng Health Promoting Hospital, Amphur Sarapee, Chiang Mai

พฤติกรรมสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของวัยรุ่นเรื้อรัง*

ภาวนา บุญมุสิก พยม.**

ปริยกุล รัชกุล ปร.ด.(พยาบาลศาสตร์)***

ศิริพร ชัมภลิต ปร.ด (การพยาบาลเด็ก)****

บทคัดย่อ: การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพระหว่างวัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิและที่พำนักชั่วคราวตามทีสาธารณะ กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นเรื้อรังอายุ 13 - 18 ปี กลุ่มละ 45 คน เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์และวิธีบอกต่อ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและแบบสอบถามความต้องการการดูแลสุขภาพ ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา 0.88 และได้ค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha) เท่ากับ 0.93 และ 0.73 ตามลำดับ วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Mann-Whitney's U Test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง โดยวัยรุ่นในมูลนิธิมีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลางไปทางระดับดี ขณะที่วัยรุ่นที่พำนักในที่สาธารณะมีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลางไปทางระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมสุขภาพรายด้าน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน ของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สำหรับความต้องการการดูแลสุขภาพโดยรวมมีระดับที่แตกต่างกัน โดยเด็กในมูลนิธิมีความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด ขณะที่เด็กตามทีสาธารณะมีความต้องการอยู่ในระดับมาก และพบว่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลด้านสุขภาพโดยรวมและจำแนกรายด้านของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้คือ บุคลากรทีมสุขภาพ หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลด้านสุขภาพของ เด็กเรื้อรัง ควรให้ความสำคัญกับเด็กเรื้อรังเช่นเดียวกับเด็กกลุ่มอื่นๆ ที่อยู่ในวัยเดียวกัน ควรมีการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพเพื่อช่วยให้เด็กกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26(ฉบับพิเศษ) 81-94

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ ความต้องการการดูแลสุขภาพ วัยรุ่นเรื้อรัง

*วิทยานิพนธ์

**อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

“เด็ก” เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับการพัฒนาประเทศมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน แต่ในความเป็นจริงเด็กทุกคนไม่ได้เป็นเช่นนั้น ปัจจุบันยังมีเด็กที่ถูกละเลย และถูกจัดให้เป็นเด็กเรื้อรัง ในปี ค.ศ.1993 องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของเด็กเรื้อรังไว้ว่า เป็นเด็กที่ไม่มีบิดามารดาหรือผู้ปกครอง หรือมีแต่ไม่เลี้ยงดูหรือไม่สามารถเลี้ยงดูได้ จนเป็นเหตุให้เด็กต้องเรื้อรังไปในที่ต่างๆ และรวมไปถึงเด็กถูกทอดทิ้ง เด็กอ่อนในสลัม เด็กก่อสร้าง แรงงานเด็ก โสเภณีเด็ก เด็กขอทาน เด็กกองขยะ เด็กเถื่อน เด็กลูกชาเล้ง เด็กผิดเพศ เด็กติดยา เด็กถูกข่มขืน เด็กถูกทารุณ และเด็กพิการ ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลตัวเลขจำนวนเด็กเรื้อรังในประเทศไทยที่ชัดเจน เนื่องจากยังไม่มี การเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ ประกอบกับลักษณะเฉพาะของเด็กเรื้อรัง คือจะมีที่อยู่อาศัยและแหล่งประกอบอาชีพไม่มั่นคงแน่นอนจึงยากแก่การติดตาม¹ จากรายงานการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาดูแลเด็กยากจนและเด็กด้อยโอกาส 3 ปี (2549 - 2551) คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่าปัจจุบันมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 20,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น²

สาเหตุที่ทำให้เด็กออกมาเรื้อรังอาจมีเพียงสาเหตุเดียวหรือมากกว่าหนึ่งสาเหตุ โดยสาเหตุหลักที่ทำให้เด็กกลายมาเป็นเด็กเรื้อรัง คือ สาเหตุจากครอบครัว รองลงมาคือสาเหตุจากโรงเรียน สาเหตุจากสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจ และสาเหตุจากตัวเด็กเอง จนกระทั่งต้องออกจากบ้านมาและกลายไปเป็นเด็กเรื้อรังในที่สุด^{2,3,4} เด็กเรื้อรังทั้งที่พำนักอาศัยชั่วคราวตามที่สาธารณะต่างๆ และเด็กเรื้อรังที่พำนักอาศัยชั่วคราวในมูลนิธิ ต่างเกิดปัญหาและ

ผลกระทบหลายด้านทั้งในด้านการศึกษา ส่งผลให้ขาดโอกาสในการเรียนรู้เช่นเดียวกับเด็กวัยเดียวกัน ด้านสังคมและกฎหมายเป็นผลสืบเนื่องมาจากการที่เด็กออกมาเรื้อรังตามที่สาธารณะต่างๆ ทำให้เด็กเหล่านี้เข้าสู่กระบวนการการลักเล็กขโมยน้อย เสพและขายยาเสพติด ขยายบริการทางเพศ^{3,5,6} และผลกระทบที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากการเข้าไปศึกษาและสนทนากับเด็ก พบว่าทั้งเด็กในมูลนิธิสร้างสรรค์เด็กและเด็กที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะต่างๆ พบปัญหาสุขภาพที่คล้ายกัน คือ ประการแรก ปัญหาโรคผิวหนัง เช่น กลาก เกื้อน ผื่นคัน แผล กลืนตัว ประการที่สอง ปัญหาสุขภาพในช่องปาก ปวดฟัน ฟันผุ จากการไม่ได้แปรงฟัน และปัญหาต่อมาคือ ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ โดยพบว่า เด็กที่เรื้อรังตามที่สาธารณะต่าง ๆ มักมีอาการเจ็บป่วย เช่น ไข้ ไอ หวัด เจ็บคอ มีน้ำมูก จากมลพิษทางอากาศ จากการที่ต้องอาศัยตามข้างถนนได้สะพานข้าม แยกสะพานลอยต่างๆ ขณะที่เด็กในมูลนิธิเป็นโรคติดต่อทางระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด ไอ มีน้ำมูก เนื่องจากเด็กไม่รู้วิธีการป้องกันโรคดังกล่าว และด้านสุดท้าย คือ ด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า เด็กบางรายที่ไม่สามารถหาทางออกให้กับตัวเองได้ ทำให้เด็กมักจะหวาดกลัว แยกตัวออกจากสังคม มีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล จนกระทั่งเกิดเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้⁶

นอกจากนี้การกระทำที่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงก็เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาและผลกระทบต่อสุขภาพของเด็ก โดยพบว่าเด็กทั้งสองกลุ่มมักจะมีบาดแผลและได้รับบาดเจ็บจากการใช้ความรุนแรง เกิดการชกต่อย ทะเลาะวิวาทเพื่อการอยู่รอดหรือ

มีนเมาจากการใช้สารเสพติด เด็กมีอาการทางระบบประสาท ประสาทหลอนจากการใช้สาร/สิ่งเสพติดประเภทต่างๆ และเกิดโรคติดต่อ เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากมีพฤติกรรมทางบริการทางเพศแล้วไม่สวมถุงยางอนามัย และประการสุดท้าย ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในเด็กเพศหญิง ซึ่งหากไม่มีปัญหาระหว่างการตั้งครรภ์ก็จะปล่อยจนคลอดและเกิดเป็นปัญหาเด็กถูกทอดทิ้งตามที่แตกต่างกัน และเด็กเหล่านี้จะเติบโตกลายเป็นวัฏจักรของเด็กเร่ร่อนต่อไป^{7,8}

ในมิติทางสุขภาพนั้น ปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น นอกจากเกิดจากพฤติกรรมการดำรงชีวิต และพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว พฤติกรรม การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยก็เป็นส่วนหนึ่งที่มีข้อมูลน่าสนใจ จากการที่ผู้วิจัยทำการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นกับกลุ่มเด็กเร่ร่อนพบว่า ไม่ว่าจะเป็นเด็กเร่ร่อนที่พำนักอาศัยในบ้านที่ได้รับการช่วยเหลือหรือเด็กที่อาศัยตามที่สาธารณะต่างๆ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยมักจะไม่สนใจตนเอง ปล่อยให้หายเอง จนทำให้บางครั้งจากปัญหาสุขภาพเพียงเล็กน้อยลุกลามกลายเป็นปัญหาที่รุนแรง หากเป็นเด็กที่ค่อนข้างโตก็จะซื้อยาพาราเซตามอลมารับประทานเท่านั้น เด็กเหล่านี้จะไม่รู้เลยว่าตนเองควรทำอย่างไร

จากปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นในด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านสุขภาพนั้น จากการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กเร่ร่อนทั้งสองกลุ่มไว้ชัดเจน ในขณะที่ผู้วิจัยเห็นว่าเด็กเร่ร่อนก็เป็นกลุ่มเด็กด้อยโอกาสกลุ่มหนึ่งที่ควรได้รับการดูแล และให้โอกาสด้านต่างๆ โดยเฉพาะ การได้รับการดูแลด้านสุขภาพเช่นเดียวกับเด็กวัยเดียวกัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจและต้องการที่จะ

ทราบถึงพฤติกรรมสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของเด็กเร่ร่อน เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาด้านสุขภาพของเด็กเร่ร่อน ทั้งในด้านการส่งเสริม ป้องกัน การรักษา โรคเบื้องต้น และการส่งต่อเพื่อได้รับการรักษาที่เหมาะสมนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในวัยรุ่นเร่ร่อน เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถป้องกันตนเองจากโรคที่ป้องกันได้ ส่งเสริมสุขภาพของตนให้สมบูรณ์แข็งแรง และช่วยดูแลสุขภาพของสมาชิกในมูลนิธิหรือองค์กรต่างๆ ลดปัญหา/ผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ตรงตามสาเหตุและความต้องการของเด็กเร่ร่อนตามสภาพความเป็นจริง ลดการสูญเสียทั้งเวลา งบประมาณและลดปัญหาสาธารณสุขของสังคมได้ ดังนั้นผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรต่างๆ นำไปพิจารณาและหันมาสนใจปัญหาสุขภาพของเด็กเร่ร่อนทั้งในการส่งเสริม ป้องกัน และพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพของเด็กเร่ร่อนต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีต่างๆในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นเร่ร่อนอธิบายได้ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นเร่ร่อน ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์¹⁰ และจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงข้อจำกัดบางประการของเด็กเร่ร่อน เช่น ข้อจำกัดด้านการเงิน การศึกษา ขาดการได้รับการดูแลด้านสุขภาพและการได้รับสิทธิการรักษาฟรีเมื่อ

เจ็บป่วยเช่นเดียวกับเด็กวัยเดียวกัน เนื่องจากไม่ได้
แจ้งเกิดหรือเป็นเด็กต่างชาติ โดยมองพฤติกรรม
การส่งเสริมสุขภาพทั้งในภาวะสุขภาพที่ปกติและ
ในภาวะที่เจ็บป่วย ซึ่งในภาวะปกติบุคคลต้องรู้จัก
การดูแลตนเอง รวมทั้งรู้จักแสวงหาและใช้ข้อมูล
ข่าวสารทางด้านสุขภาพให้เป็นประโยชน์ ใฝ่ดูแล
ระวังสุขภาพ มีทักษะชีวิตที่ดี เพื่อป้องกันไม่ให้เกิด
ความเจ็บป่วยหรือไม่ให้เกิดโรค และเมื่อมีการเจ็บป่วย
เกิดขึ้นบุคคลก็ต้องรู้จักการแสวงหาการรักษา
ปฏิบัติตนตามการรักษาและคำแนะนำที่เหมาะสม
กับโรค เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัย
จึงเลือกศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ด้านพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพ ด้านพฤติกรรมป้องกันโรค และ
ด้านพฤติกรรมเมื่อมีการเจ็บป่วยและการรักษา
โดยด้านพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพนั้น แบ่งออก
เป็น 6 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ ด้านการทำกิจกรรม
และการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการจัดการ
กับความเครียด ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ⁹

สำหรับความต้องการการดูแลสุขภาพของ
วัยรุ่นเรื้อรัง ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการประยุกต์ใช้
แนวคิดทฤษฎีลำดับความจำเป็นพื้นฐานของมาสโลว์
(Maslow's Need Hierarchy Theory) ซึ่งเป็นการ
ประเมินความจำเป็นพื้นฐาน¹¹ และจากการที่เด็ก
เรื้อรังไม่ว่าจะอยู่ในบริบทใดก็ตามจะมีข้อจำกัด
บางประการเหมือนกัน อีกทั้งสองกลุ่มเป็นวัยรุ่นซึ่ง
มีความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และ
สังคมที่แตกต่างจากวัยอื่นๆ รวมทั้งจากการศึกษา
ทบทวนวรรณกรรม เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องนั้น
ความต้องการจึงเป็นเสมือนตัวกระตุ้นให้เด็กเรื้อรัง
แสวงหาและกระทำเพื่อให้ได้มาซึ่งการตอบสนอง
ต่อความต้องการนั้นๆ ถ้าความต้องการนั้นได้รับ

การตอบสนอง ก็จะทำให้เด็กเกิดความมั่นใจในตนเอง
ในทางตรงข้าม ถ้าความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง
จะก่อให้เกิดความไม่มั่นใจและสิ้นหวัง โดยสิ่งต่างๆ
เหล่านี้จะเป็นกระบวนการต่อเนื่องไม่มีวันสิ้นสุด
ตั้งแต่เกิดจนตาย ซึ่งจะเห็นได้ว่าความต้องการเป็น
สิ่งหนึ่งที่เป็นในการดำรงชีวิต ผู้วิจัยจึงได้ทำการ
ศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นเรื้อรัง
ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ และด้านสังคม
และเศรษฐกิจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ
และความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของวัยรุ่น
เรื้อรังที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิกับวัยรุ่นเรื้อรังที่
พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะต่างๆ

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเด็ก
เรื้อรังที่มีอายุระหว่าง 13-18 ปี อาศัยอยู่ตามถนน
หรือตามที่สาธารณะต่างๆ เป็นที่พำนักชั่วคราวใน
เขตกรุงเทพมหานคร และในเขตจังหวัดปทุมธานี
และพำนักชั่วคราวในมูลนิธิ ระหว่างเดือนมกราคม
ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2551 มีขนาดกลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มละ 45 คน โดยกลุ่มเด็กเรื้อรังที่พำนักชั่วคราว
ตามที่สาธารณะต่างๆ ในเขตกรุงเทพมหานครและ
ในเขตจังหวัดปทุมธานีใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง
โดยวิธีบอกต่อ (snowballing sampling) ส่วนกลุ่ม
เด็กเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในที่พักชั่วคราวของมูลนิธิ
ต่างๆ ดังกล่าว ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง
ตามเกณฑ์ (purposive sampling) คือ เป็นเด็ก
เรื้อรังที่มีอายุ 13 - 18 ปี มีสัญชาติไทย สามารถ
สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี

2. เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาและประเด็นที่สำคัญๆ ประกอบด้วย แบบสอบถามทั้งสิ้น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ มีจำนวน 70 ข้อประกอบด้วย 1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการ (nutrition) ด้านการออกกำลังกาย (physical activity) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relations) ด้านการจัดการกับความเครียด (stress management) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) จำนวน 47 ข้อ 2) พฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันโรค ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงด้านความรุนแรง การใช้สารเสพติด และการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 17 ข้อ และ 3) พฤติกรรมเมื่อมีการเจ็บป่วยและการรักษา จำนวน 6 ข้อและส่วนที่ 3 คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการการดูแลสุขภาพ จำนวน 25 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยหาความตรงตามเนื้อหา การใช้สำนวนภาษา และคำศัพท์เฉพาะที่ใช้ในกลุ่มเด็กเรื้อรังจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.88 หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำแบบสอบถามนั้นไปทดลองใช้กับกลุ่มเด็กเรื้อรังที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) พบว่าแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นเรื้อรังได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 และแบบสอบถาม

ความต้องการการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นเรื้อรังได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เข้าไปศึกษาโดยการพูดคุยและการทำสนทนากลุ่มกับเด็กเรื้อรังในมูลนิธิ ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2549 และต่อเนื่องมา เพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจต่อการให้ข้อมูลที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง ในการศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และเมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยส่งหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ถึงกรมประชาสัมพันธ์ และมูลนิธิต่างๆ และเมื่อได้รับการตอบรับจากกรมประชาสัมพันธ์ และมูลนิธิต่างๆ จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนต่อไปนี้ การเข้าไปพบกลุ่มวัยรุ่นเรื้อรังผู้วิจัยเริ่มต้นจากพื้นที่หนึ่งในกรุงเทพมหานครและหลังจากนั้นให้เด็กเรื้อรังพาไปพบเพื่อนหรือบอกที่อยู่ของเพื่อนคนอื่น ๆ โดยผู้วิจัยและครูช่างถนนเข้าไปพบเด็กและอยู่กับเด็กตั้งแต่เวลา 14.00 – 23.00 หรือ 24.00 น. ในแต่ละพื้นที่ ผู้วิจัยพูดคุยกับเด็กเพื่อสร้างความคุ้นเคย โดยพูดคุยเรื่องทั่วไปและร่วมทำกิจกรรมกับเด็ก ใช้เวลาในการสร้างความคุ้นเคยเฉลี่ยประมาณ 4-5 วัน สำหรับกลุ่มเด็กเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิต่างๆ ผู้วิจัยเข้าไปพบเด็กโดยทำหนังสือขออนุญาตเข้าไปเก็บข้อมูลในแต่ละมูลนิธิ หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ (purposive sampling) โดยผู้วิจัยเข้าไปอยู่ในมูลนิธิตั้งแต่เวลา 08.00 – 17.00

หรือ 19.00 น.และการสร้างความคุ้นเคย ใช้เวลาประมาณ 1 – 2 สัปดาห์

3.3 การเชิญชวนให้เข้าร่วมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การขอความร่วมมือกับเด็กร้อนนี้ ผู้วิจัยรอเวลาให้เด็กเกิดความคุ้นเคยกับผู้วิจัย จึงเชิญชวนเด็กเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยอธิบายให้เด็กทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งให้สิทธิที่จะตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระ และการตัดสินใจของเด็กไม่มีผลหรืออิทธิพลใดๆ จากครูข้างถนน ครูในมูลนิธิหรือเจ้าหน้าที่ ไม่มีการบังคับ ไม่มีสิ่งจูงใจหรือของรางวัลใดๆ ตอบแทนและเด็กสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยแจ้งให้เด็กทราบว่า แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย ไม่ต้องระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม จากนั้นให้เวลาในการตัดสินใจโดยไม่กำหนดเวลา และให้เด็กทราบว่าเมื่อพร้อมและเต็มใจให้ข้อมูลสามารถมาขอรับแบบสอบถามจากผู้วิจัยได้แบบสอบถามทุกฉบับ ผู้วิจัยทำการเก็บรักษาเป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาในการทำวิทยานิพนธ์เท่านั้นที่เข้าถึงได้ การเผยแพร่ข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายเมื่อมีการนำเสนอผลการวิจัยแล้ว การลงนามในใบยินยอมก่อนทำแบบสอบถาม เด็กทุกคนได้ลงนามในใบยินยอมโดยกลุ่มเด็กร้อนที่พนักชั่วคราวในมูลนิธิ มีครู/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก เป็นผู้ให้ความยินยอมร่วมด้วย สำหรับกลุ่มเด็กร้อนที่พนักชั่วคราวตามที่สาธารณะต่างๆ เด็กกลุ่มนี้ไม่มีครู/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กที่เป็นระบบ ในการลงนามในใบยินยอม ผู้วิจัยให้เพื่อนเด็กร้อนที่มีอายุเท่ากันหรือมากกว่าลงนามเป็นพยานอย่างน้อย 2 คนร่วมกับครูข้างถนน

ทุกครั้ง ในการเก็บข้อมูลพบว่ามีเด็กที่ไม่สามารถเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยใช้วิธีการพิมพ์ลายนิ้วมือของเด็กแทนการเขียนลายมือชื่อ และมีบางรายยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการแต่ไม่ประสงค์ที่จะเขียนลายมือชื่อด้วยตัวเขียน ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างใช้ลายเซ็นแทนได้

4. การตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างที่อ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามและอธิบาย พร้อมทั้งตอบข้อซักถาม โดยให้เวลาในการทำแบบสอบถามไม่มีข้อจำกัด ระหว่างทำแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยอธิบายและให้ข้อมูลด้วยภาษาที่ง่ายแก่การเข้าใจ พร้อมทั้งตอบข้อซักถาม โดยไม่จำกัดเวลาในการทำแบบสอบถาม ในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 45 – 60 นาที

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ที่มีระดับการวัดตัวแปรเป็น nominal scale ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สาเหตุของการออกมาเร่ร่อน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ส่วนตัวแปรที่เป็น interval scale ได้แก่ อายุ รายได้ขณะเร่ร่อนต่อวัน ระยะเวลาที่ออกมาเร่ร่อน/ที่เข้ามาอยู่ในมูลนิธิ วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 คะแนนพฤติกรรมสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยในส่วน of พฤติกรรมสุขภาพจำแนกออกเป็น ทั้งรายด้านและภาพรวม

4.3 ทดสอบความแตกต่างของคะแนน พฤติกรรมสุขภาพและความต้องการการดูแลด้าน สุขภาพระหว่างวัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิ และวัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ ต่างๆ วิเคราะห์ด้วยสถิติอ้างอิง แบบ nonparametric แบบ two independent sample test ด้วย Mann-Whitney's U Test เนื่องจากเมื่อมีการทดสอบค่า การกระจายของข้อมูล พบว่า ข้อมูลมีการกระจาย แบบโค้งไม่ปกติ

ผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า วัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิจำนวน 45 คน มีอายุเฉลี่ย 14.96 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 75.6 ได้รับการศึกษาอยู่ในระดับ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 42.2 และระดับ ประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 40.0 เด็กกลุ่มนี้ มีสถานภาพเป็นนักเรียนถึงร้อยละ 71.1 ที่เหลือ ร้อยละ 28.9 เป็นเด็กที่เข้ามาอยู่ใหม่หรือไม่ต้องการ ศึกษาต่อ สาเหตุของการเรื้อรัง ส่วนใหญ่ มีสาเหตุ จากครอบครัว ร้อยละ 77.8 ซึ่งพบว่าเกิดจากการ ที่พ่อ – แม่หย่าร้างกัน ร้อยละ 44.4 รองลงมาคือ ความยากจน ระยะเวลาที่เข้าพำนักชั่วคราวในมูลนิธิ โดยเฉลี่ย 2 ปี 4 เดือน สำหรับปัญหาสุขภาพ/ อาการเจ็บป่วยในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่า มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 42.2 อาการเจ็บป่วยที่ พบมากที่สุด คือมีไข้ ไอ ร้อยละ 42.1

วัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ จำนวน 45 คน มีอายุเฉลี่ย 15.76 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 82.2 มีการศึกษา ระดับประถมศึกษา ตอนปลาย ร้อยละ 40.0 และร้อยละ 6.7 ที่ไม่ได้ รับการศึกษา มีรายได้จากการขอทานร้อยละ 35.6

รายได้เฉลี่ยวันละ 96 บาท สาเหตุของการเรื้อรัง มีสาเหตุจากครอบครัวร้อยละ 64.5 โดยพบว่า เกิดจากการทะเลาะกับคนในครอบครัวร้อยละ 46.8 ระยะเวลาที่เรื้อรังเฉลี่ย 3 ปี 8 เดือน สำหรับ ปัญหาสุขภาพ/อาการเจ็บป่วยในระยะเวลา 3 เดือน ที่ผ่านมา พบว่า มีปัญหาสุขภาพ/อาการเจ็บป่วย ร้อยละ 77.8 อาการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุด คือ มีไข้ ไอ ร้อยละ 31.4 รองลงมาคือ โรคผิวหนังและ ปวดฟัน

จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น เรื้อรังที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิกับวัยรุ่นเรื้อรังที่ พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ พบว่ามีคะแนน พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกัน โรคของวัยรุ่นเรื้อรังทั้ง 2 กลุ่ม อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกัน ส่วนด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยและการรักษา พบว่า วัยรุ่นเรื้อรังที่ พำนักชั่วคราวตามในมูลนิธิ มีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่วัยรุ่นเรื้อรังที่พำนัก ชั่วคราวตามที่สาธารณะ มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ใน ระดับต่ำ

จากการศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพ ของวัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิกับวัยรุ่น เรื้อรังที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ พบว่าความ ต้องการการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับที่แตกต่าง กัน โดยวัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิมีความ ต้องการการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ที่สุด ในขณะที่วัยรุ่นเรื้อรังที่พำนัก ชั่วคราวตาม ที่สาธารณะ มีความต้องการการดูแลสุขภาพอยู่ใน ระดับมาก

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -3.35$) ที่ระดับ $p < .001$ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน พบว่า ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันโรค และพฤติกรรมดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยและการรักษาของทั้ง 2 กลุ่มก็แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -3.23$ -2.68 และ -2.45) ที่ระดับ $p < .01$ เมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกายและการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียดและด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณของทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -2.92, -2.15, -3.22, -2.42, -2.75$ และ -2.49) ที่ระดับ $p < .05$ โดย พบว่า วัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวตามมูลนิธิมีพฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันโรค และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยและการรักษาดีกว่าเด็กเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการการดูแลด้านสุขภาพโดยรวมของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($z = -5.89$) ที่ระดับ $p > .05$ และเมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการการดูแลด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า ความต้องการการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านสุขภาพด้านสังคมและเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ($z = -0.36, -1.43$ และ -0.16) ที่ระดับ $p > .05$ ตามลำดับ

การอภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพ

1.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วัยรุ่นเรื้อรังของทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันด้านโภชนาการ โดยเด็กที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า อธิบายได้ว่า วัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิเด็กได้รับการดูแลด้านอาหาร ซึ่งเป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 มาตราที่ 56 ว่าเด็กควรได้รับประทานอาหารให้เป็นเวลาและครบ 5 หมู่ในปริมาณที่พอเหมาะ เด็กกลุ่มนี้จึงได้รับอาหารครบทั้ง 3 มื้อ และเป็นเวลา ส่วนเด็กที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะมักจะอดมื้อกินมื้อเด็กไม่ได้ใส่ใจว่าแต่ละวันรับประทานอาหารครบ 3 มื้อหรือไม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า เด็กเรื้อรังในที่สาธารณะจะนอนตึกตื่นสายซึ่งเลยเที่ยงวันไปแล้ว ในแต่ละวันเด็กจะรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ตื่นเมื่อไรก็รับประทานอาหารเมื่อนั้น หรือเลือกที่จะดมกาวแทนที่จะรับประทาน นอกจากนั้นเด็กจะได้รับประทานอาหารก็ต่อเมื่อเด็กสามารถหาเงินมาได้ก่อนแล้วนำไปเลือกซื้ออาหารมารับประทาน^{5,12}

ด้านการออกกำลังกายและการออกกำลังกาย อธิบายได้จากวัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิมีโอกาสด้านกีฬามากกว่าวัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะโดยมูลนิธิมีผู้สนับสนุนอุปกรณ์กีฬา รวมทั้งสถานที่ในมูลนิธิเอื้อต่อการให้เด็กได้มีกิจกรรมออกกำลังกาย เช่น มีสนามฟุตบอล มีโต๊ะปิงปอง ซึ่งกีฬาฟุตบอล มูลนิธิได้ส่งเสริมการจัดตั้งทีมมีครูสอนและพาเด็กออกไปหาประสบการณ์การแข่งขัน ส่วนวัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะขาดโอกาสทั้งในด้านสถานที่และอุปกรณ์กีฬา

นอกจากนี้จากการสังเกตของผู้วิจัย พบว่าเด็กเร่ร่อนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เลือกใช้เวลาในการเล่นเกมส์ตามห้างสรรพสินค้าหรือร้านเกมส์ การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้เด็กได้มีกิจกรรมออกกำลังกาย คือสถานที่และอุปกรณ์ที่เอื้ออำนวยให้เด็กสะดวกในการเล่นกีฬาตามความชอบหรือความถนัด¹³

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ วัยรุ่นเร่ร่อนที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิ มีโอกาสได้รับโอกาสทางการศึกษา ทำให้เด็กกลุ่มนี้ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพไม่ว่าจะเป็นเรื่องการดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล และได้รับรู้ข่าวสารต่างๆ จากอนามัยโรงเรียน ในขณะที่วัยรุ่นเร่ร่อนที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะขาดโอกาสทางการศึกษาและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และด้วยบริบทความเป็นอยู่ เด็กที่พำนักในที่สาธารณะจะให้ความสนใจกับการเอาชีวิตรอดมากกว่าการใส่ใจในเรื่องอื่นๆที่ยังไม่มีผลกระทบโดยตรงกับตนเอง⁸ ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้และพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ¹⁴

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่าเมื่อวัยรุ่นเร่ร่อนที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะมีปัญหาด้านนี้สูงกว่าเด็กที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิ เนื่องจากวัยรุ่นเร่ร่อนที่พำนักในมูลนิธิจะมีผู้ปกครองดูแล แต่เด็กที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะต้องอยู่ด้วยตนเอง เมื่อมีปัญหาทะเลาะวิวาทกันหรือมีปัญหาขัดแย้งกับเพื่อน ส่วนใหญ่มักแก้ปัญหาด้วยการใช้กำลังโดยการชกต่อยหรือทุบตีทำร้ายร่างกายกันไม่ว่าจะเป็นเด็กชายหรือหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เด็กเร่ร่อนทุกคนล้วนแต่เคยผ่าน

การต่อสู้ ชกต่อย ทะเลาะวิวาท ซึ่งอาจสืบเนื่องมาจากการดิ้นรนเพื่อการอยู่รอด เพื่อให้ตัวเองยืนอยู่ได้ในกลุ่ม การแบ่งพรรคแบ่งพวก การแย่งพื้นที่ในการทำมาหากิน¹⁶ ประกอบกับในช่วงวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่มักมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงและรุนแรงมักมีความขัดแย้ง อารมณ์ของวัยรุ่น ไม่นั่นคง หงุดหงิด มีความรู้สึกไว และแสดงออกทันที¹⁷ จึงทำให้บางครั้งเด็กมีความขัดแย้งหรือมีปัญหากับบุคคลที่เด็กอยู่ร่วมด้วยได้ง่าย

ด้านการจัดการกับความเครียด พบว่าเมื่อวัยรุ่นเร่ร่อนที่พำนักชั่วคราวในที่สาธารณะมีการจัดการกับความเครียดต่ำกว่าเด็กที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตของผู้วิจัย พบว่าวัยรุ่นเร่ร่อนทั้ง 2 กลุ่มเมื่อมีปัญหาหรือไม่สบายใจมักจะเลือกเก็บสิ่งเหล่านั้นไว้และคิดคนเดียว ไม่ค่อยบอกเล่าความรู้สึกกับคนรอบข้างไม่ว่าจะเป็นเพื่อนหรือครู นอกจากนี้ เมื่อมีปัญหาหรือความเครียดเกิดขึ้น วัยรุ่นเร่ร่อนที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิ ส่วนใหญ่เลือกใช้บุหรี่ ในขณะที่วัยรุ่นเร่ร่อนตามที่สาธารณะเลือกที่จะดื่มกาเป็นส่วนใหญ่ และพบว่ามีการใช้ยานอนหลับเพื่อให้ลืมสิ่งต่างๆ แทนการทำกิจกรรมสำหรับการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เด็กเร่ร่อนส่วนใหญ่เมื่อมีปัญหา มักจะเก็บไว้คนเดียว เนื่องจากเด็กรู้สึกโดดเดี่ยวขาดที่พึ่ง และมักปล่อยให้ปัญหาเลวตามเลย^{6,15}

ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ วัยรุ่นเร่ร่อนทั้ง 2 กลุ่ม มีพฤติกรรมในด้านนี้แตกต่างกันทั้งนี้อธิบายได้ว่า วัยรุ่นเร่ร่อนที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิรู้สึกได้อยู่ใกล้ชิดกับคนที่ให้ความรักและห่วงใยมากกว่าวัยรุ่นเร่ร่อนที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะ เนื่องจากเด็กที่พำนักชั่วคราวในมูลนิธิยังมีคนในครอบครัวเข้าไปเยี่ยมเยียนประกอบกับ

เด็กมีครู/เจ้าหน้าที่คอยดูแล จึงทำให้เด็กกลุ่มนี้ได้ อยู่ใกล้ชิดกับคนที่ตนรักและห่วงใย ในขณะที่เด็กที่ ฟ่านักในที่สาธารณะออกมาเรื้อรังจากสาเหตุการ ทะเลาะเบาะแว้งกับคนในครอบครัว จึงทำให้มีความรักความผูกพันกับคนในครอบครัวค่อนข้างน้อย ซึ่งจากการลงพื้นที่ศึกษา พบว่าเด็กเรื้อรังที่ครู ข้างถนนนำกลับคืนสู่ครอบครัว ไม่นานนักเด็กก็จะ ออกมาใหม่เนื่องจากไม่คุ้นเคยและอึดอัดที่จะอยู่ กับครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาการเกี่ยวกับการกลับไปใช้ชีวิตปกติของเด็กและเยาวชนเรื้อรัง ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า เด็กเรื้อรังเมื่อถูกส่ง กลับไปบ้าน เด็กมักจะกลับออกมาใช้ชีวิตเรื้อรังซ้ำ เป็นส่วนใหญ่ และวัยรุ่นเรื้อรังกลุ่มนี้รู้สึกว่าได้อยู่ ใกล้ชิดกับคนที่ตนเองรักและห่วงใยนั้นก็คือการได้อยู่กับเพื่อนเท่านั้น¹²

1.2. พฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันโรค พบว่ามีความแตกต่างระหว่างเด็กทั้ง 2 กลุ่ม วัยรุ่น เรื้อรังที่ฟ่านักในมูลนิธิมีที่พักอาศัยที่เป็นหลักแหล่ง และค่อนข้างมีความปลอดภัย ในขณะที่วัยรุ่นที่ฟ่านัก ชั่วคราวตามที่สาธารณะต่างๆ ต้องอาศัยหลบนอน ตามใต้สะพาน สะพานลอย และริมถนน ซึ่งมีความ เสี่ยงมากกว่า นอกเหนือจากบริบทด้านที่อยู่อาศัย แล้ว ยังสามารถอธิบายได้จากข้อมูลพื้นฐานปัญหา สุขภาพของเด็กที่ฟ่านักชั่วคราวตามที่สาธารณะ ต่างๆ พบว่ามีปัญหาสุขภาพจากพฤติกรรมเสี่ยง ทางเพศทั้งโรคหนองในและการตั้งครรภ์ ในขณะที่ ไม่พบปัญหาเหล่านี้ในเด็กที่ฟ่านักชั่วคราวในมูลนิธิ ซึ่งเด็กกลุ่มนี้เมื่อกล่าวคือ การมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่ ยังมีความเขินอายโดยเฉพาะเด็กหญิง อาจเป็นผล มาจากการที่เด็กส่วนใหญ่อยู่ระหว่างการศึกา และ ได้รับการอบรมสั่งสอนจากครู โอกาสและสิ่งเร้าต่างๆ ที่เกิดขึ้นจึงมีน้อยกว่า

1.3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อ เจ็บป่วยและการดูแลรักษา พบว่า วัยรุ่นเรื้อรังที่ ฟ่านักอาศัยในมูลนิธิเมื่อเจ็บป่วยหรือไม่สบายจะมี ครู/เจ้าหน้าที่ ดูแลและพาไปพบแพทย์และดูแลให้ เด็กได้รับยาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้เด็กกลุ่มนี้ได้ เรียนหนังสือจึงมีความสามารถในการปฏิบัติตัว เมื่อเจ็บป่วยตามคำแนะนำของแพทย์ ในขณะที่วัยรุ่น เรื้อรังที่ฟ่านักชั่วคราวตามที่สาธารณะ ขาดแหล่ง สนับสนุนหรือดูแล เมื่อเด็กมีปัญหาสุขภาพ/อาการ เจ็บป่วยขั้นรุนแรง เช่น โดนรถชน คลอดลูก และ โดยเฉพาะใช้สารเสพติดเกินขนาด เมื่อส่งเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลแล้วส่วนใหญ่มักจะหนี ออกจากโรงพยาบาลก่อนได้รับอนุญาตจากแพทย์ ให้กลับบ้าน สาเหตุเนื่องจากไม่มีเงินในการรักษา และกลัวในความผิดที่ตนได้กระทำ ทำให้การรักษา ไม่ต่อเนื่อง ขาดยา และไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำ และเมื่อเด็กออกจากโรงพยาบาลไปแล้วก็กลับมา ใช้ชีวิตเรื้อรังอย่างเคย ทำให้เด็กเหล่านี้มีพฤติกรรม อยู่ในวัฏจักรเดิมๆ ละเลยการดูแลสุขภาพหรือปฏิบัติ ตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ

2. ความต้องการในการดูแลสุขภาพ พบว่า วัยรุ่นเรื้อรังทั้ง 2 กลุ่มมีความต้องการไม่ แตกต่างกันตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ ดังนี้

ด้วยบริบทของความเป็นเด็กเรื้อรัง เด็กเหล่านี้ ล้วนขาดปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ซึ่ง เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ทุกคน จึงทำให้วัยรุ่น ทั้ง 2 กลุ่ม มีความต้องการการดูแลสุขภาพไม่ต่าง กัน ถึงแม้จะมีระดับความต้องการการดูแลสุขภาพ โดยรวมต่างกัน ทั้งนี้เป็นผลมาจากเมื่อวัยรุ่นเรื้อรัง ได้เข้าไปฟ่านักชั่วคราวในมูลนิธิ กลุ่มนี้ก็จะได้รับ การตอบสนองและการดูแลในสิ่งที่เด็กขาดหายไป

ทำให้เด็กมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ไม่ต้องเรื้อรังใช้ชีวิตด้วยความยากลำบาก ไม่ต้องอยู่ในสภาวะอดมื้อกินมื้ออีกต่อไป รวมทั้งเด็กส่วนใหญ่ได้รับโอกาสทางการศึกษา เด็กเหล่านี้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากมูลนิธิ เมื่อเด็กเรื้อรังได้รับการตอบสนองขั้นพื้นฐานตามทฤษฎีของมาสโลว์แล้ว ความจำเป็นด้านความปลอดภัยและความมั่นคงทั้งด้านร่างกายและจิตใจก็จะตามมา เช่น ต้องการได้รับความคุ้มครองปกป้องตามกฎหมาย ต้องการความเป็นอิสระ ความเป็นส่วนตัว เป็นต้น ประกอบกับการที่เด็กกลุ่มนี้ได้รับโอกาสทางการศึกษา เมื่อเด็กไปโรงเรียน เด็กกลุ่มนี้ก็จะไปใช้ชีวิตร่วมกับเด็กวัยเดียวกันที่อยู่กับครอบครัว จึงทำให้เด็กมีความต้องการยอมรับจากเพื่อนที่โรงเรียน ซึ่งเป็นไปตามพัฒนาการทางด้านสังคมของวัยรุ่นที่กล่าวว่า เด็กวัยนี้มักมีพฤติกรรมเลียนแบบกลุ่มเพื่อน และไม่ต้องการให้ตนเองแตกต่างไปจากคนอื่น¹⁸ จึงทำให้เด็กกลุ่มนี้มีความต้องการในระดับที่สูงขึ้น

ในขณะเดียวกันวัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะถึงแม้ว่าจะมีครูข้างถนนเข้าไปดูแล แต่ด้วยสภาพความเป็นอยู่ จำนวนครูที่มีน้อยเมื่อเทียบกับพื้นที่ที่มีเด็กกระจายกันอยู่ รวมทั้งบริบทเด็กกลุ่มนี้จึงได้รับการดูแลเพียงบางส่วนและบางกลุ่มเท่านั้น จึงยังมีเด็กอีกจำนวนไม่น้อยที่ต้องการได้รับการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจในขณะที่ต้องการใช้ชีวิตได้อย่างเป็นอิสระ ประกอบกับเด็กเรื้อรังกลุ่มนี้อยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่มักมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่ายและรุนแรง มักมีความขัดแย้งกับผู้ใหญ่ ไม่ชอบความเข้มงวด หรือการที่จะต้องอยู่ในกฎระเบียบ รวมทั้งชอบปลีกตัวออกจากบุคคล อยากเป็นตัวของตัวเอง

ตนเอง ชอบอิสระ ไม่ค่อยเชื่อฟังใครนอกจากเพื่อน¹⁸ เด็กกลุ่มนี้จึงต้องการการดูแลจากมูลนิธิที่มีลักษณะเป็นบ้านเปิดมากกว่าบ้านปิดเพื่อที่จะได้มีอิสระในการเข้า-ออกจากมูลนิธิ จึงทำให้ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของวัยรุ่นเรื้อรังที่พำนักชั่วคราวตามที่สาธารณะโดยรวมอยู่ในระดับมาก

กล่าวโดยสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นเรื้อรังมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เป็นผลมาจากบริบทในสถานสงเคราะห์ ทำให้เด็กกลุ่มที่พำนักอาศัยในมูลนิธิได้รับการดูแลและได้รับโอกาสทางการศึกษา ประกอบกับลักษณะส่วนบุคคลบางประการ ทำให้เด็กกลุ่มนี้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ในขณะที่ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพพบว่าสถานที่พำนักอาศัยไม่มีผลต่อความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของวัยรุ่นเรื้อรังแต่เป็นความต้องการตามวัยของตนเอง รวมทั้งแบบสอบถามที่ใช้อาจไม่ได้คิดในประเด็นว่าเด็กต้องการการดูแลอะไรเพิ่มเติมจากที่เป็นอยู่ แต่มุ่งไปในสิ่งที่เด็กต้องการหรือยังคงต้องการอยู่ จึงทำให้ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากและมากที่สุดโดยที่ไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านนโยบาย ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนทางหรือนโยบายส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและจัดระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับเด็กเรื้อรัง โดยมีระบบที่เอื้อต่อการประสานงานระหว่างครูข้างถนน มูลนิธิกับหน่วยงานบริการสาธารณสุขของภาครัฐ เพื่อให้เด็กเรื้อรังสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้เช่นเดียวกับเด็กวัยเดียวกัน มูลนิธิทั้งภาครัฐและเอกชนสามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลเด็กเรื้อรังให้สอดคล้อง

กับความต้องการของเด็กมากขึ้น และสามารถนำมาเป็นแนวทางสนับสนุนการเพิ่มสถานสงเคราะห์ในลักษณะของบ้านพักชั่วคราวหรือบ้านเปิดรองรับให้วัยรุ่นเรื้อรังมีสถานที่ในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลเช่น สถานที่พักอาศัย สถานที่ชำระล้างร่างกาย ซึ่งตรงตามความต้องการการดูแล ด้านสุขภาพของเด็กเรื้อรัง

ด้านการพยาบาล พยาบาลเวชปฏิบัติควรให้ความสำคัญด้านสุขภาพของเด็กเรื้อรังโดยการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กให้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งให้ตรงกับความต้องการการดูแลสุขภาพของเด็กเรื้อรังต่อไป โดยนำผลที่ได้ไปสร้างโปรแกรมการดูแลสุขภาพในด้านต่างๆ ให้แก่ครู/เจ้าหน้าที่ ครูช่างถนนที่มีความใกล้ชิดกับเด็กกลุ่มนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **Report on Phase 1 of the Street Children Project: Program on Substance Abuse**, 1993.
2. กนกวรรณ ศรีเกิน. สภาพและความต้องการของเด็กเรื้อรัง: ศึกษากรณีบ้านสร้างสรรค์เด็ก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะศิลปศาสตร์, 2543.
3. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะครุศาสตร์. รายงานสถานการณ์เด็กเรื้อรัง โครงการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาเด็กยากจนและเด็กด้อยโอกาส 3 ปี (2549 – 2551) จากรายได้ส่วนเกินของการออกสลากเลขท้าย 3 ตัว และ 2 ตัว, 2549
4. เอลิมพล ตันสกุล. **พฤติกรรมสุขภาพ** (พิมพ์ครั้งที่ 4). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, คณะสาธารณสุข, 2549.
5. สมพงษ์ จิตระดับ. **เมืองสี่เทาของเด็กและเยาวชน**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
6. สุนันทา เสี่ยงไชย. เด็กและเยาวชนเรื้อรังจัด สภาพปัญหาและแนวทางแก้ไข. โครงการวิจัยสมบูรณแบบเสนอต่อมูลนิธิเพื่อการพัฒนาและสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2546.
7. อรสา ณะเดิมดี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา อำเภอมืองจังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรามคำแหง, คณะศึกษาศาสตร์, สาขาวิชาสุขศึกษา ,2548.
8. อังคนุรักษ์ แกรกระโทก และคณะ. รายงานวิจัยย่อยฉบับสมบูรณ์: สภาพชีวิตของเด็กเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: กองทุนสนับสนุนการวิจัย ,2546.
9. อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และ นันทวัน สุวรรณรูป. การวิเคราะห์ความตรงและความเชื่อของแบบวัดวิธีการดำเนินชีวิตเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ-II ฉบับภาษาไทย. ใน: **วารสารการพยาบาล**. เล่มที่ 19 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม,2547.
10. Pender,N.J. **Health Promotion in Nursing Practice**. (4th ed). New Jersey: Appleton and Lange, 2002.
11. Maslow, A. **Motivation and personality**. Harper and Row New York, New York, 1954
12. อาอิ ฮามากุชิ. การกลับไปใช้ชีวิตปกติของเด็กและเยาวชนเรื้อรังในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาแบบมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2543.
13. ทวีศักดิ์ กลิลผล.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยบูรพา. 2544.

14. นงลักษณ์ จินตนาติลก. พฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาในสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2539.
15. Anne Hicks-Coolick, Patricia Burnside-Eaton and Ardith Patricia. Homeless children: need and services. **Child and Youth Care Forum**, 32(4), August, 2003.
16. Susan S.Sherman, Plitt, S., Hassan, S, Cheng, Y. and Zafar, S. Drug use, street survival, and risk behaviors among street children. York academy of medicine. 2005
17. ศรีเรือน แก้วกังวาน. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย: แนวคิดทฤษฎีวัยเด็กตอนกลาง เล่ม 1 พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ.สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.2549.

Health Behaviors and Health Care Needs of Adolescent Street Children*

Pawana Bunmuksik , MNS**

Pregamol Rutchanagul, Ph.D. (Nursing)***

Siriporn Kumphalikit, Ph.D. (Pediatric Nursing)***

Abstract: This research aimed at comparing health behaviors and health care needs between adolescent street children living in the temporary shelters of foundations and adolescent street children living in temporary shelters in public areas. The study sample was comprised of children ranging from 13 to 18 years of age. The 45 adolescent street children in each group were selected through purposive sampling and the snowballing technique. The research instruments included health behaviors and health care need questionnaires. The content validity index was 0.88. Reliability was tested using Cronbach' Alpha, which yielded results of 0.93 and 0.73, respectively. The results were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation and Mann-Whitney's U test.

The research findings showed that the overall scores of health behaviors of both groups were at a moderate level. Adolescent street children living in the foundations showed a moderate to a high level of health behaviors, whereas the children living in public areas showed a moderate to low level. There were statistically significant differences between the mean scores of the total scale and subscale of health behaviors at $p < .05$. The overall scores of the health care needs between adolescent street children in the two groups were different. The foundation-dwelling group perceived health care needs at the highest level and the public-area-dwelling group perceived their needs at a high level. However, there were no statistically significant differences between the two groups' mean scores of the total scale of their health care needs ($p > .05$).

The research findings may suggest that health care providers and organizations should pay more attention to street children's health and their health needs. These providers and organizations should not only promote and adjust street children's health behaviors but also respond to their health care needs, in order to better their standards of living. This would enhance these children's quality of life in the future.

Thai Journal of Nursing Council 2011; 26(special issue) 81-94

Keywords: Health behavior, Health care needs, Adolescent street children

* Thesis for degree of Master of Nursing Science, Thammasat University

** Lecturer Boromarajonnani, College of Nursing, Suratthani

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University

****Associate Professor , Faculty of Nursing, Thammasat University

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะ

เยาวเรศ สมทรัพย์ MNS*

โสเพ็ญ ชูหวล PhD*

ธารารัตน์ หาญประเสริฐพงษ์ MD**

ฝนทอง องค์กรพัฒน์, B.Sc***

บทคัดย่อ : การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับเทคนิคนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะ ศึกษาปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคในการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ 15 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง กระบวนการวิจัยอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้วิจัย สตรีตั้งครรภ์ และครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความ สรุปประเด็น และสร้างรูปแบบ ส่วนข้อมูลแบบสอบถามส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติแจกแจงความถี่ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลวิจัยพบว่ารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะประกอบด้วย 1) กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ 2) การส่งเสริมความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพ 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ 4) ความสามารถของสตรีตั้งครรภ์ในการสร้างเสริมสุขภาพ และ 5) ผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตั้งครรภ์มี 4 ระยะคือ “เปิดใจรับกับโยคะเพื่อชีวิตใหม่” “ค้นหาความลงตัวของโยคะกับชีวิตตน” “มั่นใจว่ามาถูกทาง” และ “ปฏิบัติต่อเนื่องจนคล่อง” การส่งเสริมความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพ คือ ให้ข้อมูล สอน สร้างแรงสนับสนุนทางสังคม

กลยุทธ์ที่ใช้ส่งเสริมความสามารถกลุ่มตัวอย่างคือ สร้างการยอมรับและความไว้วางใจ การมีส่วนร่วม การสร้างเสริมพลังอำนาจ ทำกลุ่มสะท้อนคิด เป็นเพื่อนรับฟัง ให้ถูกเป็นสิ่งที่หล่อเลี้ยงทางใจ โดยมีปัจจัยสนับสนุนคือความปรารถนามีลูก แรงสนับสนุนจากครอบครัว การช่วยเหลือในกลุ่มที่ฝึกร่วมกัน การรับรู้ประโยชน์ ค่าชมเชย และผลตรวจจากแพทย์ อุปสรรคจากการใช้รูปแบบนี้คือ การสื่อสารสิ่งที่เป้าหมายธรรมะในองค์ความรู้ของโยคะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลสามารถนำรูปแบบและนำแนวทางปฏิบัตินี้ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยฝากครรภ์ หรือการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้สตรีตั้งครรภ์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพแก่สตรีตั้งครรภ์

วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26 (ฉบับพิเศษ) 95-111

คำสำคัญ: รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ สตรีตั้งครรภ์ โยคะ

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

***พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสงขลา

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์และการคลอดเป็นเสมือนการผจญภัยครั้งสำคัญในชีวิตสตรี¹ เพราะมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างทั้งโครงสร้างร่างกาย สรีรวิทยา และจิตอารมณ์ ซึ่งส่งผลต่อร่างกาย จิต อารมณ์ สังคม² และความหวั่นไหวทางจิตวิญญาณได้³ ปัจจุบันการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ในหน่วยงานของรัฐและเอกชนประกอบด้วย การประเมินสุขภาพ การตรวจครรภ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยภาวะครรภ์เสี่ยงสูง การให้คำแนะนำ การรักษา และประเมินผลการรักษา⁴ ควบคู่ไปกับการสอนสุขศึกษา อย่างไรก็ตาม แม่ตั้งครรภ์จะได้รับข้อมูล ความรู้ แรงสนับสนุน และการดูแลจากทีมสุขภาพ เพื่อน ครอบครัว ฯลฯ แต่นั่นเป็นเพียงจากภายนอก เพราะการเผชิญหน้ากับการเปลี่ยนแปลงในระยะตั้งครรภ์นั้น จำเป็นต้องอาศัยพลังอำนาจและความเชื่อมั่นศักยภาพแห่งตน อันเป็นปัจจัยภายในที่สำคัญควบคู่ไปด้วย จึงจะช่วยนำพาสตรีตั้งครรภ์ดำรงสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ได้ การสนับสนุนสตรีตั้งครรภ์ให้มีอิสระกับการแสวงหาทางเลือกมาเสริมพลังอำนาจและความเชื่อมั่นในตนเองนั้น จึงเป็นเรื่องที่ทุกคนควรทำอย่างยิ่ง

โยคะเป็นหนึ่งในหลายทางเลือกที่ได้รับการพิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพในการบำบัดทางสติศาสตร์⁵ เป้าหมายของการฝึกโยคะในสตรีตั้งครรภ์ คือ เพื่อลดการใช้ยาเนื่องจากเกรงว่าจะมีผลต่อทารกในครรภ์⁶ เพื่อลดอาการเหนื่อยล้า ปวดหลัง บวมที่ข้อเท้า เส้นเลือดขอด ปวดศีรษะ รวมทั้งเพิ่มการรับรู้ความสามารถของสตรีตั้งครรภ์ต่อการคลอด⁷ โยคะช่วยบำบัดอาการปวดหลังส่วนล่างของสตรีตั้งครรภ์⁸ ลดความเครียดและลดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ⁹ ลดความไม่สุขสบายในระยะ

ตั้งครรภ์¹⁰ โดยปริมาณการฝึกโยคะแปรผันตรงกับการลดความไม่สุขสบาย¹¹ สตรีตั้งครรภ์ที่ฝึกโยคะจะมีภาวะครรภ์เป็นพิษและมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าสตรีที่ไม่ได้ฝึก คลอดทารกมีน้ำหนักตัวแรกคลอดมากกว่า 2,500 กรัม และลดอัตราคลอดก่อนกำหนด¹² สำหรับสตรีตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนและฝึกโยคะพบผลลัพธ์การคลอดที่ดี¹³ สอดคล้องกับข้อมูลซึ่งภาควิชาชีพสูติฯ-นรีเวชและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จัดอบรมโยคะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ทุกปีมาตั้งแต่ พ.ศ.2547-พ.ศ.2552 พบว่าการปฏิบัติอาสนะ การฝึกควบคุมลมหายใจและการผ่อนคลายช่วยสตรีตั้งครรภ์ลดอาการปวดหลัง ร่างกายแข็งแรงขึ้น อารมณ์ดี ไม่หงุดหงิดง่าย ลดอาการภูมิแพ้ การหายใจดีขึ้น นอนหลับกลางคืนยาวกว่าเดิม และมีความพร้อมกับการคลอด เมื่อสตรีตั้งครรภ์ใช้การควบคุมลมหายใจและการผ่อนคลายขณะรอคลอดได้ช่วยให้พลังงานไว้ตอนเบ่งคลอด จึงมีประสบการณ์การคลอดทางบวก เพราะรับรู้ว่าตนเองคลอดง่าย¹⁴⁻¹⁵

การศึกษาที่ผ่านมาพบผลดีของโยคะต่อการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ ตลอดจนบำบัดอาการต่าง ๆ ดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้โยคะเป็นแนวปฏิบัติแก่สตรีตั้งครรภ์ เพราะการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาล้วนเป็นการศึกษาเชิงทดลอง หรือกึ่งทดลอง⁶⁻¹³ ที่ออกแบบโปรแกรมการฝึกจากทีมวิจัยฝ่ายเดียว ยังไม่ปรากฏงานวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเข้ามาร่วมคิด วางแผน ปฏิบัติ ปรับปรุงจนได้รูปแบบของการสร้างเสริมสุขภาพด้วยโยคะที่ตรงกับความต้องการของสตรีตั้งครรภ์อย่างแท้จริง และมีความปลอดภัย สอดคล้องกับศักยภาพสตรีตั้งครรภ์แต่ละคน ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยโยคะโดยใช้กระบวนการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมาพัฒนาหารูปแบบ รวมทั้ง ศึกษาปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคของการใช้รูปแบบ นี้ น่าจะเป็นประโยชน์ต่อสตรีตั้งครรภ์ ครอบครัว และทีมสุขภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ สตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะ และศึกษาปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคในการใช้รูปแบบการสร้างเสริม สุขภาพสตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ สตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะครั้งนี้ อิงกรอบแนวคิดโยคะ โยคะสูตรของปัทมยัสี¹⁶ ซึ่งประกอบด้วย การปรับ ทัศนคติ การมีวินัยในตนเอง การบริหารกาย การ ฝึกควบคุมลมหายใจ และการพัฒนาจิตจากขั้นต้น ไปจนถึงสมาธิ และใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติ การที่มีความร่วมมือระดับเทคนิค¹⁷ มีเป้าหมายเพื่อ ทดสอบแนวคิดทฤษฎีเพื่อพิสูจน์ทราบว่าจะสามารถ นำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้มากน้อยเพียงใด สำหรับการศึกษาที่ต้องการทดสอบแนวคิดทฤษฎี โยคะว่าองค์ความรู้ของโยคะนั้นสามารถนำมา พัฒนาเป็นรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้ง ครรภ์ได้ โดยอาศัยความร่วมมือของทีมวิจัยกับสตรี ตั้งครรภ์ และครอบครัวเพื่อการเรียนรู้ พัฒนา ปรับปรุงและแก้ไขปัญหานั้นได้รูปแบบการสร้างเสริม สุขภาพสตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะที่ลงตัว

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างและสถานที่ศึกษา

เป็นสตรีตั้งครรภ์ 15 คน อาศัยในจังหวัด สงขลา เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ คือ

อายุ 19 ปีขึ้นไป ตั้งครรภ์เดี่ยว อายุครรภ์ 10-13 สัปดาห์ ยอมรับการตั้งครรภ์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ใดๆ ระหว่างตั้งครรภ์ สื่อสารภาษาไทยได้ดี บอก ความรู้สึกและความต้องการได้ ผ่านการตรวจและ วินิจฉัยจากสูติแพทย์ว่าสุขภาพแข็งแรง ยินดีเข้าร่วม ในโครงการโดยสูติแพทย์อนุญาต การศึกษาใช้สถานที่ ศูนย์ดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและภูมิปัญญาตะวันออก คณะพยาบาลศาสตร์ และที่บ้านสตรีตั้งครรภ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้คือ ผู้วิจัย เครื่องบันทึกเสียง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์การรับรู้ ของสตรีตั้งครรภ์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพด้วย โยคะเป็นคำถามปลายเปิด ตัวอย่างเช่น “ก่อนเข้า ร่วมโครงการวิจัยได้ดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ อย่างไร” “มีแรงบันดาลใจใดในการเลือกโยคะมา ดูแลสุขภาพ” “หลังจากเข้าโครงการแล้วใช้โยคะ ดูแลชีวิตขณะตั้งครรภ์อย่างไร รับรู้ประสบการณ์ที่ เกิดจากการฝึกโยคะอย่างไร” “รูปแบบการสร้างเสริม สุขภาพด้วยโยคะตามที่คิดร่วมกัน ทำได้หรือไม่” “เมื่อทำได้ตามรูปแบบนี้แล้ว พบการเปลี่ยนแปลง ใดบ้าง (ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และความสงบในชีวิตหรือด้านอื่นๆ)” “แต่ละไตรมาส ยังทำกิจกรรมตามรูปแบบการฝึกได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้ ต้องการปรับเปลี่ยนอย่างไร” “มีสิ่งใดช่วยสนับสนุน การฝึกโยคะ?” “อุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถนำโยคะ มาปฏิบัติคืออะไร? แก้ไขอุปสรรคนั้นอย่างไร” ซึ่ง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสัมภาษณ์ที่เป็น คำถามปลายเปิดได้รับการตรวจสอบความตรงทาง เนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ภายหลังการตรวจ สอบและแก้ไข นำไปทดลองกับสตรีตั้งครรภ์ 5 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นได้ปรับ แก้ก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

หลังโครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เรียบร้อยแล้ว ทีมวิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และเมื่อได้รับคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง จึงแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมให้ข้อมูลว่าสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

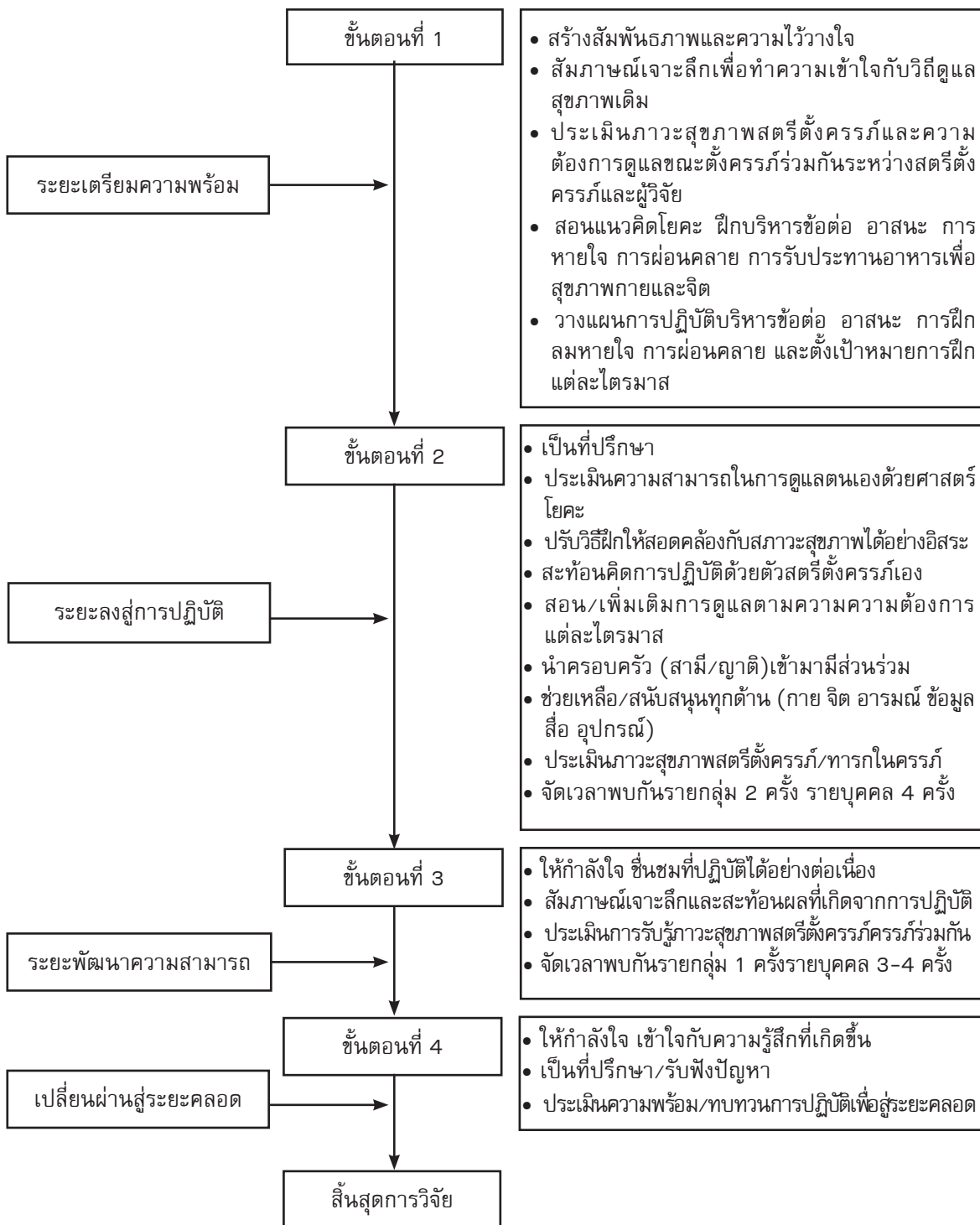
1. เริ่มจากประเมินสถานการณ์และปัญหา โดยจัดสัมภาษณ์กลุ่มและสัมภาษณ์เจาะลึกสตรีที่เคยผ่านประสบการณ์ฝึกโยคะขณะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างและครอบครัว ผู้เชี่ยวชาญด้านโยคะ และทีมวิจัย จากนั้นกำหนดเป้าหมาย กระบวนการ และแผนปฏิบัติการร่วมกัน วิเคราะห์รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะที่น่าจะเป็นไปได้

2. นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เจาะลึกในข้อ 1 มากำหนดรูปแบบชั่วคราวในการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ด้วย

โยคะ สร้างเครื่องมือและคู่มือ สื่อ และเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านเพื่อขอข้อเสนอแนะก่อนทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ 2 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในโครงการนำร่องเป็นเวลา 4 เดือน หลังทดลองใช้ ได้ปรับปรุงได้รูปแบบชั่วคราว ดังแสดงในแผนภาพ 1 ประกอบด้วยระยะเตรียมพร้อม ลงสู่การปฏิบัติ พัฒนาความสามารถ และเปลี่ยนผ่านสู่ระยะคลอด

3. วางแผนปฏิบัติ โดยพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ระบบครอบครัว และสัมพันธภาพในครอบครัว สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพ การดำเนินชีวิต ประสบการณ์เกี่ยวกับโยคะ แรงบันดาลใจในการเลือกโยคะมาดูแลสุขภาพ ทีมวิจัยสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ ประเมินสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ ความต้องการดูแลขณะตั้งครรภ์ โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเป็นเวลา 2 วัน เนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิดโยคะ การปรับทัศนคติ การฝึกบริหารข้อต่อ อาสนะ การฝึกควบคุมลมหายใจ การผ่อนคลาย การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพกายและจิต การแก้ไขอาการไม่สุขสบายขณะตั้งครรภ์ตามแนวทางโยคะ และวางแผนปฏิบัติร่วมกับตั้งเป้าหมายของการฝึกแต่ละไตรมาส

แผนภาพที่ 1 รูปแบบชั่วคราวการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะ



4. ลงมือปฏิบัติ การสังเกตและสะท้อนการปฏิบัติ และการปรับปรุงแผนปฏิบัติ โดยนำรูปแบบชั่วคราวที่ผ่านการปรับปรุงแล้วในแผนภาพ 1 ให้กลุ่มตัวอย่างทดลองปฏิบัติระหว่างเดือนมีนาคม 2550-ธันวาคม 2551 รวมเวลา 21 เดือน ทีมวิจัยติดตามรวบรวมข้อมูลที่เกิดจากการปฏิบัติ โดยจัดประชุม พบปะเป็นรายกลุ่มรวม 3 ครั้งในไตรมาส 1-3 และติดตามเยี่ยมที่บ้านรายบุคคลทั้งหมด 15 คน เดือนละครั้ง การสนทนากลุ่ม 7-8 คน 3 ครั้ง ใช้เวลา 45-60 นาทีต่อครั้ง และสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคล 6-7 ครั้ง 7-8 นาที ทุกครั้งจะขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างบันทึกเสียงการสัมภาษณ์เพื่อสะท้อนคิดกับผลที่เกิดขึ้นหลังได้ปฏิบัติตามรูปแบบ สอบถามปัญหาหรืออุปสรรค หากพบจะปรับปรุงแผนใหม่กระทั่งได้รูปแบบที่เหมาะสมและพอใจของสตรีตั้งครรภ์ ทีมวิจัยเป็นที่ปรึกษาควบคู่กับสอนเพิ่มในเรื่องต่างๆ ตามความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ นำครอบครัวเข้ามาสนับสนุนสตรีตั้งครรภ์ทุกด้าน (กาย จิต อารมณ์ ข้อมูล สื่อ อุปกรณ์) ประเมินภาวะสุขภาพสตรี ตั้งครรภ์ และไตรมาสที่สามจะทบทวนการปฏิบัติเพื่อเข้าสู่ระยะคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ มีขั้นตอนคือ 1) นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเสียงสัมภาษณ์ การบันทึกของทีมวิจัย การบันทึกภาคสนาม การสังเกตพฤติกรรม และการปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์ มาแยกประเภทและจัดหมวดหมู่ข้อมูล ทำดัชนีเชิงบรรยายและดัชนีตีความหลังเก็บข้อมูลทุกครั้ง 2) แปลความหมายข้อมูลโดยอาศัยกรอบแนวคิดโยคะและความเห็นของทีมวิจัย 3) ทำข้อสรุปชั่วคราวที่ลดทอนข้อมูลไม่เกี่ยวข้องออก ข้อสรุปที่ได้ถือเป็นองค์ประกอบย่อย เช่น การส่งเสริมความสามารถสตรี

ตั้งครรภ์ในการสร้างเสริมสุขภาพ กลยุทธ์ที่ใช้ในการส่งเสริมการพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ปัญหา และอุปสรรค 4) นำองค์ประกอบย่อยมาสรุปเป็นรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะโดยเชื่อมโยงแต่ละองค์ประกอบเป็นแผนผังสื่อให้เห็นภาพรวมความสัมพันธ์ของรูปแบบ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบซึ่งกันและกัน (peer review) ระหว่างนักวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล และผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 รูปแบบของการสร้างเสริมสุขภาพด้วยโยคะ และส่วนที่ 3 ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคต่อการนำโยคะไปใช้สร้างเสริมสุขภาพสุขภาพสตรีตั้งครรภ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18-36 ปี อายุเฉลี่ย 24.6 ปี (SD=4.49) อายุครรภ์เฉลี่ย 11.4 สัปดาห์ (SD=0.27) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 86.7) ทุกคนมีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 60) ร้อยละ 33.3 อาชีพรับราชการ มีรายได้ครอบครัวระหว่าง 15,000-20,000 บาท (ร้อยละ 33.3) ซึ่งเพียงพอจ่ายและไม่มีหนี้สิน (ร้อยละ 46.7) ขณะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพ (ร้อยละ 66.7) เมื่อตั้งครรภ์จะเพิ่มการดูแลตนเองเรื่องอาหาร (ร้อยละ 100) การออกกำลังกาย (ร้อยละ 26.7) การผ่อนคลาย (ร้อยละ 73.3) การหายใจ (ร้อยละ 13.3) การพักผ่อนนอนหลับ (ร้อยละ 86.7) และการพัฒนาจิต (ร้อยละ 26.7) กลุ่มที่ออกกำลังกายมีความถี่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 86.7)

เวลาเฉลี่ยของออกกำลังกายแต่ละครั้ง 33.8 นาที (SD=7.67) กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการเนื่องจากต้องการให้ทารกในครรภ์สุขภาพดี (ร้อยละ 100) ให้ตนเองสุขภาพดี (ร้อยละ 86.7) และไม่สุขสบายขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 33.3)

ส่วนที่ 2 รูปแบบของการสร้างเสริมสุขภาพด้วยโยคะ

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะ แสดงดังแผนภาพ 2 เริ่มที่สตรีตั้งครรภ์เข้าโครงการ และทีมวิจัยส่งเสริมกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ การส่งเสริมความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ ความสามารถของสตรีตั้งครรภ์ในการสร้างเสริมสุขภาพ และผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตั้งครรภ์มี 4 วงจร ได้แก่ 1) เปิดใจรับโยคะเพื่อชีวิตใหม่ 2) ค้นหาความลงตัวของโยคะกับชีวิตตน 3) มั่นใจว่ามาถูกทาง 4) ปฏิบัติต่อเนื่องจนคล่อง ดั่งรายละเอียด

วงจรที่ 1 “เปิดใจรับโยคะเพื่อชีวิตใหม่”
เริ่มต้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ทางครอบครัวจะมีความยินดีมาก และช่วยหากิจกรรมที่คิดว่ามีประโยชน์ต่อสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งโยคะถูกเลือกว่ามีข้อดีด้านการออกกำลังกายและจิตใจ โดยลูกเป็นแรงจูงใจสำคัญที่สุดในการนำกลุ่มตัวอย่างมาเรียนรู้โยคะ และทุกคนเปิดใจรับโยคะอย่างเต็มที่ เพราะศึกษาข้อมูลมาจนมั่นใจว่าการฝึกโยคะไม่เป็นอันตราย ช่วยลูกในครรภ์และตนเองแข็งแรง มีการปรึกษาสูติแพทย์ก่อนฝึก และแสวงหาแหล่งฝึกที่น่าเชื่อถือ ดังที่กลุ่มตัวอย่างสะท้อนไว้ดังนี้

“พอรู้จักเพื่อน รับผิดชอบรับคำมาเลย เพราะเคยอ่านหนังสือมาว่าดีมาก คนท้องที่ฝึกโยคะนี่เป็นอะไรที่ดีมากๆ เลยต้องรีบมาสัมผัสทันที ตัวเองเลยวางแผนไว้ก่อน ขอเข้ามาเข้าโครงการนี้เพื่อลูก อยากให้ลูกแข็งแรง กับโยคะนี่ลูกเป็นอะไรที่น่ามาเลยคะ เพราะอยากให้ลูกแข็งแรง เมื่อก่อนก็ไม่ได้สนใจจะฝึกอะไรแบบนี้หรอกคะ แต่พอท้องปุ๊บ ลาออกจากงาน กลับมาดูแลตัวเองเต็มที่ อยากทำอะไรดี ๆ เพื่อลูก ไม่มีสิ่งเล จะทำทันทีเลย แต่เราก็คึกคิดว่าไม่มีโทษนะ ถ้ามั่นใจด้วย ถ้ามั่นใจว่าที่ไหนน่าเชื่อถือ ถึงตัดสินใจ”

“ใครบอกว่าอะไรดี ก็ทำหมด มาลงตัวกับโยคะ ดูแล้วอ่อนโยนดี น่าจะเหมาะกับคนท้องอยากให้ลูกแข็งแรง สามวันน่าจะดีกับเรา เพราะเห็นเราเครียด พออยู่ว่าง ๆ ตอนท้องนี่ จิตฟุ้ง คิดมาก หงุดหงิด ก้าวร้าว เหนียว เหนียว คิดเยอะ ทำงานมากขึ้น เตรียมไว้เวลาที่มีลูก ค่าใช้จ่ายมันมาก เขาหาข้อมูลเยอะเรื่องความปลอดภัยที่ฝึก และขอความเห็นจากหมอที่ฝากท้องด้วย หมอก็สนับสนุน”

“มันเป็นความรู้สึกที่อบอุ่นมาก เพราะเรารู้สึกว่าลูกเป็นชีวิตที่ประจักษ์ กว่าจะได้ลูกคนนี้นั้นผ่านอะไรมาเยอะ มาฝึกโยคะ เพราะอยากทำสิ่งดี ๆ เตรียมตัวเองให้ดีที่สุด พร้อมที่สุด ลูกต้องได้รับสิ่งที่ดีที่สุดที่เราจะทำได้ ความฝันได้ลูกเป็นจริงแล้ว เราไม่ยอมสูญเสียอีก ก็เปิดใจรับโยคะเต็มที่ เชื่อมั่นว่าเป็นทางที่เปิดให้เราทั้งคู่เลยคะ”

“แม่บอกว่า ท้องสาวคล่องไม่ย่ำนะ ต้องเตรียมตัวดี ๆ แกก็ให้ทำนั่น ทำนี่ ไปวัดนั่ง ทำบุญ ตักบาตรนี่ประจำเลย เราก็ตามแม่ พอแม่รู้ว่า มีอบรมโยคะสำหรับคนท้องก็จัดการสมัครให้ แล้วที่แม่ให้ทำก็ดี ๆ ทั้งนั้นเลย เราเลยไม่ขัดใจ เราก็อยากลองอยู่แล้ว งานนี้เต็มใจมาก”

ในวงจรที่ 1 นี้ทีมวิจัยได้ส่งเสริมความสามารถของสตรีตั้งครรภ์โดยจัดอบรมให้ 2 วัน ซึ่งสอนเนื้อหาโยคะภาคทฤษฎีควบคู่กับการปฏิบัติ ใช้กลยุทธ์การสร้างการยอมรับ ความไว้วางใจ และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วม มีปัจจัยที่มาเกี่ยวข้อง คือ ความปรารถนาจะมีลูก และครอบครัวที่รับรู้และยินดีกับการตั้งครรภ์ ความสามารถของสตรีตั้งครรภ์ คือ การฝึกปฏิบัติอย่างมีความเข้าใจต่อเป้าหมายของศาสตร์โยคะ พบผลลัพธ์คือ สตรีตั้งครรภ์มีทัศนคติที่ดีต่อโยคะ และฝึกอย่างมีเป้าหมายตามศาสตร์โยคะ และการตั้งครรภ์ ผู้วิจัยได้ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวเตรียมความพร้อมจัดการอบรมให้ข้อมูลเรื่องโยคะโดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม

วงจรที่ 2 “ค้นหาความลงตัวของโยคะกับชีวิตตน” หลังจากกลุ่มตัวอย่างผ่านการอบรมโยคะ 2 วัน จึงทดลองให้ปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบชั่วคราวที่ตั้งไว้ในแผนภาพ พบว่า บางรายไม่ลงตัวที่จะปฏิบัติตามรูปแบบชั่วคราวคือ เริ่มฝึกบริหารข้อต่อ อาสนะ ตามด้วยการฝึกลมหายใจ และปิดท้ายด้วยการผ่อนคลาย จึงมีการปรับรูปแบบการฝึกใหม่ โดยบางรายเริ่มต้นเหมือนเดิม บางรายขอฝึกเฉพาะลมหายใจในไตรมาสแรก ไตรมาสต่อมาจึงเริ่มฝึกตามรูปแบบ ขณะที่ส่วนใหญ่เลือกเริ่มต้นด้วยการผ่อนคลาย รายที่พบความไม่ลงตัวเรื่องจัดเวลาฝึกอาสนะหรือฝึกหายใจ หรือทำอาสนะ จะใช้การสะท้อนคิดเพื่อหาทางออกร่วมกัน จนได้รูปแบบการฝึกที่มีความเฉพาะตัว สอดคล้องกับความพร้อมของร่างกาย กิจกรรมประจำวัน และงานในวิถีชีวิต ดังที่กลุ่มตัวอย่างสะท้อนไว้ว่า “ตอนท้อง กตสันถ์นะ ยิ่งเราทำงานด้วย ทั้งงาน ทั้งคน ทุกอย่างรอบตัวทำให้เครียด มันดึงทั้งกาย ทั้งใจ อารมณ์ไม่ค่อยดี

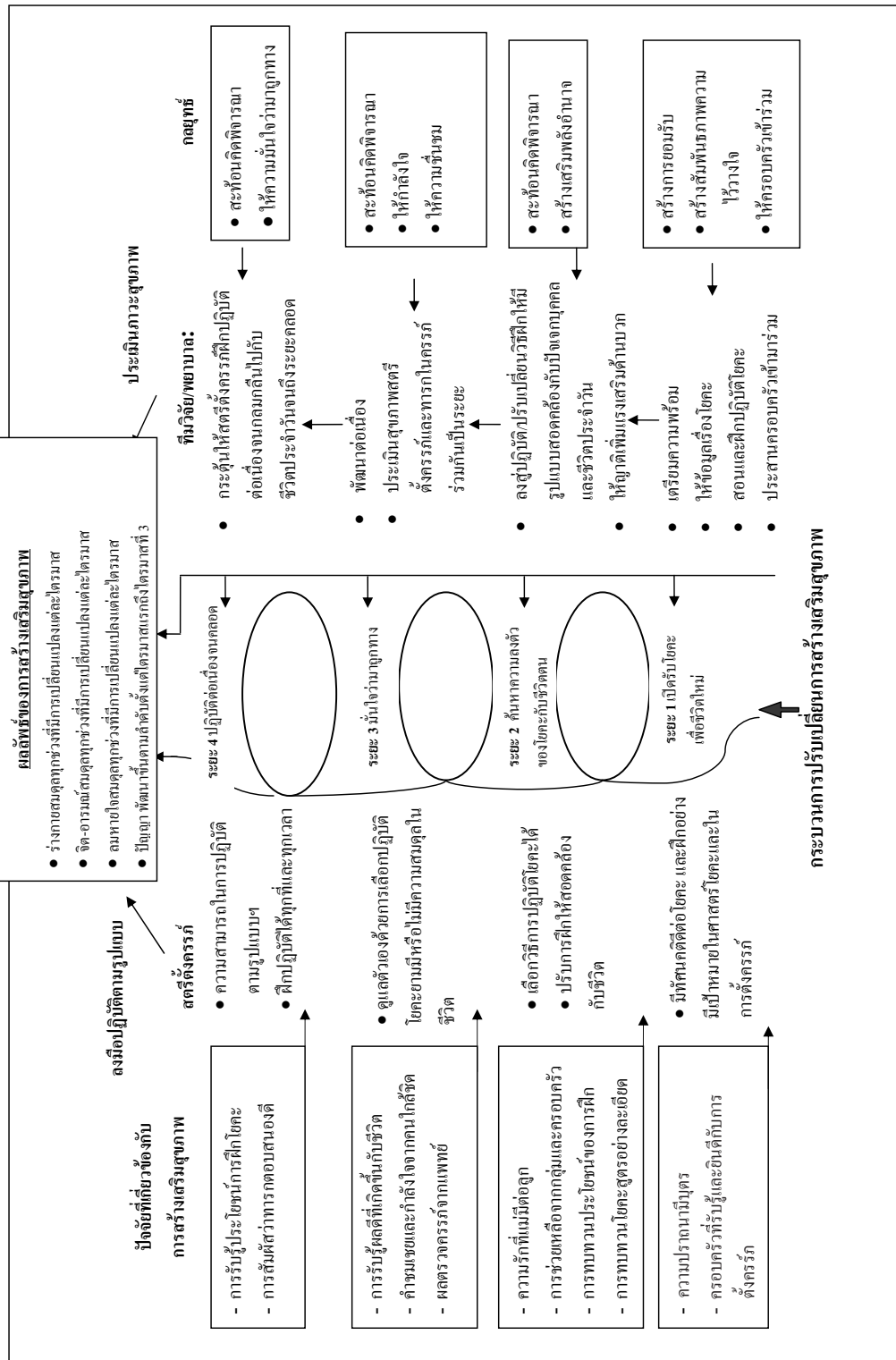
ถ้าฝึกโยคะอาสนะ ฝึกผ่อนคลาย ฝึกลมหายใจตลอดจะเป็นตัวช่วย แต่ต้องคิดว่าจะจัดเวลา จัดวิธีฝึกอย่างไร มันค่อยๆ รู้ไปเอง ของตัวเองจะจับเคล็ดว่าต้องมีสติ ฝึกได้ทุกเวลา ตอนทำงานก็ปรับทำให้ถูกต้องตามที่โยคะสอน มีสติก็รู้อยู่กับลม ดึงให้ยาวๆไว้ อะไรแบบนี้แหละ คิดดี พุทธก็เป็นการฝึกโยคะนะ แต่เมื่อก่อนเราก็ไม่รู้” อย่างไรก็ตามยังคงฝึกตามเนื้อหาของโยคะสูตร หากรายใดประสงค์จะเริ่มต้นด้วยอาสนะ ก็มีครูโยคะผู้มีคุณวุฒิและประสบการณ์ด้านโยคะในสตรีตั้งครรภ์มาสอนช่วงปลายไตรมาสที่ 1 และให้กลับไปฝึกต่อเนื่องที่บ้านตามสื่อวีดิทัศน์ที่ทำขึ้น พร้อมให้คำแนะนำวิธีฝึกเป็นครั้งคราว ตามที่พบกันในไตรมาสที่ 2 และ 3 ดังกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งเล่าว่า “ชอบฝึกอาสนะมาก ใจเรามันฟุ้งมากต้องใช้ท่ามาช่วยคุมใจ ตอนแรกๆ ก็คิดนะว่า ทำไมเราไม่เหมือนเพื่อน พอหนึ่งๆ เราไม่สงบเอาซะเลย แต่พอฝึกอาสนะ ไข่เลย ตรงกับที่เราอยากเป็น มันมีสติไปตามท่าทาง พอเสร็จแล้วใจมันโปร่งขึ้นก็เลยเริ่มจากฝึกอาสนะก่อน” หรือบางรายที่บอกว่า “ช่วงนี้ท้องเกือบ 7 เดือน มันไม่สุขสบายที่ท้องน้อยปวดถ่วงเวลายืน ไม่มีเวลาฝึกแบบต่อเนื่อง จะทำบางท่า ดัดแปลงบ้าง อย่างยกขาขึ้นพาดกับผนังห้อง ค่อยรู้สึกว่ายถ่วงท้องน้อย ท่าผีเสื้อก็ทำเวลานั่งดูทีวี ถ้ากังวลใจบางครั้งแบบไม่รู้สาเหตุจะใช้อธิในผ่อนคลายทำศพ ก็หลับสบายไปเลย” นอกเหนือจากการฝึกอาสนะที่เป็นการ ฝึกทางร่างกายแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นตรงกันว่า ช่วงแรกของการตั้งครรภ์ การฝึกผ่อนคลายจำเป็นอย่างยิ่ง จึงใช้การผ่อนคลาย ต่อด้วยฝึกอาสนะ และฝึกควบคุมลมหายใจ โดยกลุ่มตัวอย่างบอกว่า “เลือกผ่อนคลายกับบริหารข้อต่อก่อน เพราะเราปวดหลัง เลยว่าต้องค่อยเป็นค่อยไป จัดการกับข้อต่อก่อนแล้วกัน”

เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งสะท้อนว่า“มันเพี้ยน ลำ บอกไม่ถูก วันๆ อยากจะนอน แต่ถ้าได้นั่ง ได้นอนผ่อนคลาย จะมีความสุขมาก ช่วงแรกที่ต้องใช้ผ่อนคลายดีที่สุด” สำหรับการฝึกทัศนคติ การฝึกจิต (การถอนตนเองจากประสาทสัมผัส การจดจ่อ การพัฒนาปัญญาให้เห็นตามจริง และสมาธิ) กลุ่มตัวอย่างเห็นว่ายังมีความจำเป็นต่อการตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 1 ถึง 3 ดังสะท้อนไว้ว่า “เรื่องของฝึกใจ ฝึกคิดดี พุทธดี ทำดี ฝึกอดทนมากๆ ตอนที่ท้อง ใครๆ เล่าว่าท้องแล้ว จะเป็นอย่างนั้น อย่างนี้ แต่ยังไม่มันก็ไม่เหมือนกับเจอเอง เจอแล้วบางทีมันจุก อึดอั้น เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม อ่อนไหวง่าย คิดมากมาย ห้ามไม่ได้ พอคิดเรื่องหนึ่ง จะกระโดดไปอีกเรื่องหนึ่ง เหมือนหนังชุด พอมีโอกาสมาฝึกโยคะ เขาสอนเรื่องรักษาใจ มีสติ เป็นตัวหนึ่งที่จะช่วยกระตุกเราไว้ ไม่ให้ฟุ้งซ่าน เหมือนมีเส้นเชือกรั้งๆ เอาไว้” และอีกหนึ่งการสะท้อนคือ “ตอนแรกมองโยคะว่าออกกำลังกาย แต่ไม่กล้าออกแรงมาก กลัวกระเทือนลูก คิดว่าการฝึกหายใจเป็นความต้องการตอนนี้ เราเองมีพื้นฐานฝึกสมาธิมาก่อน ก็ไปได้ดีกับฝึกลมหายใจ ส่วนเรื่องทัศนคติในยามะ นิยามะ คิดเองมีแนวคิดคล้ายกับเรื่องทัศนคติตามแนวทางของโยคะอยู่แล้ว” ในวงจรการค้นหาลงตัวของโยคะกับชีวิตตน ทำให้ได้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะเป็นกิจกรรมตามไตรมาส ดังตาราง 1

ทีมวิจัยส่งเสริมความสามารถของสตรีตั้งครรภ์ โดยให้กำลังใจและช่วยปลดปล่อยความ คับข้องใจ ปรับเปลี่ยนรูปแบบการปฏิบัติให้สอดคล้องกับความ เป็นปัจเจกและชีวิตประจำวัน แนะนำสามีหรือญาติ เข้ามามีส่วนร่วม และให้แรงเสริมทางบวก ใช้กลยุทธ์ การทำกลุ่มสะท้อนคิด และการสร้างเสริมพลังอำนาจ มีปัจจัยที่มาเกี่ยวข้องคือ ความรักที่แม่มีต่อลูก การช่วยเหลือจากกลุ่มหรือครอบครัว การทบทวนประโยชน์ ของการฝึกและโยคะสูตรอย่างละเอียด ความสามารถ ของสตรีตั้งครรภ์ คือ เลือกวิธีการปฏิบัติโยคะและ ปรับการฝึกให้สอดคล้องกับชีวิต พบผลลัพธ์ คือ สตรีตั้งครรภ์สามารถรักษาความสมดุลในชีวิตได้ แม้มีอาการไม่สุขสบายทุกๆ ด้าน

วงจรที่ 3 คือ “มั่นใจว่ามาถูกทาง” เป็นวงจร ที่กลุ่มตัวอย่างพบความชัดเจนในการใช้รูปแบบ สร้างเสริมสุขภาพด้วยโยคะ เรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยน ทัศนคติ และมีการพัฒนาจิต จึงเกิดกำลังใจและ ความพึงพอใจ จึงฝึกโยคะอย่างต่อเนื่องจนมีความ มั่นใจมากขึ้นตามลำดับ เพราะตระหนักถึงผลดีคือ ตนเองมีความสมดุลของร่างกาย จิตอารมณ์ และลม หายใจ ได้สัมผัสทารกในครรภ์ชัดเจน ประกอบกับ เมื่อพบปะ พูดคุยกับเพื่อนที่ฝึกโยคะด้วยกันได้ย้า ในสิ่งที่เกิดขึ้นคือ ทุกคนได้สัมผัสกับชีวิตที่เป็นสุข มั่นใจความสามารถของตนเอง ไม่กลัวที่จะเผชิญ การคลอด ร่างกายแข็งแรง จิตสงบ และยอมรับ

104



ตารางที่ 1 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะเป็นกิจกรรมตามไตรมาส

กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ
ไตรมาสที่ 1 1. การผ่อนคลายกายและจิต 2. การพักผ่อน 3. การบริหารร่างกาย 4. การแก้ไขอาการไม่สุขสบาย 5. การฝึกลมหายใจ 6. การปรับทัศนคติต่อการตั้งครรภ์	1. สอน/สาธิตและให้สตรีตั้งครรภ์ใช้เทคนิคผ่อนคลาย การผ่อนคลายอย่างลึก การผ่อนคลายโดยใช้ลมหายใจ 2. ฝึกสตรีตั้งครรภ์รับพลังจากธรรมชาติ 3. สอน/สาธิตและให้สตรีตั้งครรภ์บริหารข้อต่อ และฝึกอาสนะ ชุดท่าอาสนะหนึ่ง (ท่าสุชะสะนะ ท่าดอกบัวชั้นเดียว ท่าเพชร ท่าผีเสื้อ ท่านั่งพับก้น ท่านั่งย่อเข่า) ชุดท่าอาสนะยืน (ท่าภูเข่า ท่ากงล้อ) ชุดท่าอาสนะนอน (ท่าชาวสะนะหรือท่าศพ) 4. แนะนำวิธีแก้ไขอาการไม่สุขสบายตามแนวทางโยคะ 5. สอน/สาธิตและให้สตรีตั้งครรภ์ฝึกลมหายใจขั้นต้น 6. ฝึกสตรีตั้งครรภ์ปรับทัศนคติ (ยามะ และนิยามะ) ด้วยการสะท้อนผ่านเรื่องเล่า
ไตรมาสที่ 2 1. การรับประทานอาหาร 2. การบริหารร่างกาย 3. การฝึกลมหายใจ 4. การผ่อนคลายกายและจิต 5. การพักผ่อน 6. การแก้ไขอาการไม่สุขสบาย 7. การฝึกทัศนคติทางบวกและฝึกจิต	1. แนะนำสตรีตั้งครรภ์ให้เลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพกายและจิตตามแนวทางของโยคะ 2. สอน/สาธิตและให้สตรีตั้งครรภ์ฝึกอาสนะ การฝึกชุดท่าอาสนะหนึ่ง ทำท่าจากไตรมาสที่ 1 และเพิ่มท่าสุชะสะนะ ท่าดอกบัวชั้นเดียว ท่าเพชร ท่าเหยียดหลัง ท่าบิดตัว ท่าเขาควาย ท่าอุฐ การฝึกชุดท่าอาสนะยืนทำท่าจากไตรมาสที่ 1 และเพิ่มท่าต้นตาล ท่าสามเหลี่ยม ท่างูัดดัดแปลง การฝึกชุดท่าอาสนะนอน ทำท่าจากไตรมาสที่ 1 และเพิ่มท่าสะพาน ท่ายืดตัว 3. สอน/สาธิตและให้สตรีตั้งครรภ์ฝึกลมหายใจขั้นต้น ต่อด้วยอนุโลมา-วิโลมา และการควบคุมลมหายใจ

กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ
ไตรมาสที่ 3 1. การบริหารร่างกาย 2. การฝึกลมหายใจ 3. การผ่อนคลายกายและจิต 4. การพักผ่อน 5. การแก้ไขอาการไม่สุขสบาย 6. การเตรียมพร้อมกับการคลอด	4. กระตุ้นสตรีตั้งครรภ์ใช้เทคนิคการผ่อนคลายอย่างลึก 5. สอนสตรีตั้งครรภ์ฝึกการพักผ่อนกายและจิตในท่าโยคะนิทรา 6. กระตุ้นการฝึกยามะ และนียามะอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มการพัฒนาจิต (ปรัทยาหาระ ธารณะ ญาณะ และสมาธิ) 1. สอน/สาธิตและให้สตรีตั้งครรภ์ฝึกอาสนะฝึกอาสนะ การฝึกชุดท่าอาสนะหนึ่งในท่าที่ฝึกไตรมาสที่ 1-2 การฝึกชุดท่าอาสนะอื่นในท่าที่ฝึกไตรมาสที่ 1-2 การฝึกชุดท่าอาสนะนอนในท่าที่ฝึกไตรมาสที่ 1-2 2. ให้สตรีตั้งครรภ์ฝึกลมหายใจขั้นต้น ต่อด้วย อนุโลมา-วิโลมา การควบคุมลมหายใจ 3. ให้สตรีตั้งครรภ์ใช้เทคนิคการผ่อนคลายอย่างลึก และการผ่อนคลายโดยใช้ลมหายใจ 4. สอน/สาธิตและให้สตรีตั้งครรภ์ฝึกจาแลันดาพันธะ 5. สอนใช้โยคะสูตรในการแก้ไขอาการไม่สุขสบาย 6. สอนการฝึกปรับทัศนคติเน้นเรื่องตบะ เพื่อเตรียมพร้อมกับการคลอด

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับร่างกาย ไม่รู้สึกอึดอัดที่ขนาดร่างกายโตขึ้น รวมทั้งใช้แนวทางของโยคะมาจัดการความไม่สุขสบายด้านร่างกาย จิต และอารมณ์ ปรากฏการณ์ในวงจรที่ 3 นี้เป็นวงจรนี้เป็นช่วงที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และทุกคนพึงพอใจกับผลที่เกิดขึ้น ดังที่กลุ่มตัวอย่างสะท้อนคือ

“เมื่อก่อนหงุดหงิดง่าย คิดว่าเราท้อง เหนื่อยจากงาน น่าจะมีคนช่วยงาน ให้เราพักผ่อนเต็มที่ อยู่เฉยๆ สงบๆ มันเหมือนเราเรียกร้อง

จากคนอื่น พอไม่ได้ตั้งใจ เราก็งุ่นง่าน แต่พอฝึกโยคะเรายอมรับมากขึ้น รู้ว่าหงุดหงิดเมื่อไหร่ ใช้วิธีดูแลหายใจ เข้า-ออก ไปเรื่อยๆ จะดีขึ้น บางทีก็ใช้การผ่อนคลาย ดีมากเหมือนกัน เลยมั่นใจว่าเรามาถูกทาง มั่นใจว่าฝึกโยคะนี้แหละ ช่วยเราได้”

“ตอนแรกกลัวว่าอารมณ์เราจะมีผลกับลูกเลยต้องปรับอารมณ์ ปรับความคิด โชคดีที่มาเรียนรู้ว่าโยคะมุ่งเป้าหมายไปที่จิต ฝึกจิตพอจิตดี อารมณ์เราดีตาม คิดว่าลูกคงอารมณ์ดี

ตามเรา พอฝึกเรื่อยๆ จะมั่นใจ ไม่มีใครบอก
เรารู้เองว่ามาถูกทาง”

“ร่างกายแข็งแรง เทียบกับเพื่อนที่ไม่ฝึกโยคะ
ช่วงนี้แหละที่ท้อง 8 เดือนกว่า เราจะบ่นมาก
เรื่องปวดหลัง ตะคริว ท้องผูก ของเราท้อง
เดือนพอๆ กัน แต่เราไม่เป็นนะ อารมณ์ดีตลอด
มีคนแซวว่าแข็งแรงกว่าพี่สาวอีก คือพี่สาวไม่ได้
ท้องนะ เลยว่าใช่แหละ ฝึกโยคะนี่ใช่เลย ไม่รู้
สึกอายนะที่ตัวโต เพื่อนเขาอายนะ”

“รู้สึกนะ..เหมือนติดต่อกับลูกข้างใน
สัมผัสลูกชัดขึ้น ลูกก็ชอบนะ หลังจากฝึก
อาสนะเสร็จ มาฝึกผ่อนคลายอย่างลึก จะรู้สึก
ชัดมาก”

“พออยู่กลุ่มเพื่อนที่ท้อง รู้สึกว่าเราปกติ เพราะ
สิ่งที่เพื่อนสะท้อน ตรงกับของเรา เรื่องพวกนี้
คนท้องด้วยกันจะรู้ บางที่ไม่จำเป็นต้องพูด
แค่เห็นท่าที่ที่เพื่อนทำ เราจะรู้ทันทีว่าสบาย
หรือเพื่อนบอกทำท่าอู้งาย ตอนออบรมครั้งแรก
ไม่ทำ ทำไม่ได้ แต่พอท้องได้ 8 เดือน รู้สึกว่า
ไม่ยาก ง่าย ทำแล้วโล่งสบายบอกไม่ถูก สบายเนื้อ
สบายตัว เหมือนเดิมพลัง ทุกคนบอกเหมือนกัน”

ในวงจรนี้ที่มิวจียได้ส่งเสริมความสามารถ
ของสตรีตั้งครรภ์โดยประเมินสภาวะสุขภาพสตรีตั้ง
ครรภ์และลูกเป็นระยะๆ และให้กำลังใจ ใช้กลยุทธ์
การทำกลุ่มสะท้อนคิด ร่วมกับการให้กำลังใจ มี
ปัจจัยที่มากเกี่ยวข้องคือ การที่สตรีตั้งครรภ์รับรู้ผลดี
ที่เกิดขึ้นกับชีวิตจากการเทียบเคียงภาวะสุขภาพ
ของตนกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝึกโยคะ รวมทั้งได้
รับคำชมเชยจากคนใกล้ชิด และผลตรวจจากแพทย์
ว่าแข็งแรงทั้งแม่และลูก ความสามารถของสตรี
ตั้งครรภ์ คือ เลือกวิธีในองค์ความรู้ของโยคะสูตร
มาดูแลตัวเองได้ ยามไม่สุขสบายทั้งกาย จิตอารมณ์

และลมหายใจ พบผลลัพธ์คือ สตรีตั้งครรภ์มีความ
พอใจกับการปฏิบัติโยคะ ไม่กลัวการคลอด รับรู้คุณค่า
และพลังอำนาจในตัวเอง

วงจรที่ 4 คือ “ปฏิบัติต่อเนื่องจนคลอด”
หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองมาถูกทาง จึงฝึก
โยคะอย่างต่อเนื่องถึงช่วงท้ายของการตั้งครรภ์หรือ
ปลายไตรมาสที่ 3 โดยปราศจากความลังเลหรือ
สงสัย มีความชัดเจนกับการฝึกโยคะในรูปแบบที่
ลงตัวกับตนเอง ดังข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างสะท้อนไว้คือ

“โยคะเป็นอะไรที่ให้เราเรียนรู้ตัวเอง รู้ข้อ
จำกัด รู้จุดเด่น แล้วเราจะดูแลตัวเองได้ดี ไม่ต้อง
รอคนอื่นมาช่วย มั่นใจ ไม่กลัวการคลอด ตั้งใจ
ว่าฝึกทำต่อเนื่องอย่างน้อยๆ ก็ถึงคลอดละ”

“พอเข้าโครงการ จะฝึกตลอด เดือนตัวเองให้
คิดดีๆ มองโลกทางบวก มันพัฒนาขึ้นนะ ยิ่งทำ
เรากียิ่งสงบ ตัวสำคัญคือ สติ อย่าหลุดเซียว
ต้องฝึกร่างกายเรา ลมหายใจก็ต้องฝึก ฝึกต่อเนื่อง
ทุกวันจนคลอด ไม่หยุด มีเวลามาก ก็ทำมาก
มีเวลาน้อย ก็ทำน้อย สุขภาพเรากับลูกจะดีตาม”
“มีเพื่อนถามว่าไม่กลัวหรือที่มาฝึกโยคะ
เขามองว่าเป็นการออกกำลังกายที่จริงเราฝึก
เรื่องความคิด ฝึกวินัย ฝึกจิต ฝึกร่างกาย
ฝึกลมหายใจ ส่วนตัวคิดว่าท้องหรือไม่ท้อง
ทุกคนต้องทำ ชีวิตถึงจะดี แต่นั่นแหละ ถ้าอยู่
ตามปกติ ก็ไม่คิดจะฝึกหรอก พอท้องจะมี
แรงบันดาลใจเป็นพิเศษ เพื่อลูก คงทำไปเรื่อยๆ
ทุกวันหลักชัยถึงช่วงคลอดก่อน หลังจากนั้น
ว่ากันอีกที”

ในวงจรที่ 4 ที่มิวจียได้ส่งเสริมความสามารถ
ของสตรีตั้งครรภ์โดยสนับสนุนให้ฝึกปฏิบัติต่อเนื่อง
จนกลมกลืนไปกับชีวิตประจำวันใช้กลยุทธ์เป็นเพื่อน
รับฟังการสะท้อนคิด มีปัจจัยที่มากเกี่ยวข้องคือ การ

ที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ผลดีจากการฝึกโยคะที่เกิดกับตัวเอง และลูก ความสามารถของสตรีตั้งครรภ์ คือสามารถเลือกฝึกโยคะได้ในทุกที่ ทุกเวลา ผลลัพธ์คือ กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติโยคะต่อเนื่องทุกวันจนถึงระยะท้ายของการตั้งครรภ์ ซึ่งทีมวิจัยได้สนับสนุนการฝึกต่อ เพื่อให้บรรลุภารกิจในการนำชีวิตใหม่ออกสู่โลก

ส่วนที่ 3 ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคต่อการนำโยคะไปใช้สร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์

ปัจจัยสนับสนุนการฝึกโยคะเพื่อสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ คือ 1) ภาวะสุขภาพของลูก 2) ครอบครัว 3) การช่วยเหลือจากกลุ่มที่ฝึกด้วยกัน 4) การทบทวนเป้าหมายการฝึก 5) การรับรู้ผลดีหรือการรับรู้ประโยชน์จากการฝึก 6) คำชมเชยจากครอบครัว 7) ผลตรวจจากแพทย์ และ 8) การมีวินัยในตนเอง และความตั้งใจจริง ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการนำโยคะไปใช้สร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์คือ การสื่อสารสิ่งที่เป็นนามธรรมในองค์ความรู้ของโยคะ

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลเริ่มจากรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะ ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะ

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะ

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะถือเป็นการพัฒนาเชิงกระบวนการจากการร่วมสะท้อนคิดของทีมวิจัย กลุ่มตัวอย่าง และครอบครัวจนกระทั่งได้รูปแบบนี้มา ใช้การมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้นจนจบ ทั้งร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมแก้ปัญหา

มีการให้อิสระ ไม่ควบคุม อันเป็นรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ผู้เกี่ยวข้องทุกคนเท่าเทียมกันในลักษณะหุ้นส่วน¹⁷ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตัดสินใจเลือกรูปแบบปฏิบัติระหว่างตั้งครรภ์ด้วยตัวเอง เพราะการสร้างชีวิตใหม่เป็นความรับผิดชอบโดยตรงของแม่ ทีมวิจัยใช้บทบาทพยาบาลช่วยกลุ่มตัวอย่างสร้างเสริมสุขภาพตนเอง ด้วยการปรับกระบวนการคิดแก่สตรีตั้งครรภ์ว่าการตั้งครรภ์เป็นกระบวนการที่ธรรมชาติมอบบทบาทนี้ไว้กับผู้หญิงให้ไว้ในสัญชาตญาณความเป็นแม่ที่มีในตัว และให้เชื่อมั่นว่าตนจะนำพาการตั้งครรภ์ครั้งนี้ให้ผ่านไปได้ด้วยการเรียนรู้ และพัฒนาชีวิตตามวิถีของศาสตร์โยคะ¹⁸ ทีมวิจัยเน้นกลยุทธ์การสร้างเสริมพลังอำนาจ เพราะช่วยส่งเสริมสตรีตั้งครรภ์รับรู้ความสามารถและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น¹⁹ ในบริบทการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะจะมีการรวมกลุ่มฝึกที่ศูนย์การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและภูมิปัญญาตะวันออก และการฝึกที่บ้าน ทีมวิจัยติดตามเยี่ยมบ้านซึ่งช่วยให้เข้าใจสถานการณ์และปัจจัยสนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะ ทั้งยังได้แนวทางการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติแก่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนที่สอดคล้องกับสภาพจริงในชีวิต เนื่องจากการใช้ศาสตร์โยคะเป็นศิลปะดำเนินชีวิตที่มุ่งบริหารกายและจิตให้ได้ผลดี ต้องเข้าใจความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนอย่างลึกซึ้ง²⁰ การติดตามเยี่ยมบ้านจึงช่วยส่งเสริมและสนับสนุนวิธีฝึกโยคะตามความต้องการและตามปัญหาของแต่ละรายได้เป็นอย่างดี ในรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยโยคะนี้ พบปรากฏการณ์เกิดกับกลุ่มตัวอย่างคล้ายคลึงกัน เรียกว่า กระบวนการปรับเปลี่ยนการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะมี

4 ระยะ แต่ละระยะใช้กลยุทธ์ทั้งที่เป็นกลยุทธ์เดียว ใช้ต่อเนื่องและกลยุทธ์ที่เฉพาะเจาะจงกับแต่ละระยะของการสร้างเสริมสุขภาพ โดย กลยุทธ์ที่นำมาใช้คือ การยอมรับ การสร้างเสริมพลังอำนาจ การชมเชย ให้กำลังใจ ให้ความชื่นชม และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมีหลายรูปแบบและส่งผลดีกับการตั้งครรภ์ ตั้งการศึกษาพบแรงสนับสนุนทางวาจา เป็นการให้กำลังใจ ทำให้สตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอดรู้สึกอบอุ่น และผ่อนคลาย²¹ ประกอบกับการสะท้อนคิดที่ทำทุกไตรมาส ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีโอกาสทบทวนผลจากการปฏิบัติ มีปัญหาเกิดขึ้นจากการปฏิบัติจริง และสัมผัสประสบการณ์นั้นด้วยตนเอง ถือเป็นปัญหาระดับสูงที่ไม่ได้มาจากการอ่านหรือการจำ สตรีตั้งครรภ์จึงมั่นใจกับการใช้ปัญญาพิจารณาปรับใช้วิธีการของโยคะมาดูแลชีวิตช่วงตั้งครรภ์ได้ดี

ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคต่อการนำโยคะไปใช้สร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์

ปัจจัยสนับสนุนต่อการนำโยคะไปใช้สร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์คือลูก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทุกคนยอมรับและพร้อมตั้งครรภ์ ประกอบกับมีแรงสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว โดยเฉพาะจากสามีที่มีส่วนช่วยเหลือต่อการฝึกโยคะ การที่สามีและภรรยาทุกคู่อยู่ร่วมกันทำให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกสุขสบายทั้งทางกายและใจ ส่งผลให้ปรับตัวดีตลอดระยะตั้งครรภ์ นอกจากนั้นการรับข้อมูลจากกลุ่มที่ฝึกโยคะร่วมกันมีส่วนเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น ส่วนการรับรู้ผลดีหรือประโยชน์จากการฝึกพร้อมกับมีการทบทวนเป้าหมายเป็นระยะๆ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยสร้างแรงจูงใจให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพส่วนวินัยในตนเอง ความตั้งใจจริง และความรับผิดชอบ

ที่กลุ่มตัวอย่างมีต่อการฝึกโยคะถือเป็นคุณสมบัติสำคัญให้ได้รับผลดีจากการฝึกโยคะ²⁰ สำหรับคำชมเชยจากครอบครัว และผลตรวจจากแพทย์ว่ากลุ่มตัวอย่างและลูกในครรภ์แข็งแรง เป็นแรงเสริมความมั่นใจมากขึ้นว่าทำสิ่งที่ถูกต้องจึงปฏิบัติโยคะอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะคลอด

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะ คือการสื่อสารสิ่งที่เป็นนามธรรมในองค์ความรู้ของโยคะสูตร โดยเฉพาะองค์ประกอบหลังที่มุ่งการพัฒนาจิต¹⁶ ทำให้กลุ่มตัวอย่างบางคนรู้สึกว่าเข้าใจยาก เพราะประสบการณ์พัฒนาจิตเป็นสิ่งที่ผู้ปฏิบัติรู้ได้ด้วยตนเอง ผู้ไม่ผ่านประสบการณ์จะมองว่าเป็นนามธรรม เพราะระดับจิตที่พัฒนาของแต่ละคนไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย มีดังนี้

1. ควรมีการศึกษาต่อโดยทดลองใช้รูปแบบนี้ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ปกติ หรือมีภาวะแทรกซ้อนจำนวนมากขึ้น และติดตามวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ
2. ควรขยายการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะลงสู่บริการพยาบาลในหน่วยฝากครรภ์ เพื่อให้เป็นอีกหนึ่งทางเลือกแก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว หรืออาจนำกิจกรรมที่ได้จากการศึกษานี้ไปจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่สตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสต่างๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้สนับสนุนทุนวิจัย ขอขอบคุณสตรีตั้งครรภ์ทุกท่าน และครอบครัวที่อุทิศตัวเป็นครู รวมทั้งผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Yogendra HJ, Desai AN. **Pregnancy parenthood & yoga**. Numbai: The Yoga Institute, Santacruz; 1994.
2. Haligren A, Kihlgren M, Forslin L. Women's perceptions of childbirth and childbirth education before and after education and birth. **Midwifery** 1995; 11(3): 130-7.
3. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. **Acta Obstet Gynecol Scand** 2001; 80(3): 251-5.
4. ปรีชา วาณิชเศรษฐกุล. การดูแลการตั้งครรภ์ในอติวุทธ กุมภมาศ (บรรณาธิการ). **ตำรา สูติศาสตร์ ชุดการตั้งครรภ์และการคลอดปกติ** (หน้า 136-150). กรุงเทพฯ: บุ๊คเน็ต จำกัด; 2546.
5. Field T. Pregnancy and labor alternative therapy research. **J Altern Ther Health Med** 2008; 4(5): 28-34.
6. Beddoe AE, Yang CP, Kennedy HP, Weiss SJ, Lee KA. The effects of mindfulness-based yoga during pregnancy on maternal psychological and physical distress. **J Obstet Gynecol & Neonat Nurs** 2009; 38(3): 310-9.
7. Sun YC, Hung YC, Chang Y, Kuo SC. Effects of a prenatal yoga programme on the discomforts of pregnancy and maternal childbirth self-efficacy in Taiwan. **Midwifery** 2009; 26(6): e31-6.
8. Wang SM, DeZinno P, Fermo L, William K, Caldwell-Andrews AA, Bravemen F, et al. Complementary and alternative medicine for low-back pain in pregnancy: A cross-sectional survey. **Altern Ther Health Med** 2005; 11(3): 459-64.
9. Satyapriya M, Nagendra HR, Nagarathna R, & Padmalatha V. Effect of integrated yoga on stress and heart rate variability in pregnant women. **Int J Gynaecol Obstet** 2008; 104(3): 218-22.
10. Chuntharapat S, Petpichetchian W, Hatthakit U. Yoga during pregnancy: Effects on maternal comfort, labor pain and birth outcomes. **Complement Ther Clin Pract** 2008; 14(2): 105-15.
11. Chuntharapat S, Petpichetchian W, Hatthakit, U. Effect of a yoga programme on maternal comfort during pregnancy. **Songkla Med J** 2008; 26: 123-33.
12. Narendran S, Nagarathna R, Narendran V, Gunasheela S, Nagendra, HR. Efficacy of yoga on pregnancy outcome. **J Altern Ther Health Med** 2005; 11(2): 237-44.
13. Narendran S, Nagarathna R, Gunasheela, S, Nagendra HR. Efficacy of yoga in pregnant women with abnormal Doppler study of umbilical and uterine arteries. **J Indian Med Assoc** 2005; 103(1): 12-4.
14. เยาวเรศ สมทรัพย์. ประสบการณ์สร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์: กรณีศึกษา. **การสร้างเสริมสุขภาพมารดาด้วยโยคะ**. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2549.
15. เยาวเรศ สมทรัพย์. **โยคะเพื่อสุขภาพสตรีตั้งครรภ์**. สงขลา: อัลล่ายด์เพรส จำกัด; 2553.
16. Sadhakas. **Patanjali Yoga Sutra**. 3rd ed. Bombay: The Yoga Institute; 1999.
17. Holter IM, Schwart-Barcott D. Action research: What is it? How has it been used and how can it be used in nursing. **J Adv Nurs** 1993; 18: 298-304.
18. Narendran S, Nagarathna R, Nagendra HR. **Yoga for pregnancy**. Bangalore: Rashtrotthana Mudranalaya; 2005.
19. จารุวรรณ รังสิยานนท์. ผลของการเตรียมสตรีตั้งครรภ์แรกเพื่อการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญภาวะเจ็บครรภ์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
20. Iyengar BKS. **Light on Yoga**. New Delhi: Harper Collins Publisher India; 2006.
21. ชญานิน บุญพงษ์มณี โสเพ็ญ ชูนวน เยาวเรศ สมทรัพย์. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องต่อภาวะจิตใจ พฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอด. **สงขลานครินทร์เวชสาร** 2548; 23(1): 37-47.

Developing a Health Promotion Model for Pregnancy Women by Using Yoga

Yaowares Somsap, MNS*

Sopen Chunuan, PhD*

Tharangrat Hanprasertpong, MD**

Fonthong Ongplanupat, B.Sc***

Abstract : The main purposes of this technical action research were to develop health promotion model for pregnant women by using yoga and to examine contributing factors and obstacles in applying yoga to improve pregnant women's health. The sample subjects were 15 pregnant women selected by specific sampling. The research procedure involved cooperation between the researcher, pregnant women and their families. The data were collected through the qualitative methods of in-depth interview, participatory observation and field recording. The data were analyzed based on interpretation, drawn conclusion and pattern formation. The personally enquired data, on the other hand, were analyzed in terms of frequency distribution, including percentage, mean and standard deviation.

According to the research, it was found that yoga-based health promotion model for pregnant women included: 1) the process of health promotion model in pregnant women; 2) promotion of health improvement ability; 3) health promotion factors; 4) pregnant women's ability to improve their health; and 5) the outcome of health promotion. The process of health promotion in pregnant women involved 4 stages: 1) 'mind opening to accept yoga for a new life'; 2) 'finding balance between one's life and yoga'; 3) 'confidence in the selected course of action'; and 4) 'continuing practice until birth-giving'. Next, the promotion of health improvement ability involved information sharing, teaching and building social support. The strategies employed to enhance the sample subjects' ability were building recognition and trust, participation, empowerment, reflective groups, peer consultation and regarding children as a mental nourishment. The main supporting factors included the desire to have children, family's support, help from fellow training-group attendants, awareness of the benefits, compliments and the physician's examining results. The main obstacle of this methods was the communication of abstract concepts relating to yoga.

This research's main recommendation was that nurses should be able to apply the above stated patterns and guidelines to pregnancy care units or to stage training workshops for pregnant women for the purpose of improving pregnant women's health.

Thai Journal of Nursing Council 2011; 26 (special issue) 95-111

Key words: Patterns of health promotion, Pregnant women, Yoga

*Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

**Assistant Professor, Faculty of Medicines, Prince of Songkla University

***Registered nurse, Songkhla Hospital

รูปแบบการดูแลต่อเนื่องในเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ทัศนีย์ อรรถารส พยด.*

จุไร อกัยจิรัตน์ กศ.ม.*

บทคัดย่อ : การวิจัยเชิงวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วย เด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 7 คน มารดาของเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 10 คน พยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาล จำนวน 10 คน และหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 16 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เจาะลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลต่อเนื่องในเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การดูแลที่โรงพยาบาล ประกอบด้วย การตอบสนองความต้องการของเด็กและครอบครัว การให้มารดามีส่วนร่วม การสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัว การเตรียมก่อนกลับบ้าน ระยะที่ 2 การส่งต่อการดูแล ประกอบด้วย การมีผู้จัดการส่งต่อ การส่งต่อข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษร ระยะที่ 3 การดูแลที่บ้าน ประกอบด้วย การให้ครอบครัวมีส่วนร่วม และการทำงานร่วมกันในแต่ละระดับการดูแล

ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการวิจัยทดสอบรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่อไป

วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26 (ฉบับพิเศษ) 112-125

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลต่อเนื่อง เด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลเด็กและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้ได้กรอดชีวิตและเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อนและต่อเนื่อง จากรายงานปี 2551 พบว่าเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 4 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทย พบว่าสถิติเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ป่วยด้วยโรคไต หัวใจ และโรคมะเร็ง ที่มีอายุ 1-15 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ. 2546-พ.ศ. 2548 มีจำนวน 871 คน² การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีผลต่อเด็กและครอบครัว มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการ และอาจมีปัญหาทางอารมณ์³ คุณภาพชีวิตไม่ดี⁴ และมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว⁵ พยาบาลเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมสุขภาพจะต้องให้การดูแลเด็กต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลและฟื้นฟูสภาพ โดยพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิประสานงานและร่วมมือกับพยาบาลระดับปฐมภูมิเพื่อให้เด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและครอบครัวได้รับการดูแลต่อเนื่อง อันจะทำให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้เจ็บป่วย และครอบครัวปรับตัวได้

การดูแลต่อเนื่องเป็นกระบวนการการประเมินวางแผน การประสานความร่วมมือกันเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง และเอื้ออำนวยให้ผู้ให้บริการสามารถเปลี่ยนผ่านจากการดูแลระดับหนึ่งไปยังอีกระดับหนึ่ง หรือจากสถานที่หนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง การดูแลต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น⁶ ซึ่งสภาการพยาบาลกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ พ.ศ. 2549 ให้ผู้ให้บริการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะแรกรับจนกระทั่งถึงการจำหน่าย รวมถึง

การติดตามต่อเนื่อง โดยสอดคล้องกับภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ

ในสถานการณ์ที่มีการปรับปรุงบริการสุขภาพให้มีคุณภาพสูงสุดภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมทำให้การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเร็วที่สุดเมื่ออาการผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งถ้าผู้ป่วยไม่พร้อมอาจเกิดความยากลำบากแก่ครอบครัว ประกอบกับในปัจจุบันระบบการดูแลต่อเนื่องยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน ทรัพยากรด้านสาธารณสุขการส่งต่อมีไม่เพียงพอ เครือข่ายสาธารณสุขที่ประกอบด้วยระดับต่างๆ ยังไม่เชื่อมโยงกัน ทำให้เกิดความยุ่งยากในการส่งต่อถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเกินความสามารถของสถานบริการและส่งต่อไปยังสถานบริการในระดับที่สูงกว่า ภาระการส่งต่อจะตกที่ผู้ป่วยและญาติ ทำให้ได้รับการดูแลรักษาไม่ต่อเนื่อง และเกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงมากขึ้น⁷ ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องเตรียมครอบครัวให้มีความพร้อมที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้⁸ ในขณะเดียวกันจะต้องจัดการดูแลที่บ้านให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ทั้งนี้จากผลการศึกษาความต้องการของครอบครัวหลังจากที่เด็กกลับบ้าน พบว่ามารดาเด็กมีความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การป้องกัน การกลับเป็นซ้ำ ต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือเนื่องจากความเครียด⁹ จากการทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่ศึกษาประสิทธิภาพของการวางแผนก่อนกลับบ้าน^{10,11,12} การศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพ พบว่า การวางแผนจำหน่าย มีอุปสรรคที่เกิดจากพยาบาลมีงานมาก ไม่มีเวลา ไม่มีรูปแบบการวางแผนจำหน่าย ขาดผู้ประสานงาน และขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัว¹³ สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องยังมีน้อย จากการศึกษาพบว่าการดูแลต่อเนื่องมีความสำคัญสำหรับเด็กและครอบครัว อย่างไรก็ตามพบว่ารูปแบบการดูแลต่อ

เนื่องจากยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน¹⁴ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ศึกษารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังว่าควรมีรูปแบบอย่างไร โดยศึกษาจากประสบการณ์และความคาดหวังของเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและครอบครัว พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการตติยภูมิและปฐมภูมิ โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาได้รูปแบบการดูแล ต่อเนื่องสำหรับเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลมีแนวทางในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและ เป็นการสร้างองค์ความรู้ด้านการพยาบาลต่อเนื่องในเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นการป้องกันตติยภูมิคือหยุดยั้งภาวะแทรกซ้อนหลังจากที่โรคปรากฏและสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัว ด้านความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่ของครอบครัว นับเป็นยุทธศาสตร์การสร้างองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพอันจะเป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลเด็ก และเกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์ และความต้องการ การดูแลต่อเนื่องของเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและครอบครัว
2. เพื่อศึกษาประสบการณ์ และความต้องการของพยาบาลในระดับปฐมภูมิและตติยภูมิในการดูแลต่อเนื่องสำหรับเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
3. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูล ด้วยการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้ให้ข้อมูล คือ เด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง และโรคไต จำนวน 7 คน มารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคดังกล่าว จำนวน 10 คน พยาบาลวิชาชีพทั้งระดับบริหารและระดับปฏิบัติการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 16 คน และตติยภูมิ จำนวน 10 คน มีเกณฑ์ในการเลือกผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1. เด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคไต ที่ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมการวิจัย
2. บิดามารดาหรือผู้ดูแลหลักของเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. พยาบาลระดับผู้บริหารและระดับปฏิบัติการที่ดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. พยาบาลระดับผู้บริหารและระดับปฏิบัติการที่ทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลัก (ผู้วิจัยมีประสบการณ์ศึกษารายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพ หลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิตจำนวน 3 หน่วยกิต หลังจบการศึกษามีประสบการณ์วิจัยเชิงคุณภาพที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาล) และแนวคำถาม ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มสร้างจากแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการวิจัย มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด วิธีการวิจัยจะได้ตามคาดหวังมีส่วนร่วมของครอบครัวว่ามีรูปแบบแนวทางการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มทดลองใช้กับผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม คือ เด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและครอบครัว พยาบาลวิชาชีพทั้งระดับบริหารและระดับปฏิบัติการที่หน่วยบริการ

ปฐมภูมิและตติยภูมิ เพื่อทดสอบความชัดเจน และความครอบคลุม และนำมาปรับแนวคำถามก่อนนำไปใช้จริงต่อไป

ตัวอย่างแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ เด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คือ หนูรู้สึกอย่างไร และต้องการให้ดูแลหนูอย่างไรขณะที่ป่วยในโรงพยาบาล และเมื่ออยู่ที่บ้าน ตัวอย่างคำถามมารดาเด็กที่ป่วยเรื้อรัง คือ ท่านรู้สึกอย่างไรที่ลูกป่วย และคาดหวัง การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านอย่างไร คำถามสำหรับพยาบาลทั้งระดับปฐมภูมิและตติยภูมิ คือ ท่านดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างไรบ้าง และคาดหวังให้การดูแลต่อเนื่องอย่างไร

การปกป้องสิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลที่เป็เด็กได้รับความยินยอมจากเด็กและผู้ปกครอง เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ปกครองยินยอม ผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลหลัก แนะนำตัวในฐานะผู้วิจัย และอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัยอย่างละเอียด เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลหลักซักถาม และให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย ผู้ให้ข้อมูลหลักรับทราบสิทธิในการให้ข้อมูล สามารถปฏิเสธการสัมภาษณ์ในเรื่องที่ไม่สบายใจหรือหยุดสนทนาได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงตุลาคม 2550 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม เด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและครอบครัว พยาบาล

ระดับผู้บริหารและระดับปฏิบัติการที่ทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ และตติยภูมิ โดยบันทึกแถบเสียง

1. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มที่ละกลุ่ม ในเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ครอบครัวของเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พยาบาลที่ทำงานในหน่วยบริการตติยภูมิ และปฐมภูมิ ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 1-1/2 ชั่วโมง ในห้องที่เป็นสัดส่วน และบันทึกเทปการสนทนากลุ่ม โดยมีรายละเอียดของการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ดังนี้ คือ สนทนากลุ่มเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 2 กลุ่มๆ ละ 3-4 คน สัมภาษณ์รายบุคคลมารดาเด็กที่ป่วยเรื้อรัง เมื่อพบประเด็นไม่ชัดเจน จึงจัดสนทนากลุ่ม เป็นคำถามเดียวกันที่สัมภาษณ์รายบุคคล สำหรับพยาบาลระดับปฐมภูมิและตติยภูมิ ใช้การสนทนากลุ่ม จำนวน 3 กลุ่มๆ ละ 5-8 คน

2. รวบรวมข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์และความคาดหวังการดูแลต่อเนื่องของเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและครอบครัว พยาบาลที่ทำงานในหน่วยบริการตติยภูมิ และปฐมภูมิ และสังเคราะห์ร่างรูปแบบการดูแลต่อเนื่องเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

3. นำร่างรูปแบบการดูแลต่อเนื่องเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเสนอต่อกลุ่มเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง และโรคไตจำนวน 4 คน มารดาของเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 4 คน และพยาบาลจำนวน 5 คน

4. สรุปรูปแบบการดูแลต่อเนื่องเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากเทปบันทึกเสียงถูกถอดคำต่อคำ นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อให้ได้ประสบการณ์และความต้องการของเด็กที่ป่วย

ด้วยโรคเรื้อรังและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่อง ประสิทธิภาพและความต้องการของพยาบาลที่ดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้งในระดับปฐมภูมิและตติยภูมิ

ความเชื่อถือได้ของข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความเชื่อถือได้ (credibility) โดยผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความสำคัญ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีการดำเนินการวิจัยอย่างมีขั้นตอน มีการบันทึกเทปการสนทนากลุ่ม ถอดเทปคำต่อคำ ตรวจสอบความถูกต้อง และนำผลมาวิเคราะห์ให้ผู้ให้ข้อมูลหลักตรวจสอบผลสรุปการวิจัยเพื่อยืนยันความถูกต้อง

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย เด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและครอบครัว พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยบริการตติยภูมิ และพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นเด็กที่ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังและโรคมะเร็ง จำนวน 7 คน อายุเฉลี่ย 12.43 ปี (SD=1.902) เป็นเพศหญิง จำนวน 4 คน เพศชาย 3 คน เป็นโรคไต จำนวน 5 คน โรคมะเร็ง จำนวน 2 คน มีระยะเวลาการเจ็บป่วยระหว่าง 3 เดือน - 5 ปี จำนวน 4 คน และมากกว่า 5 ปี จำนวน 3 คน ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 10 คน อายุเฉลี่ย 34.4 ปี (SD=9.442) ทั้งหมดเป็นเพศหญิง ทั้งหมดมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 9 คน รายได้มากกว่า 10,000 บาท จำนวน 1 คน

ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับตติยภูมิ จำนวน 10 คน อายุเฉลี่ย 34.8 ปี (SD=8.377) สถานภาพคู่ จำนวน 3 คน โสด 7 คน การศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 7 คน ปริญญาโท 3 คน มีระยะปฏิบัติงาน 1-5 ปี จำนวน 3 คน 6-10 ปี 3 คน 11-20 ปี 2 คน และมากกว่า 20 ปี 2 คน

ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฐมภูมิ จำนวน 16 คน อายุเฉลี่ย 44.31 ปี (SD=8.754) สถานภาพคู่ จำนวน 12 คน โสด 3 คน หม้าย 1 คน มีการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 15 คน ปริญญาโท 1 คน มีระยะปฏิบัติงาน 1-5 ปี จำนวน 1 คน 6-10 ปี 2 คน 11-20 ปี 3 คน และมากกว่า 20 ปี 10 คน

ประสิทธิภาพและความต้องการการดูแลต่อเนื่องของเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและครอบครัว พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการตติยภูมิและปฐมภูมิ

ประสิทธิภาพและความต้องการการดูแลต่อเนื่องของเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

เด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีประสิทธิภาพและความคาดหวังในการดูแลต่อเนื่อง คือ ไม่สบายกาย ทุกข์ใจ ปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และหวังให้มีชีวิตที่ปกติ

ไม่สบายกาย

การเจ็บป่วยทำให้ไม่สุขสบายกายเนื่องจากได้รับความเจ็บปวดจากผลการรักษา ยาหลายตัวต่าง ๆ และมีชีวิตที่ไม่ปกติ

เด็กได้รับผลการที่ได้รับความเจ็บปวดบ่อยครั้ง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า

“บอกไปซิว่าเบื่อจะเลือด มันเจ็บมาก เจ็บบ่อยด้วย เวลาเจาะท้อง เจาะคอ”

เด็กรำคาญสายสวนต่างๆ ที่คาไว้ตามร่างกาย
ตั้งคำถามว่าผู้ให้ข้อมูลว่า

“ตลอด 24 ชั่วโมงเหมือนใครมาจี้กะจี้คอ
สายอะไรก็ไม่รู้มันรำคาญ มันหงุดหงิด นอน
คว่ำก็ไม่ได้ระแวงกลัวสายหลุด”

เด็กมีชีวิตที่ไม่เหมือนเดิม รับประทานอาหาร
ไม่ได้ตามที่ต้องการ วิ่งเล่นก็ไม่ได้ ตั้งคำถามว่าผู้ให้
ข้อมูลว่า

“เวลาอยู่บ้านอยากกินอะไรก็ไม่ได้ ออกกำลัง
ก็ไม่ได้อยากทำอะไรก็ไม่ได้”

ทุกข์ใจ

การเจ็บป่วยทำให้เด็กท้อใจ เหนงาเมื่ออยู่
โรงพยาบาล รู้สึกผิด และอายเพื่อน

เด็กรู้สึกท้อแท้ใจเนื่องจากร่างกายทรุด
โทรมลง ตั้งคำถามว่าของผู้ให้ข้อมูลว่า

“ไม่สบายใจเท่าไร เป็นโรคอย่างนี้ มันท้อ
เหมือนมันหมดกำลังใจ ถอยอย่างเดียว เดิน
หน้าไม่ได้แล้ว พยายามเข้มแข็ง ไม่ท้อ”

เมื่อต้องรักษาในโรงพยาบาล รู้สึกเหงา ไม่ได้ทำ
กิจกรรม ตั้งคำถามว่าของผู้ให้ข้อมูลว่า

“เหงา ไม่มีที่วิ่งเล่น มีแต่นอน”

เด็กมีความรู้สึกผิดที่การเจ็บป่วยของตน
ทำให้ครอบครัวถูกตำหนิจากบุคคลอื่น ตั้งคำถามว่า
ของผู้ให้ข้อมูลว่า

“บางครั้งก็ว่าตนเอง ทำไมต้องเป็นโรคอย่าง
นี้ด้วย ก็เวลาคนในครอบครัวเป็นชอบมีคน
มาถาม มาบอกแล้วว่าเสี่ยงทุกอย่าง ปล่อยให้
เป็นโรคนี้ ที่คนอื่นเขาไม่เป็นกัน เขาชอบ
มาว่าแม่”

เมื่อไปโรงเรียน เพื่อนๆมักล้อเลียน ทำให้
รู้สึกอายและรำคาญ ตั้งคำถามว่า ผู้ให้ข้อมูลว่า

“เวลาไปโรงเรียนเพื่อนชอบหัวเราะเยาะ หา
ว่าเป็นเด็กพิเศษ เล่นก็ไม่ได้ ไม่ทำการบ้าน
ก็ไม่โดนตี”

“กลับไปโรงเรียน ถามมากจนหน้ารำคาญ”

ปรับตัวต่อการเจ็บป่วย

เด็กปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้วยการทำกิจกรรม
ที่ชอบ ดูแลตนเอง และสร้างความเข้มแข็งให้ตนเอง
ความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วย เด็กจึง
ทำกิจกรรมที่ทำให้คลายเครียด ตั้งคำถามว่าผู้ให้
ข้อมูลว่า

“หาเรื่องที่ไม่เครียดทำ นั่งวาดรูป วาดรูปเสร็จ
จึงกินข้าว”

เด็กดูแลตนเองเป็นอย่างดี ทำตามคำสั่งแพทย์
และการรับประทานอาหาร ตั้งคำถามว่าผู้ให้ข้อมูลว่า

“ทำตามคำสั่งหมอ กินข้าวตรงเวลา กินยา
ตามเวลา”

เด็กมีการทำให้ใจให้เข้มแข็ง เพื่อยู่กับโรคที่เป็นอยู่
ตั้งคำถามว่าผู้ให้ข้อมูลว่า

“พยายามสู้ต่อไปตราบเท่าที่มีลมหายใจสู้
ต่อไปให้ได้”

“พยายามเดินหน้าต่อไปพยายามเข้มแข็ง
ไม่ท้อ”

หวังให้มีชีวิตที่ปกติ

เด็กมีความหวังจะหายป่วย และอยู่กับครอบครัว
และเพื่อน

“อยากให้รักษาหาย ครอบครัวอยู่อย่างมี
ความสุข”

“ขอให้ครอบครัวกลับไปเหมือนเดิม รักษา
หาย ให้พ่อแม่อยู่กับเรานานๆ”

“อยากวิ่งเล่น มันห่างพ่อแม่ อยู่ไม่ครบ อยาก
กลับบ้านอยู่เหมือนเดิม กลับไปหาเพื่อน”

ประสบการณ์และความต้องการของมารดา
เด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

มารดาของเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีประสบการณ์
และความต้องการการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ดังนั้น คือ หวังให้ลูกหายป่วย ต้องการอยู่ใกล้ชิดลูก เพื่อให้กำลังใจ ได้รับข้อมูลที่ความเจ็บป่วยของบุตร ต้องการกำลังใจ การส่งต่อข้อมูลที่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษร

หวังให้ลูกหายป่วย

มารดาทุกคนมีความหวังว่าลูกจะหายจากความเจ็บป่วย ไม่ว่าเด็กจะเจ็บป่วยในระยะใดก็ตาม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า

“ต้องการให้ลูกหายป่วย อย่างอื่นก็ไม่ต้องการอีกแล้ว”

ต้องการอยู่ใกล้ชิดลูกเพื่อให้กำลังใจ

การที่เด็กป่วยต้องนอนพักในโรงพยาบาล มารดาได้รู้สึกว่าการอยู่ดูแลลูกเพื่อให้กำลังใจ โดยให้เหตุผลว่าลูกจะเบื่อจึงต้องการที่จะอยู่ใกล้ๆ ลูกเพื่อให้กำลังใจ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า

“เราให้กำลังใจเขา ตัวแม่เองอย่างไรก็ได้ เขาก็อุ่นใจเมื่อแม่มา คนป่วยทุกคนไม่ว่าลูกหนูหรือคนอื่น เค้าต้องการให้แม่มาดูแล แม่จะกำลังใจดีที่สุด”

ต้องการได้รับข้อมูลความเจ็บป่วยของลูก

มารดาของเด็กที่ป่วยสนใจอยากรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของลูก สนใจที่จะอ่านเอกสารที่เกี่ยวข้อง ให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของลูก ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า

“เห็นหนังสือที่เขียนเกี่ยวกับโรคไต ตอนไปพอกเลือดหยิบมาอ่าน อ่านทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเขา”

ต้องการกำลังใจ

มารดาต้องการกำลังใจซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า

“จริงๆ แล้วต้องให้กำลังใจกันนะ เพราะว่าลูกก็นอนแม่ก็อยู่ด้วยกัน ต้องพูดให้กำลังใจกัน จะได้มีกำลังใจ ถึงแม้ลูกเขาจะอาการหนักก็ต้องพูดให้กำลังใจกัน ”

การส่งต่อข้อมูลที่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษร

เมื่อเด็กกลับบ้าน บางครั้งมีการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง จำเป็นต้องรักษาอาการในสถานที่บริการใกล้บ้าน แพทย์มักถามอาการของบุตร ทำให้บางครั้งตอบไม่ได้ ไม่ชัดเจน มารดาต้องการให้แพทย์ที่รักษาในโรงพยาบาลเขียนรายละเอียดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร เพื่อให้แพทย์ในต่างจังหวัดเข้าใจเพิ่มขึ้น มารดาของเด็กที่ป่วยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวคนหนึ่งกล่าวดังนี้

“อยากให้โรงพยาบาลเขียนไปว่าเด็กป่วยเป็นโรคนี้ถ้าเขามีอาการป่วยกะทันหันมาก็ให้เขาดูแลดีกว่านี้”

ประสบการณ์และความต้องการของพยาบาลที่ดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่หน่วยปฐมภูมิและตติยภูมิ

พยาบาลมีประสบการณ์และความคาดหวังว่าการดูแลต่อเนื่องเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีดังนี้ คือ การเตรียมผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล การส่งต่อข้อมูลให้ดูแลต่อเนื่อง การทำงานร่วมกันของพยาบาลแต่ละระดับ การให้ครอบครัวมีส่วนร่วม การมีผู้จัดการส่งต่อ การมีนโยบายสนับสนุน

การเตรียมผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล พยาบาลระดับปฐมภูมิคาดหวังให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลมีการเตรียมเด็กและครอบครัวก่อนออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ครอบครัวสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ พยาบาลที่ศูนย์สาธารณสุขแห่งหนึ่งกล่าวว่า

“ก่อน discharge ต้องวางแผนกับครอบครัว นำครอบครัวไปพูดคุยก่อนว่าเด็กมีปัญหาอะไร พ่อแม่ต้องดูแลเด็กอย่างไร”

ส่วนพยาบาลที่ดูแลเด็กในโรงพยาบาล เห็นว่าต้องวางแผนก่อนกลับบ้าน โดยเริ่มตั้งแต่เด็กรับไว้ในโรงพยาบาล มีการประเมิน การให้คำแนะนำ และให้มารดาฝึกหัดการดูแล

“เราประเมินตั้งแต่วันแรกนะ เราหาปัญหาว่าเกิดจากอะไร ค้นหาว่ากลับมาเพราะอะไร สอนเขาไปว่าเพราะอะไร ลูกจึงเป็นแบบนี้ แล้วถามกลับว่าแม่ดูแลลูกอย่างไรเมื่ออยู่บ้าน ถ้าตอบไม่ถูกก็ต้องประเมิน สอน แล้วแก้กันใหม่”

การส่งต่อข้อมูลให้ดูแลต่อเนื่อง

การสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ใช้โทรศัพท์ โทรสาร ข้อมูลที่ได้รับไม่ชัดเจน ไม่ครบถ้วนเนื่องจากเขียนเพียงข้อวินิจฉัยโรค การรักษา ไม่มีข้อมูลการพยาบาล พยาบาลระดับปฐมภูมิต้องการข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลการดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า

“โรงพยาบาลโทรศัพท์รายละเอียดการรักษา ให้ข้อมูลคร่าวๆ บางทีก็น้อยไป ที่อยากให้มีคือ เรารับมาจากโรงพยาบาล อยากเห็นมีจดหมาย พร้อมประวัติส่งมา คนไข้เป็นโรคอะไร มีการรักษาอย่างไร คุณแนะนำอะไรมาบ้าง แล้วจะต้อง Follow up อย่างไร อะไรเมื่อไร เพื่อที่เราจะได้ดูแลต่อเนื่องได้ ว่าควรจะเป็นอย่างไร”

การทำงานร่วมกันของพยาบาลแต่ละระดับ

การดูแลต่อเนื่องเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังควรมีความร่วมมือกันระหว่าง พยาบาลที่โรงพยาบาลและ พยาบาลระดับปฐมภูมิ ในครั้งแรกอาจต้องไปเยี่ยม

ผู้ป่วยด้วยกัน เพื่อส่งต่อข้อมูลการดูแล และเมื่อดูแลต่อเนื่องแล้วก็รายงานให้พยาบาลที่โรงพยาบาลทราบด้วย พยาบาลระดับปฐมภูมิให้ข้อมูลว่า

“นัดวันที่จะไปดูแลครั้งแรกด้วยกัน จากนั้นเราก็มานัดดูแลต่อ เมื่อมีปัญหาอะไรต้องประสานงานกัน”

การให้ครอบครัวมีส่วนร่วม พยาบาลตระหนักความสำคัญของครอบครัวในการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตั้งแต่ออยู่ในโรงพยาบาล และถึงบ้าน พยาบาลระดับปฐมภูมิให้ข้อมูลว่า

“กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ก่อนออกจากโรงพยาบาล พยาบาลควรแนะนำครอบครัวว่าควรมีส่วนอย่างไร”

การมีผู้จัดการส่งต่อ การปฏิบัติในปัจจุบันไม่มีผู้จัดการส่งต่อ พยาบาลเห็นว่าการมีผู้จัดการส่งต่อจะเป็นประโยชน์โดยเมื่อผู้ป่วยจะกลับบ้าน พยาบาลที่หอผู้ป่วยติดต่อไปที่ผู้จัดการส่งต่อเพื่อรับการตรวจรักษาต่อเมื่อกลับบ้าน พยาบาลระดับตติยภูมิให้ข้อมูลว่า

“แนวทางของเรายังไม่ติดต่อโรงพยาบาลใกล้บ้าน เราประสานงานกับสังคมสงเคราะห์ แล้วเขาก็ไปติดต่อสถานื่อนามัยใกล้บ้าน แต่ไม่ได้ทำทุก case ที่จริงน่าจะมีผู้ประสานงานส่งต่อ”

การมีนโยบายสนับสนุน

การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีลักษณะการทำงานแยกส่วน โรงพยาบาลดูแลเด็กเต็มที่ในขณะที่อยู่โรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่เมื่อกลับบ้านไม่มีระบบส่งต่อ พยาบาลต้องการให้มีนโยบายที่นำไปสู่การปฏิบัติการส่งต่อให้เป็นระบบ และจัดสรรบุคลากรเป็นผู้ประสานงาน

“มันต้องวางแผนร่วมกันเป็นระบบ ที่จะทำให้ต่อเนื่องแบบไหน มันต้องระดับนโยบาย ให้ผู้ใหญ่มองเห็น และแรงสนับสนุนอื่นๆ”

รูปแบบการดูแลต่อเนื่องของเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ผลการสังเคราะห์ข้อมูลจากความคิดเห็นของเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและครอบครัว พยาบาลที่ปฏิบัติที่สถานบริการปฐมภูมิและตติยภูมิ และการสนทนากลุ่มร่วมกัน ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลต่อเนื่องของเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การดูแลที่โรงพยาบาล ประกอบด้วย การตอบสนองความต้องการของเด็กและครอบครัว การให้มารดามีส่วนร่วม การสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัว การเตรียมก่อนกลับบ้าน

ระยะที่ 2 การส่งต่อการดูแล ประกอบด้วย การมีผู้ประสานงานส่งต่อ การส่งต่อข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษร

ระยะที่ 3 การดูแลที่บ้าน ประกอบด้วย การให้ครอบครัวมีส่วนร่วม การทำงานร่วมกันแต่ละระดับการดูแล

ระยะที่ 1 การดูแลที่โรงพยาบาล

การดูแลเริ่มที่โรงพยาบาลตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาล ประกอบด้วย การตอบสนองความต้องการของเด็กและครอบครัว การให้มารดามีส่วนร่วม การสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัว และการเตรียมก่อนกลับบ้าน

การตอบสนองความต้องการของเด็กและครอบครัว ช่วยให้เด็กสบายกายและมีกำลังใจต่อสู้กับความเจ็บป่วย โดยตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาล พยาบาลดูแลจิตใจเมื่อได้รับเหตุการณ์ที่เจ็บปวด ทำความเข้าใจ

ปฏิกิริยาและความรู้สึกของเด็ก ให้ความหวัง และกำลังใจ ด้วยการจัดกิจกรรมที่เพลิดเพลินเนื่องจากเด็กท้อแท้ เบื่อ และเหงา และชอบพยาบาลที่ให้อารมณ์ดี สำหรับครอบครัวตอบสนองความต้องการด้วยการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด ให้การดูแลสนับสนุนช่วยเหลือ ทั้งกำลังใจ และจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้

การให้บิดามารดามีส่วนร่วมดูแล การให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด เพื่อให้กำลังใจเด็กในขณะที่รับไว้ในโรงพยาบาล มารดาสามารถตอบสนองความต้องการของเด็กเนื่องจากรู้และเข้าใจเด็กเป็นอย่างดี เป็นกำลังใจให้เด็กเล่นกับเด็กให้เพลิดเพลิน และปลอบใจเด็กเมื่อได้รับเหตุการณ์ที่เจ็บปวด รวมทั้งบิดามารดาจะมีโอกาสได้เห็นแบบอย่างการพยาบาลเด็กจากพยาบาล

การสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัว เนื่องจากมารดาหวังให้ลูกหายป่วย ต้องการกำลังใจ และต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็ก พยาบาลควรให้กำลังใจ และช่วยเหลือมารดาให้มีความหวังและพลังใจ เพื่อสามารถให้การดูแลบุตรได้

การเตรียมก่อนกลับบ้าน เริ่มตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาล การให้ความรู้แก่เด็กและครอบครัว ในระหว่างอยู่โรงพยาบาล การแลกเปลี่ยนข้อมูลของพยาบาลที่โรงพยาบาลและพยาบาลที่ดูแลที่บ้าน และการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวที่บ้าน การวางแผนให้ข้อมูลกระทำอย่างเป็นขั้นตอน เริ่มจากข้อมูลทั่วไปเมื่อเด็กรับไว้ในโรงพยาบาล ต่อมาจะเป็นข้อมูลที่เฉพาะขึ้นเมื่อทราบข้อวินิจฉัยโรค และให้ข้อมูลที่เป็นรายละเอียดเกี่ยวกับการดูแลเด็กเมื่อเข้าไปปฏิบัติกรพยาบาล ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาด และการดูแลเบื้องต้น วิธีการให้ข้อมูลเป็นการบอกให้ทราบด้วยวาจา

การให้ข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยแผ่นพับ ถ้าเป็นเด็กเล็กจะให้ข้อมูลแก่บิดามารดา หรือผู้ดูแลเด็ก สำหรับเด็กที่โตพอที่จะรับรู้ข้อมูลได้ พยาบาลจะแนะนำทั้งเด็กและบิดามารดา เมื่อเด็กใกล้จะกลับบ้านจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลที่บ้าน เรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการดำเนินชีวิตที่บ้าน การสังเกตและเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้

ระยะที่ 2 การส่งต่อการดูแล ประกอบด้วย การมีผู้จัดการส่งต่อ และการส่งต่อข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษร

การมีผู้จัดการส่งต่อ การส่งต่อผู้ป่วยจากสถานที่หนึ่งไปอีกสถานที่หนึ่ง ต้องมีผู้ที่จะส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง รวบรวมข้อมูลของเด็กเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับภูมิสำเนา เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการติดต่อแหล่งบริการที่มารดาเด็กจะไปใช้บริการ และให้เบอร์โทรศัพท์แก่มารดาหากเกิดปัญหาจะได้สามารถถามข้อมูลได้จากผู้จัดการส่งต่อ

การส่งต่อข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อเด็กกลับบ้านการส่งต่อข้อมูลการเจ็บป่วยของเด็กจากสถานบริการหนึ่งไปยังอีกสถานบริการหนึ่งเป็นสิ่งสำคัญมาก ข้อมูลของเด็กที่ป่วยในโรงพยาบาลจะทำให้บุคลากรในหน่วยงานปฐมภูมิสามารถทราบรายละเอียดเพื่อใช้เป็นประโยชน์ในการดูแลต่อเนื่อง ข้อมูลที่ส่งต่อควรเป็นข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับการวินิจฉัย การรักษา การพยาบาลที่ได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล และการกำหนดปัญหาที่ต้องการให้ดูแลต่อเนื่องเมื่อออกจากโรงพยาบาล

ระยะที่ 3 การดูแลที่บ้าน ประกอบด้วย การให้ครอบครัวมีส่วนร่วม และการทำงานร่วมกันแต่ละระดับการดูแล

การให้ครอบครัวมีส่วนร่วม การดูแลผู้ป่วยที่บ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาล พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยและศักยภาพผู้ดูแล ให้การดูแลตามปัญหาที่ประเมินได้ แนะนำการดูแลโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม การสาธิต การพยาบาล ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กตามคำแนะนำของพยาบาลที่เยี่ยมบ้านและนำความรู้และทักษะที่ได้จากพยาบาลในโรงพยาบาลมาดูแลต่อที่บ้าน

การทำงานร่วมกันในแต่ละระดับการดูแล การดูแลที่ร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานแต่ละระดับ การประสานกันเกี่ยวกับข้อมูล การเยี่ยมบ้านร่วมกัน การรายงานผลการดูแลของแต่ละหน่วยการดูแล เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง

การอภิปรายผล

ประสบการณ์ของเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

เด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีประสบการณ์ไม่สบายกาย ทุกข์ใจ ปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และหวังให้มีชีวิตปกติ อาจเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก่อให้เกิดความเครียดจากการเจ็บป่วย การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของเด็กป่วยเรื้อรัง โดยการทบทวนการวิจัยอย่างเป็นระบบจากการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เด็กไม่สบายกายและใจ การเจ็บป่วยรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาการเผชิญความเครียดของเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้งพบว่า เด็กมีความเครียดจากการได้รับเหตุการณ์ที่เจ็บปวด เปื่อหน่ายจากการไม่ได้ทำกิจกรรมต่างๆ พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมที่จะช่วยส่งเสริมการเผชิญความเครียด¹⁶ และสอดคล้องกับการศึกษา

ประสบการณ์ของเด็กที่อยู่โรงพยาบาล พบว่าเด็กมีความกลัวและกังวลที่แยกจากครอบครัว อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย และเจ็บปวดจากการได้รับหัตถการ ชอบพยาบาลที่พูดจาอ่อนโยน มีอารมณ์ขัน และยอมรับความคิดความรู้สึกของเด็ก¹⁷

ประสบการณ์ของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

มารดาของเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความคาดหวังต่อการดูแลที่ได้รับ คือ มีความหวังให้ลูกหายป่วย อยู่ใกล้ชิดลูกเพื่อให้กำลังใจ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของลูก กำลังใจ สิ่งอำนวยความสะดวก และการส่งต่อข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษร การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของมารดาที่ดูแลเด็กที่ป่วยในโรงพยาบาล พบว่ามารดารู้สึกห่วงใย และต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก มีความหวังที่จะให้เด็กหายป่วย และต้องการอยู่ดูแลลูกเพื่อให้กำลังใจ¹⁸ นอกจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กที่โรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่ามารดาต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ต้องการกำลังใจ และความรู้สึกที่ไม่ได้รับการดูแลจากพยาบาล คือ พยาบาลไม่มีเวลาว่างพอที่จะดูแลครอบครัว¹⁹ และการศึกษาความต้องการของครอบครัวระหว่างที่เด็กอยู่โรงพยาบาล มารดาเด็กต้องการที่จะดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดเพื่อให้เด็กปลอดภัย และเป็นสื่อกลางให้เด็กได้รับการดูแลที่ปลอดภัย²⁰

ประสบการณ์และความคาดหวังของพยาบาลที่หน่วยปฐมภูมิและตติยภูมิในการดูแลต่อเนื่องเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ประสบการณ์และความคาดหวังของพยาบาลพบดังนี้ คือ การเตรียมผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล การส่งต่อข้อมูลให้ดูแลต่อเนื่อง การทำงานร่วมกัน

และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วม การมีผู้จัดการส่งต่อ และการมีนโยบายสนับสนุน ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Foust²¹ ที่พบว่าพยาบาลที่วางแผนจำหน่าย การมีประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยติดตามอาการ สอนผู้ป่วยในระหว่างปฏิบัติการพยาบาล และทบทวนด้วยเอกสารในวันที่จำหน่าย การบันทึกส่วนใหญ่บันทึกขณะอยู่โรงพยาบาล แบบบันทึกที่ส่งให้ดูแลต่อที่บ้านไม่มีข้อมูลการสอนและวางแผนจำหน่าย

รูปแบบการดูแลต่อเนื่อง

รูปแบบการดูแลต่อเนื่องของเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การดูแลที่โรงพยาบาล ประกอบด้วย การตอบสนองความต้องการของเด็กและครอบครัว การให้มารดามีส่วนร่วม การสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัว การเตรียมก่อนกลับบ้าน ระยะที่ 2 การส่งต่อการดูแล ประกอบด้วย การมีจัดการส่งต่อ การส่งต่อข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษร ระยะที่ 3 การดูแลที่บ้าน ประกอบด้วย การให้ครอบครัวมีส่วนร่วม และการทำงานร่วมกันในแต่ละระดับการดูแล เมื่อพิจารณาบทบาทพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พยาบาลมีบทบาทในการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วย การค้นหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การสื่อสารข้อมูลในทีมสหสาขา การประสานงานในระยะเปลี่ยนผ่าน การสอนทักษะการดูแลแก่ผู้ป่วย การให้ครอบครัวมีส่วนร่วม²² รูปแบบการดูแลต่อเนื่องของเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับความหมายของการดูแลต่อเนื่องที่ประกอบด้วย การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการบริการสุขภาพที่บ้าน สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่ตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัวในการดูแลเด็ก

การตอบสนองความต้องการของเด็กและการสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัว²³

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลที่ดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังควรนำผลการวิจัยประสบการณ์เด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและครอบครัวมาเป็นแนวทางในการดูแลเด็กเพื่อตอบสนองความต้องการเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและครอบครัว
2. ควรทดสอบรูปแบบการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังด้วยการวิจัยเชิงทดลอง
3. ผู้บริหารควรพัฒนาระบบบริการเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและครอบครัวให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณแผนงานพัฒนาสถาบันการศึกษาให้เป็นผู้สนับสนุนในการสร้างเสริมสุขภาพที่ให้การสนับสนุนทุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. Knaf K, Santacroce, S. Chronic conditions and the family In Jackson AP, editors. **Primary care of the child with a chronic condition**. St Louis: Mosby; 2004. p. 44-59.
2. หน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. เอกสารบันทึกสถิติเด็กที่ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและโรคมะเร็ง.
3. Wallander J, Varny J. Effects of pediatric chronic physical disorders on child and family adjustment. **J Child Psychol Psychiatry** 1998; 39: 29-46.
4. สุดใจ สมบัติการ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรัง. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
5. Knaf KA, Gillis CL. Families and chronic illness: A synthesis of current research. **J Fam Nurs** 2002; 8(3): 178-98.
6. ศุภชัย นวลสุทธิ. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลภายในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2542
7. ชาญวิทย์ ทรัพย์ และคณะ. โครงสร้าง รูปแบบและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุข. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถาบันวิจัยสาธารณสุข; 2549.
8. Lundblad B, Byrne MW, Hellstrom A. Continuing care needs of children at time of discharge from one regional medical center in Sweden. **J Pediatr Nurs** 2001; 16(1):73-8.
9. Snowdon AW, Kane DJ. Parental needs following the discharge of a hospitalized child. **Pediatr Nurs** 1995; 21(5): 425-8.
10. ลีนิภา ลีนิมมธรรม. ผลของการพยาบาลที่เน้นการเตรียมจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนด โดยใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลทารกของมารดา. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
11. มลวิภา เลียงสุวรรณ. ผลของการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมนต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแล. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
12. สุสิพร ยิ้มสุขไพฑูรย์. ผลของการใช้แผนการจำหน่ายทารกโรคอุจจาระร่วงที่เน้นการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาลและพฤติกรรมการดูแลทารกที่บ้านของผู้ดูแล. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.

รูปแบบการดูแลต่อเนื่องในเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

13. โสมนัส นาคนวล และนางลักษณ์ ไทยกุล. การปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์** 2547; 24(2): 107-120.
14. Sparbel KJH. & Anderson MA. Integrated literature review of continuity of care part I, Conceptual issues. **J Nurs Scholar** 2003; 32(1): 17-24.
15. Venning, A. Elliott, J. Wilson, A. & Kettler, L. Understanding young peoples' experience of chronic illness: a systematic review. **Int J Evid Based Healthc** 2008; 6: 321-336.
16. Boyd JR. & Hunsberger M. Chronically ill children coping with hospitalizations : Their perceptions and suggested intervention. **J Pediatr Nurs** 1998;13(6) : 330-42.
17. Coyne I. Children experiences of hospitalization. **J Child Health Care** 2006; 10(4): 326-36.
18. Dudley SK. Carr JM. Vigilance: The experience of parents staying at the bedside of hospitalized children. **J Pediatr Nurs** 2004; 19(4): 267-75.
19. Ygge BM. & Ametz JE. A study of parental involvement in pediatric hospital care: Implications for clinical practice. **J Pediatr Nurs** 2004; 19(3): 217-23.
20. Hallstrom I, Runesson I, Elander G. Observed parental needs during their child's hospitalization. **J Pediatr Nurs** 2002; 17(2): 140-8.
21. Foust JB. Discharge planning as part of daily nursing practice. **Appl Nurs Res** 2007; 20(2): 72-7.
22. Rorden JW, Taff E. Discharge planning guide for Nurses. Philadelphia: W.B. Saunders ;1990.
23. Shelton TL, Stepanek JS. Excerpts from family-centered care for children needing special health and developmental services. **Pediatr Nurs** 1995; 21(4): 362-4.

Model of Continuing Care for Chronically Ill Children

Tassanee Attharos D.N.S*

Churai Arpaichiratana MEd.*

Abstract : The main objective of this qualitative research was to study methods of on-going care for chronically ill children. The research participants consisted of 7 chronically ill children, 10 mothers of chronically ill children, 10 hospital nurses and 16 primary care staffers. The data were collected from focus group and in-depth interviews, and were analyzed based on the content analysis method.

The major findings of the research are as follows. The methods of continuing care for chronically ill children were divided into 3 stages. The first stage was hospitalization, consisting of 4 tasks, namely, 1) responding to the needs of the chronically ill child and those of his/her family, 2) involving the patient's mother's participation, 3) strengthening the patient's family and 4) doing pre-discharge preparation. The second stage was care transfer, consisting of 2 tasks, namely, 1) appointing a transfer staffer and 2) documenting the transfer. The third stage was home-care, consisting of 2 tasks, namely, 1) involving the patient's family's participation and 2) continuing collaboration at every level of home-care.

The findings could be applied to the development of continuing care methods for chronically ill children. Besides, this study could serve as a basis on which further methods of continuing care for chronically ill children would be researched and experimented.

Thai Journal of Nursing Council 2011; 26 (special issue) 112-125

Key words: Continuing care, Chronically ill children, Care model

*Assistant Professor, Department of Pediatric and Gynecology Nursing, The Thai Red Cross College of nursing

ผลของกลุ่มจิตสัมพันธ์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้นำนักศึกษาพยาบาล

วรรณภา คงสุริยะนาวิณ ศษ.ด.*

เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ Ph.D.**

บทคัดย่อ : การวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมสุขภาพจิตของกลุ่มผู้นำนักศึกษาพยาบาลโดยใช้กลุ่มจิตสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้นำนักศึกษาพยาบาล ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 37 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกส่วนบุคคล และแบบประเมินสุขภาพจิตของคนไทย ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยมีความเที่ยงตรงสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการทดสอบความแตกต่างของคะแนนปัญหาสุขภาพจิตก่อนและหลังการร่วมกิจกรรมด้วย pair t-test ที่ระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัยพบว่า ผู้นำนักศึกษาพยาบาล มีระดับสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ปกติ คะแนนปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมหลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจิตสัมพันธ์ของผู้นำนักศึกษาพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คะแนนรายด้านเกี่ยวกับปัญหาอาการทางกาย อาการซึมเศร้า อาการทางจิต และปัญหาการปรับตัวด้านสังคม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้คือ ควรให้นักศึกษาพยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มจิตสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและช่วยให้สามารถปรับตัวกับการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตได้ดียิ่งขึ้น

วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26 (ฉบับพิเศษ) 126-139

คำสำคัญ : กิจกรรมกลุ่มจิตสัมพันธ์, การส่งเสริมสุขภาพจิต, ผู้นำนักศึกษาพยาบาล

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนให้มีความสมบูรณ์ทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณนั้น จิตใจถือเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะเป็นภูมิคุ้มกันต่อการปรับตัวในสถานการณ์ต่างๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางสุขภาพมีส่วนสำคัญต่อการให้บริการและการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนโดยรวมให้มีความสมบูรณ์ทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ จึงเป็นความสำคัญสำหรับการจัดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ในการเตรียมนักศึกษาพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมโดยการเน้นการส่งเสริมสุขภาพ¹ นักศึกษาต้องมีความพร้อมในการปรับตัวให้เข้ากับการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขและมีสุขภาพจิตและร่างกายที่สมบูรณ์

การจัดการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ นักศึกษาต้องเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยเฉพาะการเรียนในภาคปฏิบัติต้องฝึกทักษะการพยาบาลกับชีวิตของมนุษย์ การปฏิบัติพยาบาลจึงต้องมีความระมัดระวังรอบคอบ มีความรู้และสามารถประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติการพยาบาลได้ ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความเครียดมากที่สุด^{2,3,4,5} ความเครียดที่เกิดขึ้นกับนักศึกษาหากเป็นไปอย่างต่อเนื่องเรื้อรัง อาจก่อให้เกิดผลทางลบโดยแสดงอาการทางกาย (somatic disease) ปัญหาสุขภาพจิต (mental health disorders) และความรู้สึกเหนื่อยล้าได้ (feelings of exhaustion)^{5,6} ซึ่งหากขาดการช่วยเหลือแล้วอาจทำให้นักศึกษาพยาบาลส่วนหนึ่งมีโอกาที่จะยุติการศึกษาหรือศึกษาไม่สำเร็จ^{7,8} จากการศึกษาติดตามนักศึกษาในระยะยาวของเฮ็ดเวิร์ดและคณะ⁹ พบว่านักศึกษา

พยาบาลปี 3 เทอมแรก มีความเครียดสูงกว่าปีอื่นๆ และก่อนจบการศึกษาจะมีระดับความมั่นใจในตนเองต่ำที่สุด

การศึกษาของวรรณา คงสุริยะนาวิณ¹⁰ พบว่านักศึกษาพยาบาลมีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและบุคลากรในทีมสุขภาพ หากมีภาวะสุขภาพจิตที่ผิดปกติ จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้นการเฝ้าระวังและการให้ความช่วยเหลือนักศึกษาจำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่มีส่วนช่วยในการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา คือ กลุ่มนักศึกษาด้วยกันเองเนื่องจากกลุ่มวัยรุ่นจะใช้เวลามากกับเพื่อนมาก การพักในหอพักนักศึกษาพยาบาลมีกิจกรรม การเรียนรู้ ฝึกปฏิบัติงาน และหาประสบการณ์ร่วมกันตลอดเวลา 4 ปีของหลักสูตรฯ คณะพยาบาลศาสตร์ได้มีการจัดตั้งกลุ่มผู้นำนักศึกษาพยาบาล โดยได้รับการพัฒนาให้เป็นผู้ดูแลเพื่อนที่ดูแลช่วยเหลือกลุ่มนักศึกษาโดยประสานงานและร่วมกิจกรรมต่างๆ ของคณะฯ และมหาวิทยาลัย รวมทั้งพัฒนานักศึกษาด้วยกัน ดังนั้นกลุ่มผู้นำนักศึกษาจึงมีความสัมพันธ์กับนักศึกษาอย่างใกล้ชิด จึงเหมาะสมในการช่วยเฝ้าระวังและการให้ความช่วยเหลือเมื่อเพื่อนนักศึกษาเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต

ผู้นำนักศึกษาควรมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี มีสภาพร่างกายและจิตใจพร้อมในการทำงาน การจัดกิจกรรมต่างๆ และมีความสามารถในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้นำนักศึกษาพยาบาลจึงมีความสำคัญ เมื่อผู้นำนักศึกษาพยาบาลมีสุขภาพจิตที่ดีจะทำให้มีศักยภาพภาพในการเป็นผู้นำ ร่วมสร้างสรรค์กิจกรรมเพื่อพัฒนาเพื่อนนักศึกษาด้วยกันให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

การเรียนรู้สู่ความสำเร็จในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มจิตสัมพันธ์ (encounter group)^{11,12} เป็นกิจกรรมที่ได้รับการยอมรับว่ามีประโยชน์ในการลดภาวะเครียด¹³ นอกจากนี้ กิจกรรมกลุ่มจิตสัมพันธ์ยังช่วยในการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง^{14,15} เพิ่มคุณภาพในการสื่อสารระหว่างบุคคล¹⁶ และเพิ่มการยอมรับในตนเอง¹⁷

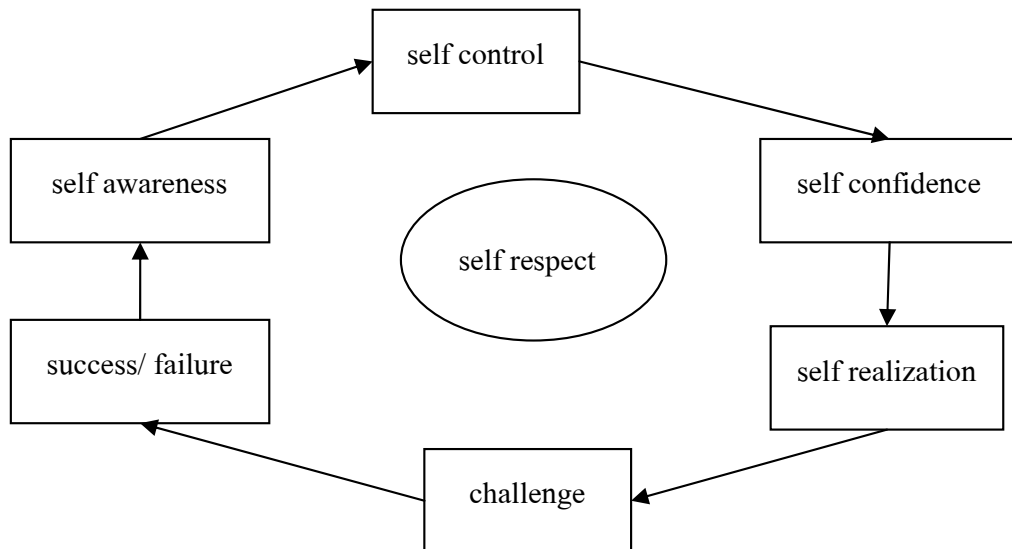
อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่มีการศึกษาผลของกลุ่มจิตสัมพันธ์ในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้นำนักศึกษาพยาบาล แต่จากแนวคิดของ Mohr¹⁸ กล่าวว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะทำให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีวิธีการเผชิญความเครียด และแก้ปัญหาได้เหมาะสม แสดงถึงการมีสุขภาพจิตดี และแนวคิดของ Rogers¹¹ สนับสนุนว่ากลุ่มจิตสัมพันธ์มีผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น ดังนั้น กิจกรรมกลุ่มจิตสัมพันธ์น่าจะส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้นำนักศึกษาพยาบาลได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของกิจกรรมกลุ่มจิตสัมพันธ์ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของกลุ่มผู้นำนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดของการวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ เป็นการประยุกต์ทฤษฎีกลุ่มจิตสัมพันธ์ของโรเจอร์¹¹ ที่มีการประยุกต์ใช้โดยดิกซอน^{12,19} ดิกซอนอธิบายว่า กลุ่มจิตสัมพันธ์ทำให้เกิดความตระหนักในตนเอง (self awareness) เมื่อบุคคลได้รับความไว้วางใจ บุคคลจะสามารถพัฒนาตนเอง มีศักยภาพที่จะควบคุมและ กำหนดวิถีชีวิตของตนเอง เพิ่มความสามารถควบคุมตนเอง (self control) ในการใช้ศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มที่ให้เห็นคุณค่าในตนเอง (self confidence/ self esteem) รู้ศักยภาพของตนเอง ทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้ สามารถรับความท้าทาย (challenge) ทั้งความสำเร็จหรือความล้มเหลว (success/ failure) ทำให้เกิดผลสุดท้ายคือ การเคารพในตนเอง (self respect) ซึ่งทั้งหมดนี้จะทำให้บุคคลเป็นผู้มีสุขภาพจิตดี^{11,20} กิจกรรมจิตสัมพันธ์จึงเป็นกระบวนการหนึ่ง ที่ช่วยในการส่งเสริมสุขภาพจิต ทำให้บุคคลนั้นๆ มีความฉลาดทางอารมณ์ (emotional intelligence) ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเป็นผู้นำ²¹ และสามารถนำไปพัฒนาทั้งตนเองและผู้อื่นต่อไปได้



รูป 1 The Leadership Trust's leadership self-development model¹²

กิจกรรมกลุ่มจิตสัมพันธ์ ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีขั้นตอน ดังนี้

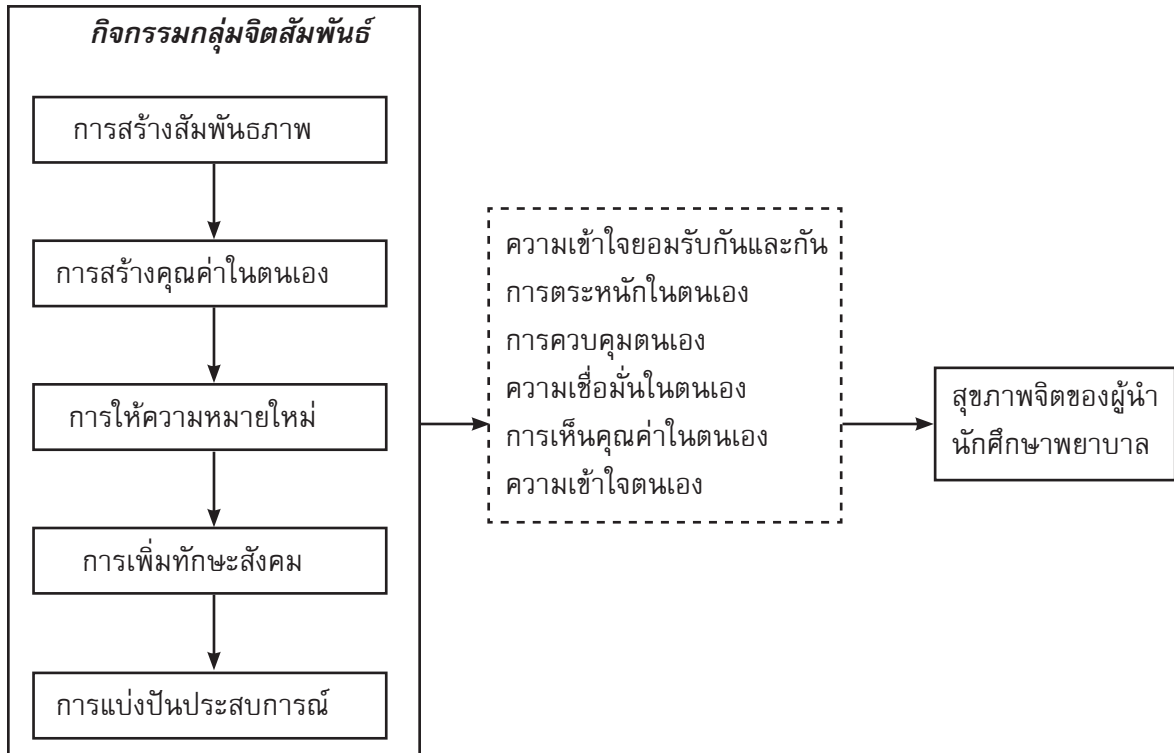
1. การสร้างสัมพันธภาพ ให้มีความไว้วางใจ ยอมรับซึ่งกันและกัน การปรับตัวเข้ากับบุคคล เกิดความตระหนักในตนเอง สามารถควบคุมตนเอง และเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง

2. การสร้างคุณค่าในตนเอง การให้กำลังใจ การยอมรับความสามารถ (reinforcement) เป็นขั้นตอนที่ทำให้ผู้นำนักศึกษา มีความเชื่อมั่นในตนเอง หรือคุณค่าในตนเอง (self confidence/ self esteem)

3. การให้ความหมายใหม่ (Psychoanalytical re-enactment) ทำให้กล้าเปิดเผยความต้องการของตนเอง และให้โอกาสแก่ตนเองและผู้อื่นเพื่อการปรับตัว การรู้จักให้อภัย

4. เพิ่มทักษะสังคม (Acquisition of social skills) ทำให้รู้จักควบคุมตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และเกิดผลสุดท้ายคือ มีความยอมรับนับถือในตนเองและผู้อื่น รู้จักศักยภาพของตนเอง ในการเป็นผู้นำ สามารถดึงศักยภาพในตัวเองมาใช้ในการแก้ปัญหา การปรับตัวกับความเครียด และการพัฒนาทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น

5. การแบ่งปันประสบการณ์ เพิ่มความตระหนักรู้ในตนเองและเข้าใจผู้อื่น กล้าแสดงออกในกลุ่ม ช่วยกันวิเคราะห์ปัญหา เสนอความคิดเห็นและแนวทางการแก้ไข เรียนรู้ในการประเมินผลงานและแนวทางการพัฒนา ทำให้ความสามารถพัฒนาตนเองให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นๆ ได้ดี ทำให้มีสุขภาพจิตดี



รูปที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนปัญหาสุขภาพจิตของผู้นำนักศึกษาพยาบาลภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจิตสัมพันธ์ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pre and post test study) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้นำนักศึกษาพยาบาล ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ทุกชั้นปี จำนวน 62 คน การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 37 ราย ที่ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาผู้นำนักศึกษาพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา ภูมิลำเนา ปัญหาสุขภาพกาย
2. แบบประเมินปัญหาสุขภาพจิต เป็นแบบวัดสุขภาพจิตในคนไทย สร้างโดย สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน และคณะ²² ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM IV ที่มีประสิทธิภาพในเชิงโครงสร้างอำนาจการจำแนกระหว่างคนปกติ และกลุ่มผู้มีปัญหาทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ความเที่ยงตรงสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับ 0.84 มีความตรงเชิงโครงสร้าง สามารถแยกความผิดปกติได้ครอบคลุม 5 ด้าน

2.1) กลุ่มอาการทางกายเนื่องจากความผิดปกติทางจิต (Somatic) มีจำนวน 10 ข้อ เป็นการประเมินอาการทางกายหรือความทุกข์อันเกิดจากการรับรู้ถึงผิดปกติของร่างกาย เช่นปวดศีรษะหรือตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.94

2.2) กลุ่มอาการซึมเศร้า (Depression) มีจำนวน 20 ข้อ เป็นการประเมินความรู้สึก เบื่อหน่าย ท้อแท้ ลึกลับ หวัง ไม่เห็นคุณค่าของตนเอง ไม่มีความสุข ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.82

2.3) กลุ่มอาการวิตกกังวล (Anxiety) มีจำนวน 15 ข้อ เป็นการประเมินความตื่นเต้นตกใจง่าย หงุดหงิด กระวนกระวาย ประหม่า การกลัวโดยไม่ทราบสาเหตุ อาการเครียดที่มีอาการทางกายร่วมด้วย ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.84

2.4) กลุ่มอาการทางจิต (Psychotic) มีจำนวน 10 ข้อ เป็นการประเมินความผิดปกติเนื่องจากการรับรู้มีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติ มีความคิดหรือเชื่อในสิ่งที่ไม่เป็นความจริง ไตยีนเสียโดยไม่เห็นตัวตน ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.87

2.5) การปรับตัวทางสังคม (Social function) มีจำนวน 15 ข้อ เป็นการประเมินการแสดงพฤติกรรมที่มีปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม กลัวการเข้าสังคมที่มีคนมากๆ ลำบากใจที่จะสนทนาหรือรับฟังผู้อื่น ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.85

การตอบแบบสอบถาม ให้ผู้ตอบสำรวจอาการ/ความรู้สึกในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาว่าอยู่ในระดับใด คำตอบจะแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่มี หมายถึงไม่เคยมีอาการเลย เล็กน้อย หมายถึง เคยมีอาการประมาณ 1-2 ครั้ง ปานกลาง หมายถึง เคยมีอาการ ประมาณ สัปดาห์ละครั้ง ค่อนข้างมาก หมายถึง เคยมีอาการหลาย ๆ ครั้งใน 1 สัปดาห์ และมาก หมายถึง เคยมีอาการบ่อยมาก เกือบทุกวัน

การแปลความหมายของคะแนน โดยรวมคะแนนแต่ละกลุ่มอาการแล้วหารด้วยจำนวนข้อคำถาม นำค่าคะแนนที่ได้ในแต่ละกลุ่มไปเทียบกับค่า T-Score ของคนปกติ ซึ่งอยู่ในคะแนน T-Score ที่ 65 และปรับเป็นค่าเฉลี่ย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา แบบวัดสุขภาพจิตชุดนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา จากนั้นจึงทำการปรับปรุงแบบตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. ความเชื่อมั่น นำเครื่องมือนี้ไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา = 0.945

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการวิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม การตอบและส่งกลับแบบสอบถามเป็นการแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม การตอบแบบสอบถามจะเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยเมื่อไรก็ได้โดยจะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติจากรองคณบดีฝ่ายกิจการนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขอความร่วมมือการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการดังนี้

ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยที่มีความเชี่ยวชาญด้านการทำกิจกรรมจิตสัมพันธ์เป็นผู้นำกลุ่ม โดยมี

ประสบการณ์ในการทำงานกลุ่มประมาณ 10 ปี มีการประชุมและวางแผนในการจัดกิจกรรมกลุ่มจิตสัมพันธ์ และมีการประชุมก่อน และหลังการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อการปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้เหมาะสมทุกครั้ง

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ หลังจากนั้น ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมิน

ระยะที่ 2 การดำเนินกิจกรรมกลุ่มจิตสัมพันธ์เป็นเวลา 1 วันครึ่ง ประกอบด้วย กิจกรรมต่อไปนี้

1. กิจกรรม “มหัศจรรย์แห่งชีวิต” (เวลา 2 ชั่วโมง) โดยให้สมาชิกทำความรู้จักกันในกลุ่มเกิดบรรยากาศที่เป็นกันเอง สร้างความคุ้นเคยและความสนุกสนาน เป้าหมายเพื่อให้เกิดความไว้วางใจกล้าแสดงออกเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง กิจกรรม “การเลือกเสื้อผ้า” ให้เปรียบเทียบความชอบและความไม่ชอบว่าเหมือนหรือต่างกันอย่างไร กิจกรรมนี้มีเป้าหมายให้รับรู้ว่ามีแตกต่างระหว่างบุคคล ยอมรับซึ่งกันและกัน เข้าใจและตระหนักรู้ในตนเอง

2. กิจกรรม “คุณภาพแห่งจิตใจ” (เวลา 3 ชั่วโมง) โดยให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการบรรยายความต้องการที่จะให้บุคคลอื่นปฏิบัติต่อตัวเองอย่างไร ทำอย่างไรที่จะได้รับในสิ่งที่ต้องการจากผู้อื่น และเกิดความรู้สึกอย่างไร เป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดความเข้าใจความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ การจะได้รับความต้องการจากผู้อื่นจะต้องให้สิ่งนั้นกับผู้อื่นก่อน และความรู้สึกที่ได้ให้กับผู้อื่นจะทำให้ ผู้ให้เกิดความภาคภูมิใจ เกิดความสุขเห็นคุณค่าในตนเอง

3. กิจกรรม “มองต่างมุม” (เวลา 1 ชั่วโมง) โดยการให้มองจุดดำบนผ้าขาว ผู้วิจัยพูดชักจูงและกระตุ้นทางอารมณ์ให้นักศึกษามองเห็นในความคิดของผู้อื่นที่มีอยู่มากมายเหมือนผ้าขาว แต่ขอบบพร่องที่มีเล็กน้อยเหมือนจุดดำที่สามารถมองข้ามได้ ให้โอกาสผู้อื่นได้พัฒนาจุดบพร่องนั้น ไม่ตัดสินใจตำหนิผู้อื่นจากจุดบพร่องเล็กน้อย จุดบพร่องสามารถพัฒนาได้เป็นการให้โอกาสกับตนเองและบุคคลอื่นในการปรับตัวเข้าหากัน อย่างมองแต่ความผิดพลาดเล็กน้อย ควรมีการให้อภัย ไม่ซ้ำเติมกัน กิจกรรมนี้มีเป้าหมายให้นักศึกษาให้โอกาสตนเองในการพัฒนาและสามารถปรับตัวให้อยู่ด้วยกันกับผู้อื่น รู้จักการให้อภัย

4. การเพิ่มทักษะสังคม 4.1) กิจกรรม “Hand dancing” (เวลา 1 ชั่วโมง) ให้กลุ่มตัวอย่างจับคู่ประกบมือในระยะห่างกัน โดยคนหนึ่งเป็นผู้นำเคลื่อนมือในทิศทางต่างๆ และให้ผู้ตามพยายามเคลื่อนมือตาม แล้วจึงสลับบทบาทกัน เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้นักศึกษาเข้าใจเรื่องการให้และการรับ บทบาทการเป็นผู้นำและผู้ตาม ผู้นำต้องเข้าใจความเครียดของผู้ตามที่ตามผู้นำไม่ทัน ผู้นำต้องสนใจให้ความช่วยเหลือ มีความเห็นอกเห็นใจกัน การทำงานต้องมีการปรับตัวเข้าหากันเพื่อให้งานประสบความสำเร็จ 4.2) กิจกรรม “เขาเล่าว่า” (เวลา 4 ชั่วโมง) ให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันวางแผนและแสดงกิจกรรมสันทนาการในช่วงอาหารค่ำ เป็นกิจกรรมช่วยการปรับตัวในการอยู่ร่วมกัน การยอมรับความสามารถและความแตกต่างของบุคคล การร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาโดยใช้ศักยภาพของบุคคลที่มีอยู่อย่างเต็มที่ มีความจริงใจและเสียสละ มีเป้าหมายให้นักศึกษารู้จักควบคุมตนเอง รู้จักแก้ปัญหาและปรับตัวกับความเครียด

5. กิจกรรม “การแบ่งปันประสบการณ์” (เวลา 3 ชั่วโมง) โดยให้กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มย่อย เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้สึก อารมณ์ ทัศนคติ ประสบการณ์ และความคาดหวังระหว่างการอยู่ร่วมกัน รวมทั้งร่วมกันเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการอยู่ร่วมกัน กิจกรรมนี้มีเป้าหมายให้นักศึกษาเข้าใจความเหมือนและความต่างของความรู้สึกในการอยู่ร่วมกัน สามารถวิเคราะห์ปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น ช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหามีการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เข้าใจตระหนักรู้ตนเองและผู้อื่น

ระยะที่ 3 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม และส่งคืนให้ผู้วิจัยภายใน 2 วันหลังสิ้นสุดกิจกรรม เพื่อให้เวลาในการคิดทบทวนความรู้สึกและประเมินปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นจริงภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจิตสัมพันธ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ของ

ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน ปัญหาสุขภาพจิต โดยรวมและรายด้าน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้่นักศึกษาพยาบาล จำนวน 62 คน จากแบบสอบถามที่ได้รับกลับ ทั้งหมด 55 ฉบับ มีแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ มีเพียง 37 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 59.68 กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 37 คน มีอายุระหว่าง 18-32 ปี อายุเฉลี่ย 20 ปี (SD = 2.24) ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด มีเกรดเฉลี่ยประมาณ 2.9 (range 2.1 -3.7) มีสุขภาพกายแข็งแรง มีเพียง 3 คนที่มีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ไมเกรน ภูมิแพ้ และใช้หวัด กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคะแนนปัญหาสุขภาพจิต โดยรวมทั้งก่อนและหลังการร่วมกิจกรรมจิตสัมพันธ์ อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนปัญหาสุขภาพจิตระหว่างเกณฑ์ปกติ และกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (n = 37)

ปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม/ รายด้าน	ค่าปกติ	กลุ่มตัวอย่าง			
		ก่อน		หลัง	
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
โดยรวม	0.10-1.30	0.612	0.31	0.474	0.26
รายด้าน					
-อาการทางกาย	0.10-1.30	0.71	0.49	0.49	0.38
-อาการซึมเศร้า	0.20-1.37	0.40	0.36	0.29	0.26
-ความวิตกกังวล	0.11-1.38	0.79	0.41	0.69	0.40
-อาการทางจิต	0.24-1.35	0.38	0.37	0.27	0.29
-การปรับตัวทางสังคม	0.26-2.52	0.80	0.43	0.63	0.39

การเปรียบเทียบคะแนนปัญหาสุขภาพจิตก่อนและหลังการร่วมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ตาราง 2) สำหรับการวิเคราะห์รายด้านพบว่า ปัญหาสุขภาพจิตด้านการรับรู้ปัญหาอาการทางกาย อาการซึมเศร้า การปรับตัวทางสังคมและอาการ

ทางจิต ของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าลดลงจากคะแนนก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ยกเว้นปัญหาสุขภาพจิตด้านการรับรู้อาการวิตกกังวล พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนปัญหาสุขภาพจิตระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (n=37)

ปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม/ รายด้าน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Pair t-test	P-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม	0.613	1.55	0.474	1.29	4.06	.000***
ปัญหาสุขภาพจิตรายด้าน						
อาการทางกาย	0.71	0.49	0.49	0.38	4.05	.000***
อาการซึมเศร้า	0.40	0.36	0.29	0.26	2.10	.04 *
ความวิตกกังวล	0.79	0.41	0.69	0.40	1.62	.115
อาการทางจิต	0.38	0.37	0.27	0.29	2.44	.02 *
การปรับตัวทางสังคม	0.80	0.43	0.63	0.39	2.80	.008 **

*p < .05; **p < .01; ***p < .0001

การอภิปรายผล

คะแนนปัญหาสุขภาพจิตก่อนเข้าร่วมกิจกรรมจิตสัมพันธ์ สูงกว่า คะแนนปัญหาสุขภาพจิตหลังการเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตาราง 2) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานงานวิจัย แสดงให้เห็นว่า กลุ่มจิตสัมพันธ์มีผลในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้นำนักศึกษาพยาบาลโดยรวมให้ดีขึ้น ทั้งนี้สามารถอธิบายตามแนวคิดของโรเจอร์¹¹ และดิกซอน¹² กิจกรรมกลุ่มจิตสัมพันธ์ทั้งหมดทำให้ผู้นำนักศึกษาเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถตั้งศักยภาพในตัวเองมาใช้ในการแก้ปัญหา เป็นการสร้างให้เห็นคุณค่าในตนเอง การเรียนรู้ความสำคัญของตนเองที่มีต่อเพื่อนและสังคม ช่วยให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น มีความไว้วางใจ เข้าใจซึ่งกันและกัน ทำให้กล้าเปิดเผยตัวเอง ช่วยให้บุคคลได้สำรวจค้นหาตนเอง เผชิญปัญหาที่

เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมาและหาแนวทางในการแก้ไข ลดความขัดแย้งภายในจิตใจของตนได้อย่างเหมาะสม ที่จะนำไปสู่สุขภาพจิตที่ดี มีวุฒิภาวะในอารมณ์ ทำให้คะแนนการรับรู้ปัญหาที่อาจเกิดจากอาการทางกาย อาการซึมเศร้า การปรับตัวทางสังคม และอาการทางจิต ลดลงภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งหมายถึงสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของนันทวรรณ เกาจีน และสาระ มุขดี¹⁵ พบว่า กลุ่มจิตสัมพันธ์ ส่งเสริมบรรยากาศของการยอมรับซึ่งกันและกัน ช่วยให้เห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่น และให้การแบ่งปันประสบการณ์ระหว่างสมาชิก และตรงกับการศึกษาของนาตยา วงศ์หลีกภัย¹⁴ กุณฑล ตรียะวรางพันธ์²³ ชรินทร์ว่องวีรยุทธ²⁴ และสุนทรี ชะชาตย์ และคณะ²⁵ ที่พบว่ากลุ่มจิตสัมพันธ์มีผลในการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้

ผลการศึกษายังสนับสนุนการศึกษาของเยาวลักษณ์ กลิ่นหอม และเบญจวรรณ ศรีโยธิน²⁶ ที่ศึกษาผลของกลุ่มพัฒนาต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษา มากกว่าก่อนเข้ากลุ่มพัฒนาต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษากลุ่มทดลองมากกว่านักศึกษากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

กิจกรรมกลุ่มจิตสัมพันธ์ยังมีผลในการพัฒนาทักษะทางสังคมโดย วรรณฯ แซ่เตียว²⁷ ได้ศึกษาผลของกลุ่มจิตสัมพันธ์ตามแนวคิดของโรเจอร์ที่มีต่อคุณภาพในการสื่อสารระหว่างบุคคลของนักศึกษาหอพักของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่าคุณภาพในการสื่อสารของนักศึกษาสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีการร่วมกิจกรรมกลุ่มจิตสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญที่ .05 และจากการศึกษาของ อติศรา วิลาลัย²⁸ ที่ศึกษาผลของกลุ่มจิตสัมพันธ์ต่อการเปิดเผยตนเองของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่าคะแนนการเปิดเผยตนเองของนักศึกษากลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มจิตสัมพันธ์ สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีการร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 และการศึกษาของ วาคนอร์²⁹ พบว่ากิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์มีผลในการพัฒนาความเป็นผู้นำในการดูแล (caring leadership) ของนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากบรรยากาศการดูแล มีการเคารพซึ่งกันและกัน การฟังอย่างตั้งใจ และการให้ความเชื่อมั่นต่อกัน

สรุปผลการวิจัย

ผลลัพธ์ของกลุ่มจิตสัมพันธ์มีผลให้คะแนนปัญหาสุขภาพจิตลดลง ซึ่งหมายถึงภาวะสุขภาพจิตของผู้นำนักศึกษาพยาบาลดีขึ้น

ข้อจำกัดในการวิจัย

กลุ่มผู้นำนักศึกษาที่ศึกษามีเพียงนักศึกษาชั้นปีที่ 1-3 ซึ่งมีจำนวนน้อย ส่วนผู้นำนักศึกษาปีที่ 4 ที่เข้าร่วมการวิจัยมีการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ ดังนั้นผลของการวิจัยจึงอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของนักศึกษาในภาพรวมทั้งหมดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ฝ่ายกิจการนักศึกษาของสถาบันการศึกษาพยาบาล สามารถนำแนวทางของกลุ่มจิตสัมพันธ์ของการวิจัยนี้ไปพัฒนานักศึกษากลุ่มอื่นๆ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิต

2. การนำกิจกรรมกลุ่มจิตสัมพันธ์ไปใช้ควรแบ่งกลุ่มนักศึกษาให้เหมาะสมไม่ใหญ่เกินไปเพื่อให้มีการแบ่งปันประสบการณ์ได้อย่างทั่วถึง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการวิจัยซ้ำโดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นและมีจำนวนนักศึกษาในแต่ละชั้นปีที่ใกล้เคียงกันและควรศึกษาเปรียบเทียบผลต่อสุขภาพจิตในแต่ละชั้นปี

2. ควรมีการติดตามภาวะสุขภาพจิตในระยะยาวของผู้นำนักศึกษาพยาบาลโดยเฉพาะการเลื่อนชั้นปี และการเปลี่ยนผ่านเป็นพยาบาลวิชาชีพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ได้กรุณาอนุญาตให้ใช้แบบวัดสุขภาพจิตในคนไทย และการให้การปรึกษาทางสถิติและข้อเสนอแนะต่างๆ อย่างดีเยี่ยม และขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ประอรณัฐ ตุลยาธร และฝ่ายกิจการนักศึกษาที่ได้กรุณาให้ทุนสนับสนุน

เอกสารอ้างอิง

1. คู่มือการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547.
2. Edwards D, Burnard P. A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. **J Adv Nurs** 2003; 42(2): 169-200.
3. Jones M, Johnson D. Distress, stress and coping in first-year student nurses. **J Adv Nurs** 1997; 26(3): 475-82.
4. Jones M, Johnson D. Reducing distress in first level and student nurses: a review of the applied stress management literature. **J Adv Nurs** 2000; 32(1): 66-74.
5. Beck DL, Srivastara R. Perceived level and sources of stress in baccalaureate nursing students. **J Nurs Educ** 1992; 30, 127-33.
6. Evan W, Kelly B. Pre-registration diploma student nurse stress and coping measures. **Nurse Education Today** 2004; 24(6): 473-82.
7. Deary IJ, Watson R, Hogston R. A longitudinal cohort study of burnout and attrition in nursing students. **J Adv Nurs** 2003; 43(1): 71-81.
8. Lindop E. Individual stress and its relationship to termination of nurse training. **Nurse Education Today** 1989; 9(3): 172-79.
9. Edwards D, Burnard P, Bennett K, Hebden U. A longitudinal study of stress and self-esteem in student nurses. **Nurse Education Today** 2010; 30: 78-84.
10. วรรณา คงสุริยะนาวัน. ผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อการศึกษาศาสนาปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.
11. Rogers CR. **Carl Rogers on encounter groups**. New York: Harper and Row; 1970.
12. Dixon N. In: Rogers G, **Theory and practice of leadership**. CA: Thousand Oaks, SAGE Publications; 2006. p. 268-91.
13. Lees S, Ellis N. The design of a stress-management program for nursing personnel. **J Adv Nurs** 1990; 15(8): 946-61.
14. นาดยา วงศ์หลักภัย. การศึกษาผลของกลุ่มจิตสัมพันธ์ที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.
15. นันทวรรณ เกาจีน และสาระ มุขดี. ผลของกลุ่มจิตสัมพันธ์ที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์. **วารสารเกื้อการุณย์** 2540; 7(1): 22-31.
16. วรรณา แซ่เตียว. ผลของกลุ่มจิตสัมพันธ์ตามแนวโรเจอร์สที่มีต่อการเพิ่มคุณภาพในการสื่อสารระหว่างบุคคลของนักศึกษาหอพัก. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
17. อติศรา วิลาลัย. ผลของกลุ่มจิตสัมพันธ์ต่อการเปิดเผยตนเองของนักศึกษา. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

18. Mohr WK. **Psychiatric-mental health nursing: evidenced-based concepts, skills, and practices.** 7th ed. New York, Lippincott; 2009.
19. Rogers G. **Theory and practice of leadership.** CA: Thousand Oaks, SAGE Publications; 2006.
20. Gazda, G.M. **Basic approaches to group psychotherapy and group counseling,** (2nd.ed.) Springfield, IL: Charles Thomas, 1975.
21. Higgs M. Aitken P. An exploration of the relationship between emotional intelligence and leadership potential. **J Managerial Psyc** 2003; 18: 814-23.
22. สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์ และคณะ. การสร้างเกณฑ์ปกติสำหรับวัดสุขภาพจิตในคนไทย, **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 2542; 44(4): 285-97.
23. กุณฑล ตริยะวารงพันธ์. ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อความท้อถอยของนักศึกษาชั้นปีที่ 4, **วิทยาลัยพยาบาลอุดรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยาแนะแนว มหาวิทยาลัยนเรศวร;** 2536.
24. ชรินทร์ ว่องวิระยุทธ. ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของนักศึกษาปีที่ 1, **คณะพยาบาลศาสตร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต;** 2543.
25. สุนทรี ชะชาตย์ สุพัตรา พุ่มพวง และศศิวิมล วรณทอง. ผลของการจัดกิจกรรมกลุ่มส่งเสริมสุขภาพจิตต่อการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1, **วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี, วารสารการพยาบาลและการศึกษา** 2551; 1(1): 15-26.
26. เยาวลักษณ์ กลิ่นหอม และ เบญจวรรณ ศรีโยธิน. ผลของกลุ่มพัฒนาต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษา. **วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี.** 2542.
27. วรณา แซ่เตียว. ผลของกลุ่มจิตสัมพันธ์ตามแนวโรเจอร์สที่มีต่อการเพิ่มคุณภาพในการสื่อสารระหว่างบุคคลของนักศึกษาหอพัก. **วิทยานิพนธ์จิตวิทยา มหาวิทยาลัย (จิตวิทยาการศึกษา) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,** 2543.
28. อติศรา วิลาชัย. ผลของกลุ่มจิตสัมพันธ์ต่อการเปิดเผยของนักศึกษา. **วิทยานิพนธ์ศิลป ศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาการศึกษา) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,** 2544.
29. Wagner LD. Caring and leadership in female undergraduate nursing students [dissertation]. University of Hartford; 1997.

Effects of the Encounter Group on Mental Health Promotion in Nursing Student Leaders

Wanna Kongsuriyanavin, Ed.D*

Saovaluck Jirathummakoon, RN. Ph.D**

Abstract : This pre-tested and post-tested quasi-experimental single-group research aimed at studying the effects of using the encounter group activities on nursing students' mental health promotion. The sample subjects were 37 nursing students' leaders of the Faculty of Nursing, Mahidol University. The research instruments consisted of a personal recording form and a mental health assessment form for Thai people, both of which had been quality-tested and yielded an alpha coefficient of 0.84. The data were analyzed by comparing the pre-test and post-test mental health scores using the pair t-test method at the significant value of .05.

According to the research, the overall level of the nursing students' leaders' mental health score was in the normal range. The overall mental problem score obtained after the nursing students' leaders' participation in the encounter group decreased by a statistically significant value of .001. The itemized scores relating to physical symptoms, depression, psychological symptoms and social adjustment problems also decreased by a statistically significant value of .05.

The main suggestion based on this research is that every nursing student should be encouraged to participate in the encounter group activities for the purposes of mental health improvement and more effective adjustment to the learning activities of the undergraduate nursing program.

Thai Journal of Nursing Council 2011; 26 (special issue) 126-139

Keywords : Encounter group, Mental health promotion, Nursing student leaders

*Mental Health and Psychiatric Nursing Department, Faculty of Nursing, Mahidol University

**Fundamental Nursing Department, Faculty of Nursing, Mahidol University

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุโครงการ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*

วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ Ph.D (Gerontological Nursing)**

วินัส สีสกุล D.Sc (Nutrition)***

พัสนันท์ คุ่มทวีพร MS (Physiology) ***

วัฒนา พันธุ์ศักดิ์ MS (Pharmacology) ***

บทคัดย่อ: การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้สูงอายุจำนวน 123 คนได้รับการคัดเลือกเข้าศึกษาโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) สถิติที (t-test) และสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพด้านน้ำหนักเกินและอ้วน อ้วนลงพุง และความดันโลหิตสูงร้อยละ 67.5, 46.3 และ 23.6 ตามลำดับ และพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิงและชายไม่แตกต่างกัน ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ ยกเว้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสุขภาพจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.20, p < .05$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ควรมีการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การลดน้ำหนักและลดความดันโลหิต เพื่อลดภาวะเสี่ยงทางสุขภาพให้กับผู้สูงอายุกลุ่มนี้

วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26(ฉบับพิเศษ) 140-153

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ

*ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจาก ซีเอ็ม บี แกรนท์ 80-396

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สภาพการณ์ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2552 มีจำนวนผู้สูงอายุ 7.1 ล้านคน คาดว่าผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นสองเท่าเป็น 14 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 หรือคิดเป็นร้อยละ 11.5 และร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมดตามลำดับ ซึ่งทำให้ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ¹ ในวัยสูงอายุบุคคลจะมีสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ เสื่อมถอยลงตามธรรมชาติ ประกอบกับพฤติกรรม การปฏิบัติตนไม่เหมาะสมตั้งแต่วัยผู้ใหญ่มาอย่างต่อเนื่อง ทำให้วัยสูงอายุมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะ 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ ซึ่งโรคเหล่านี้ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น อัมพาต/อัมพฤกษ์ ไตวายเรื้อรัง ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพามากขึ้น² ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก ยุทธศาสตร์ของการพัฒนาประเทศ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 เน้นการพัฒนาคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้³ เน้นให้ประชาชนมีความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี และป้องกันโรคเรื้อรังเหล่านั้นได้ ดังนั้นการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย

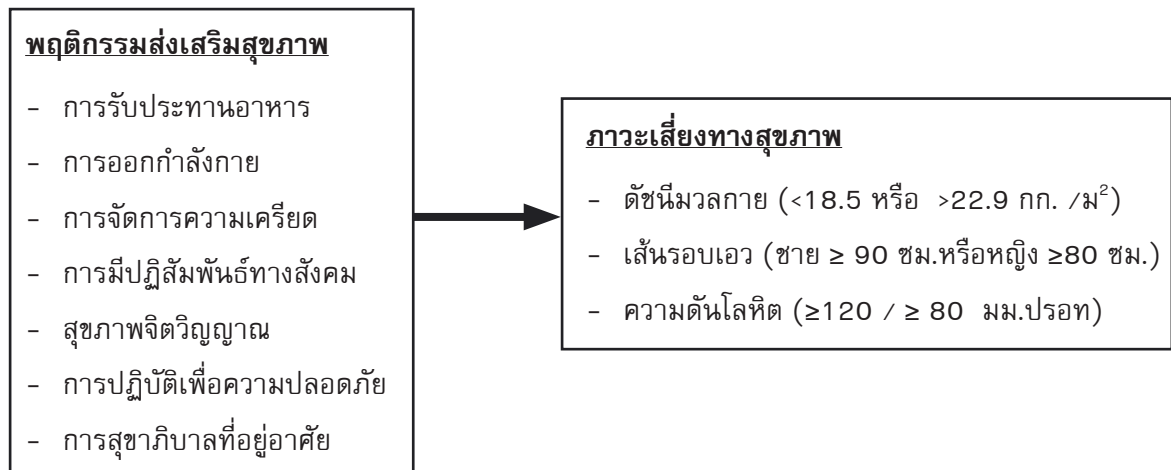
การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอย่างแพร่หลายโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) ซึ่งอธิบายว่า

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลหรือกลุ่มคนกระทำเพื่อเพิ่มระดับความผาสุกโดยมุ่งที่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ การจัดการความเครียด⁴ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุไทยในแต่ละพื้นที่ที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับที่ต่างกัน ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่ผู้สูงอายุต่างจังหวัดมีระดับพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง^{5,6, 7, 8, 9, 10} ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือ เพศ⁴ ปัจจุบันผลการศึกษายังไม่มีความสอดคล้องกัน บางการศึกษาพบว่าเพศชายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศหญิง¹¹ แต่บางการศึกษาพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพศชายและหญิงไม่มีความแตกต่างกัน¹⁰ อย่างไรก็ตามการศึกษาปัจจัยเรื่องเพศจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับความเสี่ยงทางด้านสุขภาพทั้งเพศชายและเพศหญิง และนอกจากนี้ตามแนวคิดของเพนเดอร์ยังเชื่อว่าภาวะสุขภาพของบุคคลเกี่ยวข้องกับ การรักษาสีงแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ⁴ จากการศึกษาของ กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์¹² ซึ่งได้พัฒนาเครื่องมือวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์โดยเพิ่มด้านสิ่งแวดล้อมอีก 2 ด้านคือ พฤติกรรมด้านการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย และการสุขภาพที่อยู่อาศัยให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยและครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการศึกษาของนิวาและสกาพบว่า การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมของบ้านทำให้ผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมมากขึ้น¹³ และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม (physical activity)

**พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล**

ของผู้สูงอายุ¹⁴ แต่การศึกษาด้านพฤติกรรมด้านต่างๆ ดังกล่าวยังมีน้อย จากการทบทวนวรรณกรรมในด้าน ผู้สูงอายุพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ⁹ อย่างไรก็ตาม เป็นเพียงการวัดสุขภาพโดยทั่วไป ยังไม่มีการศึกษา ถึงภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ ซึ่งจะบอกได้ถึงภาวะที่บุคคล เริ่มเข้าสู่ความเสี่ยงซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ หรือโรคเรื้อรังตามมา ปัจจุบัน ผู้สูงอายุมีปัญหา เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้น ซึ่งภาวะนี้ มีความสัมพันธ์กับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง โรคหอบ โรคข้อเสื่อมและ

ภาวะสุขภาพไม่ดี¹⁵ ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง อาจส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบหรือ เกิดความพิการซึ่งจะนำไปสู่ภาวะพึ่งพาได้ ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญของการศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความดันโลหิต ของผู้สูงอายุ เพื่อนำผลการศึกษาค้างนี้ไปส่งเสริม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและป้องกันภาวะเสี่ยง ของโรคเรื้อรังต่างๆ ในผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาแล้วจึง สรุปกรอบแนวคิดในการศึกษาค้างนี้ ดังแผนภูมิที่ 1.



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและ ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในโครงการ ส่งเสริมสุขภาพ

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และภาวะเสี่ยงทางสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุเพศหญิง และเพศชายในโครงการส่งเสริมสุขภาพ

3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในโครงการส่งเสริมสุขภาพ

สมมุติฐานทางการวิจัย

1. ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพแตกต่างกัน

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความดันโลหิตของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) แบบตัดขวาง (Cross-sectional design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุของโครงการส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 410 คน กลุ่มตัวอย่างคือ ตัวแทนของประชากรที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยวิธีการจับสลากจากรายชื่อแบบไม่ใส่คืนและสมัครใจเข้าร่วมวิจัยใช้เกณฑ์คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ของสูตรคิเคอร์¹⁶ ประชากรมีจำนวนหลักร้อยใช้กลุ่มตัวอย่าง 15-30% ประชากรคิดเป็นจำนวน 123 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบไปด้วย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 7 ด้าน คือ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร สร้างขึ้นโดยวินัส ลิ้มพุกและคณะ¹⁷ พฤติกรรมการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สุขภาพจิตวิญญาณ การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย และการสุขภาพที่อยู่อาศัย สร้างขึ้นโดยกำไรรัตน์ เย็นสุจิต¹² จากการศึกษาที่ผ่านมาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's

Alpha Coefficient) มีค่าดังนี้ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร เท่ากับ .70 การออกกำลังกาย เท่ากับ .94 การจัดการความเครียด เท่ากับ .81 การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เท่ากับ .90 สุขภาพจิตวิญญาณ เท่ากับ .88 การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย เท่ากับ .87 และการสุขภาพที่อยู่อาศัย เท่ากับ .92 ตามลำดับ ในการศึกษาครั้งนี้แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยการทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุซึ่งมีคุณลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างทุกประการ จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.72, 0.70, 0.73, 0.85, 0.85, 0.75 และ 0.73 ตามลำดับ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ โดยแต่ละข้อมีช่วงคะแนน 1 ถึง 4 คะแนน ผู้สูงอายุไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเลย คะแนนเท่ากับ 1 และผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสม่ำเสมอ คะแนนเท่ากับ 4 แบบสอบถามทั้งหมดมีจำนวน 59 ข้อแต่ละข้ออยู่ระหว่าง 1-4 เกณฑ์พิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับดี เท่ากับ 3.1-4 ระดับปานกลาง เท่ากับ 2.1-3 และระดับปรับปรุง เท่ากับ 1-2

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพดัชนีมวลของร่างกาย (Body Mass Index: BMI) และเส้นรอบเอวโดยใช้เกณฑ์ของ Western Pacific Region of WHO (WPRO) 2000¹⁸ มีเกณฑ์ของ BMI ดังนี้ ทุพโภชนาการ BMI <18.5 กก/ม² ปกติ BMI อยู่ระหว่าง 18.5 - 22.9 กก/ม² น้ำหนักเกินและอ้วน BMI >22.9 กก/ม² และ มีเกณฑ์ของเส้นรอบเอว ดังนี้ ปกติ ชาย < 90 ซม. หรือ หญิง < 80 ซม. อ้วนลงพุง ≥ ชาย 90 ซม. หรือหญิง ≥ 80 ซม.

ระดับความดันโลหิตทั้งความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure:SBP) และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure:DBP) ใช้เกณฑ์ของ Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC7)¹⁹ มีเกณฑ์ดังนี้ ปกติ SBP <120/DBP <80 ความดันโลหิตเริ่มสูง SBP 120–139/DBP 80–89 ความดันโลหิตสูง SBP ≥140/DBP ≥90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการวิจัยและกั้นกรองการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2/2549 คณะผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจง รายละเอียดของโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจและสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการหรือจะยุติการเข้าร่วมโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการได้รับบริการจากทางโครงการส่งเสริมสุขภาพ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลรวบรวมที่โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหิดล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างบางคนมีปัญหาการอ่านหรือการมองเห็น คณะผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม โดยเริ่มเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที จากนั้นจึงประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เส้นรอบเอว และความดันโลหิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สำหรับข้อมูลทั่วไป แจกแจงความถี่ และคำนวณเป็นอัตราร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ระหว่างสมาชิกเพศหญิงและเพศชาย โดยใช้สถิติที (Independent t-test) เปรียบเทียบภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ ระหว่างสมาชิกเพศหญิงและเพศชาย โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และหาความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78 มีอายุอยู่ในช่วง 51–85 ปี อายุเฉลี่ย 68ปี (SD= 7.56) สภาพสมรสคู่ร้อยละ 77 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือมากกว่าร้อยละ 40 เคยทำงานรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจร้อยละ 70 ค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือนของกลุ่มตัวอย่างพบว่ารายได้เพียงพอกับรายจ่ายร้อยละ 54 รายได้เหลือใช้และมีเก็บร้อยละ 44 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 39 ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 30 โรคเบาหวานร้อยละ 16 โรคหัวใจร้อยละ 11 โรคเข่าเสื่อมร้อยละ 11 และโรคกระดูกพรุนร้อยละ 9

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับดี ยกเว้น พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร

อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.00$, $SD=0.37$) ดังตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพจากดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิตพบว่าภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน อ้วนลงพุง ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 67.5, 46.3 และ 23.6 ตามลำดับ เมื่อจำแนกเพศพบว่าเพศหญิงมีสัดส่วนของภาวะเสี่ยงทางสุขภาพจากภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ภาวะอ้วนลงพุงสูงกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายมีสัดส่วนของภาวะเสี่ยงทางสุขภาพจากความดันโลหิตสูงกว่าเพศหญิง ดังแสดงในตารางที่ 2

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพระหว่างเพศชายและหญิง

กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและหญิงมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านและโดยรวมไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 3 ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิตของเพศชายและหญิงไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

4. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ามีเพียงพฤติกรรมสุขภาพจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัว ($r = -.20$, $p < .05$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง ($n=123$)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
การรับประทานอาหาร	3.00	0.37	ปานกลาง
การออกกำลังกาย	3.23	0.46	ดี
การจัดการความเครียด	3.28	0.46	ดี
การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	3.23	0.47	ดี
สุขภาพจิตวิญญาณ	3.42	0.40	ดี
การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย	3.66	0.46	ดี
การสุขภาพที่อยู่อาศัย	3.68	0.45	ดี
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	3.30	0.30	ดี

**พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล**

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ (n=123)

ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ	ชาย (n=28) จำนวน (ร้อยละ)	หญิง (n=95) จำนวน (ร้อยละ)	รวม (n=123) จำนวน (ร้อยละ)
ดัชนีมวลกาย (กก/ม²)			
ทุพโภชนาการ (<18.5)	4 (14.3)	0 (00.0)	4 (03.3)
ปกติ (18.5 – 22.9)	10 (35.7)	26 (27.4)	36 (29.3)
น้ำหนักเกินและอ้วน (> 22.9)	14 (50.0)	69 (72.6)	83 (67.5)
เส้นรอบเอว (ซม.)			
ปกติ (ชาย < 90 หรือ หญิง < 80 ซม.)	16 (57.1)	50 (52.6)	66 (53.7)
อ้วนลงพุง (≥ ชาย 90 หรือหญิง ≥ 80 ซม.)	12 (42.9)	45 (47.4)	57 (46.3)
ความดันโลหิต (มม.ปรอท)			
ปกติ (<120 /<80)	6 (21.4)	26 (27.4)	32 (26.0)
ความดันโลหิตเริ่มสูง (120 – 139 /80 – 89)	14 (50.0)	48 (50.5)	62 (50.4)
ความดันโลหิตสูง (≥140/ ≥90)	8 (28.6)	21 (22.1)	29 (23.6)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างเพศชายและหญิง (n=123)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ชาย (n=28)		หญิง (n=95)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ						
การรับประทานอาหาร	35.29	4.74	36.26	4.38	-1.02	NS
การออกกำลังกาย	25.79	3.63	25.92	3.66	-.17	NS
การจัดการความเครียด	16.18	2.14	16.47	2.36	-.59	NS
การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	45.61	7.65	45.18	6.18	.30	NS
สุขภาพจิตวิญญาณ	41.21	5.30	41.09	4.67	.12	NS
การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย	18.79	1.60	18.16	2.48	1.50	NS
การสุขภาพที่อยู่อาศัย	14.64	1.68	14.76	1.82	-.33	NS
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	197.50	19.30	197.85	17.87	-.09	NS

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของภาวะเสี่ยงทางสุขภาพระหว่างเพศชายและหญิง (n=123)

ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ	ชาย (n=28) จำนวน (ร้อยละ)	หญิง (n=95) จำนวน (ร้อยละ)	รวม (n=123) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
ดัชนีมวลกาย					
- ปกติ (18.5 – 22.9 กก/ม ²)	10 (35.7)	26 (27.4)	36 (29.3)	0.72	NS
- ภาวะเสี่ยง (<18.5 / > 22.9 กก/ม ²)	18 (64.3)	69 (72.6)	87 (70.7)		
รอบเอว					
- ปกติ (ชาย < 90 หรือ หญิง < 80 ซม.)	16 (57.1)	50 (52.6)	66 (53.7)	0.17	NS
- ภาวะเสี่ยง (≥ชาย 90 หรือ หญิง ≥80 ซม.)	12 (42.9)	45 (47.4)	57 (46.3)		
ความดันโลหิต					
- ปกติ (<120 / <80)	6 (21.4)	26 (27.4)	32 (26.0)	0.09	NS
- ภาวะเสี่ยง (≥120/ ≥80)	22 (78.6)	69 (72.6)	91 (74.0)		

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ			
	ดัชนีมวลกาย	เส้นรอบเอว	ความดันโลหิต	
			ขณะหัวใจ บีบตัว	ขณะหัวใจ คลายตัว
การรับประทานอาหาร	-.11	-.05	.06	-.04
การออกกำลังกาย	.00	.02	-.14	.07
การจัดการความเครียด	.03	.01	-.03	-.15
การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	-.00	.06	.05	-.00
สุขภาพจิตวิญญาณ	-.08	.01	-.06	-.20*
การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย	-.11	-.05	.01	.09
การสุขภาพที่อยู่อาศัย	-.09	-.08	.05	-.03
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	-.07	.02	-.00	-.09

*p < .05

การอภิปรายผล

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี¹⁰ และรายด้านพบว่า การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และสุขภาพจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี สอดคล้องคล้อยกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{5,6,7} อาจเพราะโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลจัดตั้งมานานกว่า 20 ปี สมาชิกเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย รับฟังการบรรยาย ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเอง และสวดมนต์ที่ทางโครงการจัดให้อยู่เป็นประจำ ทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมมากขึ้น หรือเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยสูงอายุได้ผ่านประสบการณ์ชีวิตมามากจึงมี แนวโน้มในการดำเนินชีวิตเชื่อมโยงกับศาสนาและการทำความดี เพื่อให้ชีวิตในบั้นปลายมีความสุข ดังนั้น ผู้สูงอายุมีการทำบุญฝึกสมาธิให้จิตใจสงบ

กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย และสุขภาพที่อยู่อาศัยอยู่ในระดับดี อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งมีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า และฐานะเศรษฐกิจระดับดี ทำให้สามารถปรับสิ่งแวดล้อมภายในและนอกบ้านให้มีความเหมาะสมและปลอดภัย

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่างจังหวัด^{5,6,8} อาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในวัยสูงอายุ เช่น มีปัญหาฟันไม่ดี การรับรสและกลิ่นลดลง ทำให้รับประทานอาหารผักและผลไม้ได้น้อย รับประทานอาหารที่ตนชอบเป็นหลัก ไม่สามารถทำอาหารรับประทานเอง สิ่งเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ด้านการรับประทานอาหาร การศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างทางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม และรายด้านทั้งหมด ซึ่งไม่สนับสนุนสมมุติฐานที่ว่าเพศชายและหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิชา จันทะศิริ¹⁰ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งชายและหญิงมีปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใกล้เคียงกัน ได้แก่ สถานภาพสมรส การศึกษาและรายได้²⁰ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ทำให้ได้รับความรักการดูแลเอาใจใส่และความต้องการทางด้านพื้นฐานจากคู่สมรส กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งมีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปทำให้มีความรู้และมีโอกาสเข้าถึงข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งการเข้าเป็นสมาชิกในโครงการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ได้รับบริการทางด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ด้วยเหตุนี้อาจทำให้ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพจากภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน อ้วนลงพุง เพศหญิงมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย (ตารางที่ 2) ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ.2552 ซึ่งพบว่า เพศหญิงมีภาวะอ้วนลงพุงซึ่งสัมพันธ์กับกลุ่มโรคเมตาบอลิก (metabolic syndrome) มากกว่าเพศชาย²¹ และการศึกษาของแวนโรมเพและคณะ²² ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่และผู้สูงอายุใน Boston Puerto Rican Health Study พบว่าความชุกของภาวะอ้วนและอ้วนลงพุงในเพศหญิง

สูงกว่าเพศชาย ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงทั้งขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง และภาวะความดันโลหิตสูงยังมีความสัมพันธ์กับโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองและโรคเบาหวานสูงกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้พบว่าสัดส่วนของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ภาวะอ้วนลงพุงในเพศหญิงสูงกว่าเพศชายตามเกณฑ์ของ WPRO(2000)¹⁸ ในขณะที่ความดันโลหิตสูงจะพบว่าเพศชายมีสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิงโดยใช้เกณฑ์ของ JNC7¹⁹ (ตารางที่ 2) แต่อย่างไรก็ตาม ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพด้านภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ภาวะอ้วนลงพุงและความดันโลหิตสูงของเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4) จึงไม่สนับสนุนสมมุติฐานที่ว่าเพศชายและเพศหญิงมีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโครงการส่งเสริมสุขภาพจึงได้รับการส่งเสริมสุขภาพเหมือนกัน และอาจเนื่องจากผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและชายมีการเปลี่ยนแปลงของการครองธาตุ (metabolism) ของไขมันต่ำลง มีการสะสมไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น²³ มีการสะสมไขมันรอบเอวเพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้น และมีการลดลงของกล้ามเนื้อแขนและขา²⁴ ทำให้เกิดการอ้วนลงพุง รวมทั้งจากเดิมที่เพศหญิงมีความเสี่ยงจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวต่ำกว่าเพศชายแต่เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้ผู้หญิงมีความเสี่ยงจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวเพิ่มขึ้น²³ ปัจจัยเหล่านี้อาจมีผลทำให้พบว่าภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพของเพศชายและหญิงไม่มีความแตกต่างกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ไม่สัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นงนวล พูลเกษร²⁵ แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของนพวรรณ จินแพทย์ และคณะ²⁶ ที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกาย อาจอธิบายได้ว่า การศึกษามีความแตกต่างด้านกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ การศึกษาของนพวรรณ จินแพทย์ และคณะ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่ แต่การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายมีการครองธาตุที่ช้าลงและไม่ต้องการพลังงานมากเท่ากับวัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุมักจะบอกว่ารับประทานอาหารและการออกกำลังกายไม่ได้เปลี่ยนจากเดิมแต่ยังคงมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น อีกทั้งมีการลดลงของกล้ามเนื้อ และการสะสมไขมันรอบเอวเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนลงพุงในที่สุด^{27,28} การมีน้ำหนักเกินและอ้วนมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นด้วย²⁸ อาจด้วยเหตุนี้จึงไม่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวพฤติกรรมการจัดการความเครียดไม่สัมพันธ์กับดัชนีมวลกายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นงนวล พูลเกษร²⁵ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสุขภาพจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี และมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ($r = -.20, p < .05$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ($r = -.06, p > .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเคทเซอร์ และคณะ²⁹

ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตวิญญาณอยู่ในระดับดีมีความเครียดน้อยในขณะที่ผู้ที่มีสุขภาพจิตวิญญาณอยู่ในระดับไม่ดีมีความเครียดอย่างเรื้อรังจึงมีระดับอะดรีนาลีน (adrenaline) สูงกว่าปกติ³⁰ จะมีผลทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยและการสุขภาพที่อยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความดันโลหิต อาจเนื่องจากแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเป็นส่วนใหญ่ยังขาดสิ่งแวดล้อมภายนอกบ้านซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุ

สรุปผลของการศึกษาครั้งนี้ไม่สนับสนุนสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะการศึกษาภาคตัดขวางเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุเพียงครั้งเดียวทำให้ไม่ทราบแบบแผนหรือความสม่ำเสมอของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านมา³¹ เพราะพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพต้องทำอย่างสม่ำเสมอ หรืออาจมีตัวแปรอื่นๆ นอกเหนือจากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพ เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม หรือพฤติกรรมรับประทานยา เป็นต้น

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยนี้ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน อ้วน และความดันโลหิตสูง จึงควรมีการณรงค์เพื่อลดภาวะเสี่ยงเหล่านี้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีโรคอ้วนและความดันโลหิตสูง เช่น ระดับน้ำตาล และไขมันในเลือด

2. การทำวิจัยในผู้สูงอายุควรใช้แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ครอบคลุมเพิ่มเติม เช่น การชั่งประวัติการบริโภคอาหารใน 24 ชั่วโมง ที่ผ่านแล้วนำมาวิเคราะห์หาพลังงานที่ได้รับ รวมทั้งสัดส่วนของพลังงานจากสารอาหารโดยเฉพาะอาหารประเภทไขมัน

3. ควรมีการศึกษาลงมือของสุขภาพจิตวิญญาณต่อระดับความดันโลหิตเพิ่มเติม เพื่อที่จะนำผลมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมด้านจิตวิญญาณให้แก่ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

4. ควรมีการศึกษาระยะยาว (longitudinal study) เพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552**. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ที คิว พี จำกัด; 2550. หน้า 1-25.
2. มูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550**. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ที คิว พี จำกัด; 2550. หน้า 1-28.
3. กระทรวงสาธารณสุข. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554)**. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2548.
4. Pender NJ . **Health promotion in nursing practice**. 3rd ed. New York: Appleton & Lange; 1996.
5. พจนีย์ ชมิวิชา. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. **วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา** 2546; 5(3): 34-41.
6. สุวิมล กิมปีและคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยผู้ใหญ่ในอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 2547; 22(1): 39-47.

7. ปานทิพย์ ปุณณานนท์, วิภาศิริ นราพงษ์, ทศนีย์ เกริกกุลธร. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทตำบลทับกวาง อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. **วารสารพัฒนาวิทยาลัยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 2549; 7(3): 2-9.
8. ปิ่นเรศ กาศอุดม, ศศิธร แก้วแดง, ธัสมน นามวงษ์. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออก. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า** 2550; 18(1): 25-39.
9. ไพจิตร ล้อสกุลทอง, ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, ศิริรัตน์ ปานอุทัย. **วารสารพัฒนาวิทยาลัยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 2546; 16(2): 3-9.
10. ชลธิชา จันทะศิริ, จิราพร เกษพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์** 2551; 38(1): 21-32.
11. นිරันท์ อิมามิ, สกฤตน์ ประเสริฐผล. **วารสารสุขภาพ** 2548; 28(101): 49-56.
12. กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์. **การพัฒนาเครื่องมือวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุไทย.** (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543. 300 หน้า
13. Niva B, Skar L. A pilot study of the activity patterns of five elderly persons after a housing adaptation. **Occup. Ther. Int** 2006;13(1): 21-34.
14. Elo S, Saarnio R, Isola A. The physical, social and symbolic environment supporting the well-being of home-dwelling elderly people. **Int. J Circumpolar Health** 2011;70(1): 90-100.
15. Mok AH, Ford ES, Bowman BA, Dietz WH, Vinicor VS, Bales VS, et al. Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factor. **JAMA** 2003; 289 (1): 76-9.
16. สุศักดิ์ หลาบมาลา. **วิจัยการศึกษา.** กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาทดสอบและวิจัย คณะวิทยาศาสตร์วิทยาลัยครูบ้านสมเด็จเจ้าพระยา; 2522.
17. วินัส สัพทกุล, อาพร ชวลิตนิกุล, ไพโรจน์ สัพทกุล, สุภาณี พุทธเดชาคุ้ม, นิตยา ภาสุนันท์. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ใหญ่วัยกลางคนในเขตบางกอกน้อย. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 2546; 21(1): 56-67.
18. Anuurud E, Shiwaku K, Nogi A, Kitajima K, Enkhmaa B, Shimono K, et al. The New BMI Criteria for Asians by the Regional Office for the Western Pacific Region of WHO are Suitable for Screening of Overweight to Prevent Metabolic Syndrome in Elder Japanese Worker. **J Occup Health** 2003; 45: 335-43.
19. The joint National Committee. Seventh Report of the joint National Committee on Prevention Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC7). NIH Publication; 2003.
20. สุกัญญา พลุ่ไพ่อีกกลาง. การรับรู้ความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดบุรีรัมย์. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549. 152หน้า
21. ลัดดา เหมาะสุวรรณ, วิชัย เอกพลากร, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า, ภาสุรี แสงศุภวานิช, จิราลักษณ์ นนทาร์ักษ์. **วิเคราะห์เจาะลึก สถานะล่าสุดด้านโภชนาการและสุขภาพของคนไทย.** หนังสือประกอบการประชุมวิชาการโภชนาการแห่งชาติ ครั้งที่ 4 การขับเคลื่อนงานโภชนาการเพื่อคุณภาพชีวิต 13-15 กันยายน 2553(หน้า 25-28). กรุงเทพมหานคร: สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.

**พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล**

22. Van Rompay MI, Castaneda-Sceppa C, McKeown NM, Ordovas JM, Tucker KL. Prevalence of cardiovascular disease risk factors among older Puerto Rican adults living in Massachusetts. **J Immigrant Minority Health** [DOI 10.1007/S10903-011-9448-7]. 2011 Feb [cite 2011 Feb 15]: [about 9 p.]. Available from:<http://www.springerlink.com/content/8h274620361v6761/fulltext.pdf>
23. Copstead LE, Banasik LJ. **Pathophysiology**. 4th ed. St Louis: Saunders; 2010: 976-78.
24. Keller C, Fleury J. **Health Promotion for the elderly**. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000.
25. นงนวล พลุเกสร. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ จังหวัดกำแพงเพชร**. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545. 129 หน้า
26. นพวรรณ จิณแพทย์, สุปรียา ตันสกุล, นිරิตน์ อีมานี, มณีนรัตน์ อีระวิวัฒน์. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. **วารสารสุขภาพศึกษา** 2551; 31(110): 31-41.
27. Anderson MA. **Caring for older adults holistically**. 4th ed. Philadelphia: FA Davis; 2007: 75.
28. Hughes VA, Roubenoff R, Wood M, Frontera W, Evan WJ, Singh MA. Anthropometric assessment of 10-y changes in body composition in the elderly. **Am J Clin Nutr** 2004;80: 475-82.
29. Kretzer K, Davis J, Easa D, Johnson J, Harrigan R. Self identity through Ho'oponopono as adjunctive therapy for hypertension management. **Ethn Dis**. 2007 Autumn;17(4): 624-8.
30. Fredericks C.M. and Saladin L.K. **Pathophysiology of the Mortor System Principle and Clinical Presentations**. Philadelphia F.A. Davis Comp., 1996: 535-536, 541-71.
31. LoBiondo-Wood G, Haber J. **Nursing research: Methods and critical appraisal for evidence-based practice**. 7thed. New York: Mosby; 2010 : 202.

Health Promoting Behaviors and Health Risks of the Elderly in the Health Promotion Center at Faculty of Nursing, Mahidol University*

Virapun Wirojratana Ph.D (Gerontological Nursing)**

Venus Leelahakul D.Sc (Nutrition)***

Patsamon Khumtaveeporn MS (Physiology)***

Watthana Punsakd MS (Pharmacology)***

Abstract: This research aimed primarily to study the health-promoting behavior and health risks of elderly people in the Elderly Health Promotion Project conducted by the Faculty of Nursing, Mahidol University. A total of 123 elderly people were selected for this research by means of simple random sampling. The data were collected through the subjects' answers to the health-promoting behavior and health-risk assessment questionnaires, designed to acquire data relating to the body mass index, waistline and blood pressure. The data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, t-test and Pearson's product moment correlation coefficient.

The principal research findings are as follows. Firstly, the level of overall health-promoting behavior amongst the sample subjects was high, whereas the food consumption aspect of their health-promoting behavior was at a moderate level. Secondly, in terms of health risks, 67.5 percent of the sample subjects were faced with overweight or obesity, 46.3 percent with abdominuousness and 23.6 percent with high blood pressure, respectively. Thirdly, there was no significant difference between male and female elderly people in terms of their health-promoting behavior and health risks. Finally, no relationship could be established between health-promoting behavior and health risks; the only exception to this finding was the health-promoting behavior for spiritual health, which showed a negative relationship with the diastolic pressure at a statistically significant level of $r = .20$, $p < .05$.

The research findings indicated that attempts to reduce health risks in the elderly people in this group should include programs emphasizing dietary adjustment, weight loss and blood pressure lowering.

Thai Journal of Nursing Council 2011; 26(special issue) 140–153

Keywords: Health-promoting behavior, Health risks, Elderly people

*This study was funded by C.M.B. Number 80-396

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University

แบบส่งบทความ /งานวิจัย
เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสภาการพยาบาล

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ชื่อ.....นามสกุล

ตำแหน่ง

สถานที่ปฏิบัติงาน

ขอส่งบทความ / รายงานวิจัยเรื่อง

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก

โทรศัพท์..... โทรสาร มือถือ.....

ลงชื่อ

(.....)

สำหรับผลงานของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาต้องผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาและลายมือชื่อ
กำกับตามแบบฟอร์มท้ายนี้

ข้าพเจ้า.....

เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาของ

หลักสูตร สาขาวิชา.....

สถาบันการศึกษา

ได้ตรวจผลงานวิจัยดังกล่าวแล้ว.

ลงชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ การส่งบทความ / รายงานวิจัยเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารสภาการพยาบาลกรุณาปฏิบัติตามคำแนะนำ
ในการเตรียมต้นฉบับรายละเอียดในวารสารสภาการพยาบาล ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นไป โดยส่งเอกสารรายงานวิจัย
2 ฉบับ และแผ่น CD บันทึกไฟล์ข้อมูล ส่งถึงบรรณาธิการวารสารสภาการพยาบาลตามที่อยู่ข้างล่างนี้

เรียน รศ.ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา
บรรณาธิการวารสารสภาการพยาบาล
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
333 หมู่ 1 ต.ท่าสุต อ.เมือง จ.เชียงราย 57100

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารสภาการพยาบาล ขอเรียนเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งบทความวิชาการหรือรายงานการวิจัยเพื่อพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสภาการพยาบาลทั้งนี้บทความหรือรายงานการวิจัยที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อนหรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นข้อความและข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หรือของวารสารฯ และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด

อนึ่งผู้ที่มีความประสงค์จะตีพิมพ์บทความหรืองานวิจัยในวารสารสภาการพยาบาลนี้จะต้องเป็นสมาชิกของวารสารสภาการพยาบาลจึงจะได้รับการตีพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด วินโดวส์ ใช้ตัวอักษร Angsana UPC ขนาด 16 point และใช้กระดาษพิมพ์ขนาด เอ 4 เว้นห่างจากขอบ 1 นิ้วโดยรอบ ความยาวของรายงานการวิจัยไม่ควรเกิน 12 หน้า ส่วนบทความวิชาการไม่ควรเกิน 10 หน้า (ไม่รวมเอกสารอ้างอิง) ในหนึ่งหน้ามีความยาวประมาณ 27 บรรทัด การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษ ในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ
2. ชื่อเรื่อง พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งคุณวุฒิอยู่ใต้ชื่อเรื่องเยื้องไปทางขวามือ โดยทั้งชื่อเรื่องและชื่อผู้เขียนต้องมีภาษาอังกฤษกำกับ ส่วนตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียนและระบุสถานะของรายงานการวิจัยกรณีเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถในหน้าแรกทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
3. ทั้งบทความทางวิชาการและรายงานการวิจัยต้องมีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวนไม่เกิน 300 คำ) พร้อมทั้งคำสำคัญ (key words) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
4. การลำดับหัวข้อในการเขียนรายงานเพื่อการตีพิมพ์ ให้เรียงหัวข้อตามลำดับดังนี้
 - 4.1 รายงานการวิจัย
 - 4.1.1 บทคัดย่อภาษาไทย
 - 4.1.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
 - 4.1.3 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
 - 4.1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย
 - 4.1.5 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
 - 4.1.6 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
 - 4.1.7 วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

หมายเหตุ : งานของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่ส่งมาตีพิมพ์จะต้องมีลายเซ็นอาจารย์ที่ปรึกษาให้กรับรองว่าได้ตรวจผลงานของนักศึกษาแล้ว ตามแบบฟอร์มแนบท้ายวารสารสภาการพยาบาล

- 4.1.8 ผลการวิจัย
- 4.1.9 การอภิปรายผล
- 4.1.10 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้
- 4.1.11 เอกสารอ้างอิง
- 4.2 บทควมวิชาการ
 - 4.2.1 บทคัดย่อภาษาไทย
 - 4.2.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
 - 4.2.3 เนื้อหา
 - บทนำ
 - เนื้อเรื่อง
 - บทสรุป
 - 4.2.4 เอกสารอ้างอิง
- 4.3 การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ
 - 4.3.1 บทคัดย่อภาษาไทย
 - 4.3.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
 - 4.3.3 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
 - 4.3.4 วัตถุประสงค์ของการทบทวนวรรณกรรม
 - 4.3.5 การสืบค้นวรรณกรรม
 - 4.3.6 การประเมินคุณภาพของวรรณกรรม
 - 4.3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล
 - 4.3.8 การนำเสนอผล
 - 4.3.9 การนำเสนอข้อจำกัดของการศึกษา
 - 4.3.10 ข้อเสนอแนะในการนำผลไปใช้
 - 4.3.11 เอกสารอ้างอิง
- 4.4 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล
 - 4.4.1 บทคัดย่อภาษาไทย
 - 4.4.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
 - 4.4.3 ความสำคัญของปัญหา
 - 4.4.4 เป้าหมายของการสร้างแนวปฏิบัติ
 - 4.4.5 ความเข้มงวดในการสร้างแนวปฏิบัติ

- การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์
- วิธีการที่ใช้ในการสร้าง
- คุณภาพของหลักฐาน
- แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น

4.4.6 ข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

4.4.7 ข้อจำกัดในการสร้างแนวปฏิบัติ

4.4.8 เอกสารอ้างอิง

5. จำนวนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ หรือรายงานการวิจัย ไม่ควรเกิน 20 เรื่อง

6. ถ้ามีตารางหรือแผนภูมิ ควรพิมพ์แยกตารางละ 1 แผ่นและให้ระบุ ในเนื้อเรื่องด้วยว่าจะใส่ตารางหรือแผนภูมิไว้ที่ใด

7. ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพลายเส้นให้เขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษอาร์ตเส้นขนาดพองาม ถ้าเป็นภาพถ่ายให้ใช้ขนาดโปสการ์ด เขียนหมายเลขลำดับภาพ และลูกศรแสดงด้านบนและด้านล่างของภาพด้วยดินสอที่หลังภาพ เบา ๆ ทั้งภาพประกอบเรื่องและตารางต้องแยกไว้ต่างหาก แต่ในเนื้อเรื่องต้องบอกว่าจะใส่รูปไว้ที่ใด

การเขียนเอกสารอ้างอิง

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามระบบเวนคูเวอร์ โปรดสังเกตชนิดของตัวอักษร เครื่องหมายวรรคตอน และช่องไฟ ของตัวอย่างต่าง ๆ ที่แสดงต่อไปนี้

1. การอ้างอิงจากวารสาร

1.1 การอ้างอิงจากวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป

รูปแบบพื้นฐาน

นามสกุลของผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อย่อของวารสาร ปี-เดือน-วัน วันที่พิมพ์ ; ลำดับปี (volume) : เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้ายของเรื่อง.

ตัวอย่าง

1. Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation in associated with an increase risk for pancreaticobiliary disease. **Ann Intern Med** 1996; 124(11): 980-3.

1.2 กรณีมีผู้เขียนเกิน 6 คน ให้ใส่รายชื่อของผู้เขียน 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

2. Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Lvanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chemobyl : 5 year follow up. **Br J Cancer** 1996;76: 1006-12.

โปรดสังเกต

1. ชื่อของเรื่องจะใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นอักษรตัวแรก และชื่อเฉพาะ
2. ชื่อวารสารจะเป็นชื่อย่อ โดยต้องเป็นไปตามที่กำหนดไว้ใน Index Medicus ซึ่งจะหาดูได้ตามห้องสมุดใหญ่ทั่วไป เช่น ตามโรงเรียนแพทย์ หรือค้นดูจาก Internet เว็บไซต์ของ National Library of Medicine ที่ <http://www.nlm.nih.gov> และไม่มีการใช้เครื่องหมายวรรคตอนกับชื่อย่อของวารสาร

3. ระหว่างชื่อย่อวารสารกับปีที่พิมพ์ไม่มีเครื่องหมายวรรคตอนใด ๆ คั่นอยู่
4. เครื่องหมายวรรคตอนที่ใช้แสดง ประกอบด้วย
 - , ใช้คั่นระหว่างชื่อผู้เขียน
 - . ใช้หลังคำย่อชื่อผู้เขียนคนสุดท้ายหรือหลังคำว่า et al หลังชื่อเรื่องและท้ายสุดของประโยค
 - ; คั่นระหว่างปี ค.ศ.ที่พิมพ์กับ volume ของหนังสือโดยไม่มีช่องว่างคั่นหน้าหรือหลังเครื่องหมาย
 - : ใช้คั่นระหว่าง volume กับเลขหน้า โดยไม่มีช่องว่างคั่นหน้าหรือหลังเครื่องหมาย
 - ใช้คั่นระหว่างเลขหน้าแรกกับหน้าสุดท้ายของเรื่องที่นำมาอ้างอิง และไม่มีช่องว่างคั่นหน้า หรือหลังเครื่องหมาย
5. ตัวเลขหน้า ใช้ตัวเต็มสำหรับหน้าแรก และตัวย่อสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 980-3 แทนที่จะเป็น 980-983 หรือเป็น 788-93 แทนที่จะเป็น 788-793

1.3 กรณีผู้เขียนเป็นหน่วยงาน

ตัวอย่าง

3. The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. **Med J Aust** 1996; 164: 282-4.

1.4 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้เขียน

ตัวอย่าง

4. Cancer in South Africa [editorial]. **S Africa Med J** 1994; 84: 15.

1.5 กรณีที่เป็นฉบับเสริม

ตัวอย่าง

5. Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. **Environ Health Perspect** 1994; 102 Suppl 1: 275-82.

1.6 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นฉบับย่อย (issue) ที่มีฉบับเสริม (supplement)

ตัวอย่าง

6. Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Womens psychological reactions to breast cancer. **Semin Oncol** 1996; 23(1 Suppl 2): 88-97.

1.7 กรณีเอกสารอ้างอิงที่เป็น volume ซึ่งแบ่งเป็นตอน ๆ

ตัวอย่าง

7. Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. **Ann Clin Biochem** 1995;32(Pt 3): 303-6. (กรณีนี้ถ้าเป็นภาษาไทยก็คงใช้ในวงเล็บว่า (ตอนที่ 3))

1.8 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นฉบับย่อย ซึ่งแบ่งเป็นตอน ๆ

ตัวอย่าง

8. Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. **N Z Med J** 1994;107 (986 Pt 1): 377-8.

1.9 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นฉบับย่อย แต่ไม่มี volume

ตัวอย่าง

9. Turan I, Wredmark T, Fellander-Tsai L. Arthroscopic ankle **arthrdesis** in rheumatoid arthritis. **Clin Orthop** 1995; (320): 110-4.

1.10 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นบทความในวารสารที่ไม่แบ่งย่อยเป็นทั้ง volume หรือ issue

ตัวอย่าง

10. Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. **Curr Opin Gen Surg** 1993: 325-33.

1.11 กรณีเอกสารอ้างอิงที่มีเลขหน้าเป็นอักษรโรมัน

ตัวอย่าง

11. Fisher GA, Sikic BI. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. **Hematol Oncol Clin North Am** 1995 Apr; 9(2): xi-xii.

1.12 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นคอลัมน์เฉพาะ ซึ่งไม่จัดเป็นนิพนธ์ต้นฉบับ อาจแสดงชนิดของเอกสารได้ตามความจำเป็น ภายในเครื่องหมาย [] เช่น เป็นบทบรรณาธิการ จุดหมาย หรือบทคัดย่อ:

ตัวอย่าง

12. Enzensberger W. Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [letter]. **Lancet** 1996; 347:1337.

ตัวอย่าง

13. Clement J, De Bock R. Hematological complications of hantavirus nephropathy (HVN) [abstract]. **Kidney Int** 1992;42:1285.

2. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือ

2.1 หนังสือที่มีผู้เขียนเป็นส่วนตัว

ตัวอย่าง

14. Ringsven MK, Bond D. **Gerontology and leadership skills for nurses**. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

ตัวอย่าง

15. Norman IJ, Redfern SJ, editors. **Mental health care for elderly people**. New York: Churchill Livingstone; 1996.

2.2 หนังสือที่มีผู้เขียนเป็นหน่วยงานและเป็นผู้พิมพ์

ตัวอย่าง

16. Institute of Medicine (US). **Looking at the future of the Medicaid program**. Washington: The Institute; 1992.

2.3 เอกสารอ้างอิงเป็นบทหนึ่งในหนังสือ

ตัวอย่าง

17. Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. **Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management**. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465–78.

2.4 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม (Conference proceeding)

ตัวอย่าง

18. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. **Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology**; 1995 Oct 15–19; Kyoto, Japan, Amsterdam:Elsevier; 1996.

2.5 เอกสารสรุปผลการประชุม (Conference paper)

ตัวอย่าง

19. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics, In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. **MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics**; 1992 Sep 6–10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561–5.

2.6 เอกสารอ้างอิงที่เป็นรายงานทางวิชาการ (Scientific or technical report)

2.6.1 เอกสารที่จัดพิมพ์โดยหน่วยงานที่จัดทำรายงาน

ตัวอย่าง

20. Smith P, Golladay K. **Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays**. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections; 1994 Oct. Report No: HHSIGOE169200860.

2.6.2 เอกสารที่จัดพิมพ์โดยหน่วยงานที่จัดทำรายงาน

ตัวอย่าง

21. Field MJ, Tranquada RE, Feasley JC, editors. **Health services research: work force and educational issues**. Washington: National Academy Press; 1995. Contract No.: AHCPR282942008. sponsored by the Agency for Health Care Policy and Research.

2.7 เอกสารอ้างอิงเป็นบทวิทยานิพนธ์

ตัวอย่าง

22. Kaplan SJ. **Post-hospital home health care: the elderly access and utilization** [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

3. เอกสารอ้างอิงในรูปแบบอื่น

3.1 เอกสารอ้างอิงเป็นบทความในหนังสือพิมพ์

ตัวอย่าง

23. Lee G. **Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually.** The Washington Post 1996 Jun 21; Sect.A: 3 (col. 5).

3.2 เอกสารอ้างอิงสื่อโสตทัศน์

ตัวอย่าง

24. **HIV+/AIDS: the facts and the future** [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-year Book; 1995.

3.3 เอกสารอ้างอิงเป็นพจนานุกรมต่าง ๆ

ตัวอย่าง

25. Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.
Apraxia; p. 119-20.

4. เอกสารอ้างอิงที่ยังไม่มีการตีพิมพ์

4.1 เอกสารอ้างอิงเป็นหนังสือที่รอการตีพิมพ์

ตัวอย่าง

26. Leshner AI, Molecular mechanisms of cocaine addiction. **N Eng J Med.** In press 1996.

5. การอ้างอิงจากสื่อหรือวัสดุอิเล็กทรอนิกส์

5.1 วารสารในรูปอิเล็กทรอนิกส์

รูปแบบพื้นฐาน

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร [ประเภทของวัสดุ] ปี เดือน [ปี เดือน วัน ที่อ้างอิง]; volume (issue): [จำนวน screens], ที่มา: address ของแหล่งสารสนเทศ

ตัวอย่าง

27. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. **Emerg Infect Dis** [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 June 5]; 1(1):[24 screens]. Available from:
URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

5.2 Monograph ในรูปอิเล็กทรอนิกส์

ตัวอย่าง

28. CDI, clinical dermatology illustrated[monograph on CD-Rom]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0 San Diego: CMEA; 1995.

5.3 สิ่งอ้างอิงที่เป็น Computer file

ตัวอย่าง

29. Hemodynamics ill: the ups and downs of hemodynamic [computer program]. Version 2.2 Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

6. สิ่งอ้างอิงที่เป็นภาษาไทย

การเขียนแบบอ้างอิงเช่นเดียวกับต่างประเทศยกเว้นจะเริ่มที่ ชื่อผู้เขียนและตามด้วยนามสกุล

ตัวอย่างภาษาไทย

.....Tension headache การปวดศีรษะเกิดจากความเครียด ปวดทั่วๆ ไป หน้าผาก ต้นคออาจปวดไปถึงหัวไหล่ และระหว่างสะบักสองข้าง ทั้งนี้เป็นเพราะกล้ามเนื้อหดเกร็ง¹

1. สมพร บุษราทิจ. การรักษาโรคประสาทด้วยยา. วารสารผู้สูงอายุ 2548; 8(1): 7-11.
2. ยุคลธร สุภิมารส. การดูแลเบาหวานที่เท้า. วารสารสภาการพยาบาล 2549; 21(2): 5-16.
3. สุภารัตน์ คงบุญ, ชมชื่น สมประเสริฐ, สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล 2549; 21-(2): 63-72



Subscription Form

Pacific Rim International Journal of Nursing Research

Date _____

☐ Yes! Start my subscription to
Pacific Rim International Journal of Nursing
Research with the Current issue.

Subscription rate per 1 year

Domestic

☐

฿400 Institution /

individual

☐

฿300 TNC member

Name

Institution.....

Address.....

Country.....

City/State/Zip.....

Telephone :.....

E-mail :.....

Outside Thailand ☐ \$ 50

☐ Transfer to Krung Thai Bank account
via Teller Payment by filling banking
payment with **Company Code** of
Thailand Nursing and Midwifery
Council: **MDSTNC**.

Send this form to:

The Editors of **Pacific Rim International Journal
of Nursing Reserach**

Thailand Nursing and Midwifery Council
Nagarindrasri Building, c/o Ministry of Public
Health, Tiwanon Rd., Amphur Muang,
Nonthaburi 11000
Thailand.

☐ Current Account No. 142-6-00456-7
Krung Thai Bank Public Company
Limited
Ministry of Public Health Branch

SWIFT code : KRTHTHBK
(Outside Thailand)



ใบสมัครสมาชิการวารสารของสภาการพยาบาล

① ประเภทบุคคล(นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล เลขที่สมาชิก.....

② ประเภทหน่วยงาน / บริษัท เลขที่สมาชิก.....

มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิการวารสาร ของสภาการพยาบาลดังนี้

☐ วารสารสภาการพยาบาล Thai Journal of Nursing Council

เป็นวารสารเผยแพร่บทความวิชาการและผลงานวิจัยทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์

ออกปีละ 4 ฉบับ ฉบับ ① มค. – มีค., ฉบับ ② เมษ. – มิย., ฉบับ ③ กค. – กย., ฉบับ ④ ตค. – ธค.

สมัครเป็นสมาชิกมีกำหนด ปี เริ่มตั้งแต่ฉบับที่ ปี ถึงฉบับที่ ปี

อัตราค่าสมาชิก (ราคาปรับใหม่เริ่มใช้ 1 มกราคม 2551)

- | | |
|---|------------------|
| ☐ 1 ปี | 220 บาท |
| ☐ 3 ปี | 600 บาท |
| ☐ ราคาจำหน่ายปลีกเล่มละ 60 บาท | จำนวน เล่ม |

☐ วารสาร Pacific Rim International Journal of Nursing Research

เป็นวารสารนานาชาติที่เผยแพร่ผลงานวิจัยทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นภาษาอังกฤษในระดับนานาชาติ

ออกปีละ 4 ฉบับ ฉบับ ① มค. – มีค., ฉบับ ② เมษ. – มิย., ฉบับ ③ กค. – กย., ฉบับ ④ ตค. – ธค.

สมัครเป็นสมาชิกมีกำหนด ปี เริ่มตั้งแต่ฉบับที่ ปี ถึงฉบับที่ ปี

- | | |
|---------------------|---|
| อัตราค่าสมาชิก 1 ปี | ☐ ประเภทหน่วยงาน / บุคคลทั่วไป 400 บาท |
| | ☐ ประเภทสมาชิกสภาการพยาบาล 300 บาท |
| | ☐ ประเภทสมาชิกต่างประเทศ 50 US \$ |
| | ☐ ราคาจำหน่ายปลีกเล่มละ 100 บาท จำนวน เล่ม |

ข้าพเจ้าได้ส่งเงินค่าสมาชิกจำนวน.....บาท (.....) มาชำระพร้อมนี้แล้วโดย

- ☐ เงินสด (เฉพาะที่ชำระเงินสดด้วยตนเองที่สภาการพยาบาล)
- ☐ ธนาคารดี ตั้งจ่ายเลขาธิการสภาการพยาบาล ปณ.นนทบุรี
- ☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ผ่านระบบ Teller Payment โดยกรอกรายการใบแจ้งการชำระเงินทางธนาคารระบุ **Company Code** ของสภาการพยาบาล **MDSTNC** แจ้ง ชื่อ / สกุล เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาลหรือ ชื่อหน่วยงานพร้อมการชำระเงินกับธนาคาร และจัดส่ง Slip การชำระเงินที่ธนาคารออกให้มาพร้อมใบส่งข้อนี้

ขอให้สภาการพยาบาลจัดส่งวารสารให้ข้าพเจ้าตามที่อยู่ดังนี้ กรุณาเขียนตัวบรรจง

ชื่อ นามสกุล

บ้านเลขที่ หมู่ ถนน

ตำบล อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....

e-mail โทรศัพท์มือถือ.....

ส่งใบสมัครสมาชิการวารสารได้โดยตรง หรือส่งทางไปรษณีย์ที่ สำนักงานสภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 Download ใบสมัครสมาชิการวารสาร และใบส่งชื่อหนังสือของสภาการพยาบาล
และ แบบกรอกรายการทางธนาคาร ได้ที่ เว็บไซต์ www.tnc.or.th โทรศัพท์ 02-580-5311 โทรสาร 02-589-7121

