

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อความรู้
ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา

The Effectiveness of Self-Efficacy Promoting Program on Knowledge,
Attitudes and Practices of Caring for Elderly Dependents
by Village Health Volunteers, Chun District, Phayao Province

ประกายมาศ ดอกหอม* ป.พย. (พยาบาลศาสตร์)

Pragaymad Donkhom* Dip in N.EQU BN. (Nursing)

ทิพวัลย์ ไชยวงศ์** พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติ
ชุมชน)

Tippawan Chaiwong** M.N.S. (Community Nurse
Practitioner)

สันทวัช ไชยวงศ์*** ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)

Sanhawatt Chaiwong*** Dr.P.H. (Public Health)

* โรงพยาบาลจุน จังหวัดพะเยา Jun Hospital, Phayao Province

** โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา Dok Khum Tai Hospital, Phayao Province

*** สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ School of Public Health, Walailuk University

Received: Nov 15, 2021

Revised: Mar 8, 2022

Accepted: May 6, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 50 คน ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 30 พฤศจิกายน 2562 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ paired t-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.00 อายุระหว่าง 46–59 ปี ร้อยละ 70.00 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 38.00 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 68.00 ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการจัดโปรแกรมพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) และคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการทดลองโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยนี้สามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวทางสำหรับจัดกิจกรรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการรับรู้ทัศนคติแห่งตน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้, ทัศนคติ, การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ, อาสาสมัครสาธารณสุข, ผู้สูงอายุ

ABSTRACT

The purpose of this one group pretest-posttest design aimed to investigate the effect of a self-efficacy program on village health volunteers' knowledge, attitudes, and practices related to elderly care in Chun District, Phayao Province. The study population was sampled 50 village health volunteers by the method of purposive sampling technique. The data was gathered between April 1st and November 30th, 2019. The research tools composed of a self-efficacy program and questionnaires designed for collecting data of knowledge, attitudes, and practices in caring for elderly dependents. Analyses of the data were performed descriptive statistics including means, standard deviations, frequencies, percentages, and paired t-tests. Results of the study revealed that females constituted the preponderant portion of 88.00%, with a median age-range of 45 to 59 years 70.0 %, finished high schooling 38.0, and occupational engaged in agriculture 68.0%. When compared the means of variables between before and after the intervention, it was discovered that the total mean scores of knowledge and practices increased significantly (p -value<0.05). However, the total mean of attitude scores increased consequently after the experiment but did not differ by the test. Thus, the findings from this study can serve as a guide for the programs aimed to increase community awareness for the elderly care.

Key words: Knowledge, Attitude, Elderly care, Village health volunteers, Elderly

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราเกิดที่ลดลง และผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ในรอบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมาประชากรโลกมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2018 มีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 990 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด ตามการคาดประมาณของสหประชาชาติ ในปี ค.ศ. 2030 ประชากรสูงอายุจะสูงถึง 2.1 ล้านคน (World Health Organization, 2015) ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัญหาสุขภาพที่พบใน

กลุ่มผู้สูงอายุไทย ได้แก่ โรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคซึมเศร้า ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการดูแลโดยเจ้าหน้าที่ระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาล และโดยคนในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ซึ่งในสภาพปัจจุบันคนในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้จะขาดผู้ดูแล (สุดา คำสุชาติ, 2560)

อำเภोजุน จังหวัดพะเยา มีประชากรสูงอายุ จำนวน 9,142 คน ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

และเบาหวาน เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 327 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2561) และจากการดูแลที่ผ่านมาพบปัญหาคือ ผู้ป่วยไม่มีญาติคอยดูแล ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้ ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงเป็นหัวใจสำคัญในการปฏิบัติหน้าที่เป็นตัวแทนของหน่วยบริการในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนยังมีน้อย ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยของการไม่ได้รับการอบรมหรือเพิ่มพูนความรู้ การไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการดำเนินงาน การไม่ได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ขาดทักษะและความสามารถในการทำงาน (มินตรา สารรักษ์, 2553) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยตรง คือ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ซึ่งหากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับการพัฒนาตนเองก็จะทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนได้ (ภาวิณี พรหมบุตร และคณะ, 2558)

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดของ Bandura (1997) ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินกระทำพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดความคิด ความรู้สึก จูงใจให้บุคคลกระทำในระดับหนึ่ง การรับรู้ความสามารถ สามารถพัฒนาได้จาก 4 แหล่ง

คือ การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่สำเร็จด้วยตนเอง การเรียนรู้จากการใช้ตัวแบบ การชักจูงด้วยวาจา และการกระตุ้นทางอารมณ์ ซึ่งจะสามารถช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตน และได้ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งทำให้เกิดการเรียนรู้บทบาทหน้าที่ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ชัดเจนขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติกรดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอจุน จังหวัดพะเยา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบศึกษาหนึ่งกลุ่มวัดประสิทธิผลของโปรแกรมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) โดยเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติกรดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนเมษายน-พฤศจิกายน 2562 รวมระยะเวลาการศึกษา 8 เดือน

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอจุน จังหวัดพะเยา จำนวน 130 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอจุน จังหวัดพะเยา จำนวน 50 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งคำนวณ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.50 หลังจากนั้นนำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามตารางที่พัฒนาขึ้นตามหลักการของ Cohen (1988) ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 50 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 1 ปี สามารถพูด ฟัง และการติดต่อสื่อสาร อ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ สมครใจและให้ความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในความรับผิดชอบ เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามโปรแกรมการวิจัย และผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลเสียชีวิตหรืออนิจกรรมในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย คือ โปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน ดัดแปลงมาจาก โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตน ของปิยนุช ภิญโย และคณะ (2558) โดยมีเนื้อหาสอดคล้องกับคู่มือแนวทางการอบรมดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2556) ประกอบด้วย 1) การเสริมสร้างความรู้ และเสริมสร้างทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 2) การสอนและฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุ 3) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบและประสบการณ์ และพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 4) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสรุปผลการเรียนรู้ร่วมกัน ดำเนินงานตามโปรแกรมฯ โดยผู้วิจัยใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องเจาะระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง เป็นต้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ารับหลักสูตรการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1971) คือ ระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1-13 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 14-19 คะแนน และระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 20-25 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ความนึกคิด ความเชื่อมั่นในความสามารถของแกนนำครอบครัว/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรวัดมาตราวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน เห็นด้วยมาก 3 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 2 คะแนน เห็นด้วยน้อย 1 คะแนน และไม่เห็นด้วย 0 คะแนน จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การแปลผล (Best, 1977) คือ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0.00-1.33 หมายถึง ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุระดับน้อย คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.34-2.66 ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.67-4.00 ระดับดี

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรม

หรือการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลักษณะแบบสอบถามเป็น
มาตรวัดมาตรวัดของลิเคิร์ต 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็น
ประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ
ครั้ง และไม่ปฏิบัติ เกณฑ์การให้คะแนน ปฏิบัติเป็น
ประจำ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัติ
บางครั้ง 2 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง 1 คะแนน และไม่
ปฏิบัติ 0 คะแนน จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การแปลผล
(Best, 1977) คือ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0.00-1.33
หมายถึงการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุที่ต้องปรับปรุง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.34-2.66 ระดับปานกลาง
และ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.67-4.00 ระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ คู่มือ
การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการตรวจสอบ
ความถูกต้อง และภาษา (Content Validity Index:
CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย
พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแล
ผู้ป่วยระยะยาว จำนวน 2 ท่าน แพทย์ที่ผ่านการ
อบรมแพทย์ประจำบ้าน จำนวน 1 ท่าน นำไป
คำนวณหาค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 1.00
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบ
ประเมินความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติดูแล
ผู้สูงอายุ ได้ค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 1.00,
1.00 และ 0.83 ตามลำดับ ตรวจสอบความเชื่อมั่น
ของแบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.86 แบบประเมิน
ทักษะคิดและการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
(Cronbach's coefficient alpha) ซึ่งได้ค่าเท่ากับ
0.88 และ 0.81 ตามลำดับ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ชี้แจงความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของโครงการ
ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พยาบาล
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อสร้าง
สัมพันธภาพพร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมาย
และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสอบถาม
ความสนใจเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ให้รายละเอียด
เกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล
ตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและ
ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและ
หลังการได้รับโปรแกรม

2. ขั้นตอนการดำเนินการตามโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ
(Mastery Experiences)

กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างความรู้ และเสริมสร้าง
ทัศนคติ โดยการบรรยายให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
ประกอบด้วย

1.1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ แนวคิดใน
การดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชุมชนตามบทบาทของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้เวลา 3
ชั่วโมง

1.2 โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิต
สูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคระบบทางเดิน
หายใจ โรคไต โรคหัวใจ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้เวลา
3 ชั่วโมง

1.3 ภาวะวิกฤติกับการปฐมพยาบาล และการช่วยเหลือ
ผู้สูงอายุเบื้องต้น ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

1.4 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมนันทนาการเพื่อคลายเครียด การออกกำลังกาย การจัดสภาพแวดล้อม ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการดูแลผู้สูงอายุ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 การสอนและฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่มๆ ละ 12-13 คน เพื่อเข้าเรียนรู้ตามฐาน ดังนี้

ฐานที่ 1 สอนและฝึกทักษะเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ การเจาะระดับน้ำตาลในเลือด (ปลายนิ้ว) การพ่นยา การฉีดยาอินซูลิน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

ฐานที่ 2 สอนและฝึกทักษะการให้อาหารทางสายยาง การดูแลสายสวนปัสสาวะ การทำแผลเปิดรูทวารทางหน้าท้อง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

ฐานที่ 3 สอนและฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

ฐานที่ 4 สอนและฝึกทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่ การทำแผลทั่วไป การยกและเคลื่อนย้าย การดูแลผู้ป่วยกระดูกหัก หมดสติ เป็นลม ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 2 เรียนรู้ผ่านตัวแบบและประสบการณ์จากผู้อื่น

2.1 การเปิดวิดีโอเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การจัดการสิ่งแวดล้อม และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้นแบบที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2.2 การพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ภายใต้การดูแลของพยาบาลวิชาชีพ โดยประยุกต์ใช้ทักษะตามกระบวนการพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย การประเมิน การวินิจฉัย การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผล

ขั้นตอนที่ 3 การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกี่ยวกับประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จ ข้อดี ข้อเสีย สิ่งที่น่าภาคภูมิใจ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักและเพิ่มทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal)

4.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระบายความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย การรับฟัง พูดคุย และให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการดูแลผู้ป่วย

4.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านออกแบบการวางแผนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชนของตนเอง พร้อมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและสะท้อนกิจกรรมการเยี่ยมบ้านร่วมกัน

4.3 สรุปการเรียนรู้ร่วมกัน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันตลอดจนร่วมสะท้อนและถอดบทเรียนการเรียนรู้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังอบรมโดยใช้ Pair t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา หมายเลขการรับรองการวิจัย 25/2562

ผลการศึกษา

ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 38.00 อาชีพ

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง

เกษตรกรรม ร้อยละ 68.00 มีรายได้ 5,001–10,000

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.00 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 56.00 ดังตารางที่ 1
อายุระหว่าง 46–59 ปี ร้อยละ 70.00 จบการศึกษา

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=50 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	12.00
หญิง	44	88.00
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 35 ปี	2	4.00
ระหว่าง 35-45 ปี	8	16.00
ระหว่าง 46-59 ปี	35	70.00
มากกว่า หรือเท่ากับ 60 ปี	5	10.00
Mean=49.76, S.D.=8.03, Min=28, Max=65		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาตอนต้น	9	18.00
ประถมศึกษาตอนปลาย	6	12.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	14.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	19	38.00
ปริญญาตรี	9	18.00
อาชีพ		
เกษตรกรรม	34	68.00
รับจ้าง	11	22.00
ค้าขาย	2	4.00
อื่นๆ	3	6.00
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 5,000 บาท	18	36.00
ระหว่าง 5,000-10,000 บาท	27	56.00
มากกว่า 10,000 บาท	5	10.00
Median =8,000, Min=5,000, Max=9,000		

2. ระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ก่อนการทดลองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 34.00 และ
ระดับปานกลางร้อยละ 62.00 และระดับต่ำร้อยละ 4
หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูง
ร้อยละ 82.00 และระดับปานกลางร้อยละ 18.00

ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการทดลอง
และหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับดี
ร้อยละ 100

การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ก่อนการทดลองอยู่ในระดับดี ร้อยละ 78.00 และระดับ
ปานกลางร้อยละ 22.00 หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมี
ความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 90.00 และระดับปานกลาง
ร้อยละ 10.00 ดังตารางที่ 2

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังดำเนินการตามโปรแกรม
การสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน พบว่า
กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ก่อนการทดลอง
เท่ากับ 18.5 (S.D.=2.52) และหลังการทดลองเท่ากับ
21.5 (S.D.=2.28) สำหรับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ
การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนการทดลอง เท่ากับ
3.04 (S.D.=0.55) และหลังการทดลอง เท่ากับ 3.45
(S.D.=0.77) โดยคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ และการ
ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการทดลอง
สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
0.05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่
มีภาวะพึ่งพิงก่อนการทดลอง เท่ากับ 3.61 (S.D.=0.25)
และหลังการทดลอง เท่ากับ 3.70 (S.D.=0.26) โดย
คะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=50 คน)

ปัจจัย	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง				
ระดับสูง (20-25 คะแนน)	17	34.00	41	82.00
ระดับปานกลาง (14-19 คะแนน)	31	62.00	9	18.00
ระดับต่ำ (1-13 คะแนน)	2	4.00	0	0.00
Mean (S.D.)	18.5 (2.52)		21.5 (2.28)	
ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง				
ระดับดี (2.67-4.00 คะแนน)	50	100.00	50	100.00
Mean (S.D.)	3.61 (0.25)		3.70 (0.26)	
การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง				
ระดับดี (2.67-4.00 คะแนน)	39	78.00	45	90.00
ระดับปานกลาง (1.34-2.66 คะแนน)	11	22.00	5	10.00
Mean (S.D.)	3.04 (0.55)		3.45 (0.77)	

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ก่อนและหลังดำเนินการตามโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน

ปัจจัย	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	18.5	2.52	21.5	2.28	-7.558	0.000*
ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.61	0.25	3.70	0.26	-1.956	0.620
การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.04	0.55	3.45	0.77	-2.784	0.008*

*p-value<0.05

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้วิธีการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน ซึ่งเป็นการเรียนรู้แบบเป็นขั้นตอนร่วมกับได้รับข้อมูลต่างๆ จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการทำกิจกรรมตามฐานการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช ภิญโย และคณะ (2558) ที่ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความสามารถแห่งตนต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จังหวัดขอนแก่น พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจากการศึกษาของภาวิณี พรหมบุตร และคณะ (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการ

รับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนของจังหวัดแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ตอนใต้) พบว่า ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งได้รับการพัฒนาสมรรถนะ ประกอบด้วย การรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง ทักษะและทัศนคติที่ดีในการให้บริการ (นาฏยา นุชนารถ และคณะ, 2561) รวมทั้งได้รับการส่งเสริมการมีจิตอาสาและเป็นผู้નાการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีทัศนคติที่ดีและปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (ดุชนี บุญพิทักษ์สกุล และคณะ, 2564) จึงอาจทำให้มีคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น เนื่องจากการใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเอง จะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าใจบทบาทตนเองชัดเจนขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการสนทนากลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบไม่เป็นทางการโดยเน้นประสบการณ์เป็นสำคัญ ทั้งนี้ การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น (มินตรา สารรักษ์, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของวรวิญญา จิตรบรรทัด และคณะ (2560) ที่ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลนาเคียน ให้สามารถทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีของคนพิการสูงอายุ อำเภอมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้เทคนิค (Appreciation-Influence-Control: AIC) ผลการศึกษาพบว่า ระบบและกลไกในการขับเคลื่อนคือ การสร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ และพัฒนาสมรรถนะให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถดูแลคนพิการสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมทั้งภาคทฤษฎี

และภาคปฏิบัติ มีสมรรถนะเพิ่มขึ้นทุกด้านมากที่สุด ในด้านความรู้พื้นฐานในสิทธิของคนพิการสูงอายุ ร้อยละ 97.34 และด้านความรู้ในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ ร้อยละ 95.78

ข้อเสนอแนะ

1. ใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมสมรรถนะหรือการจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. ประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในชุมชน
3. การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อจะได้เปรียบเทียบทัศนคติก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ชัดเจนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภोजุน จังหวัดพะเยา ขอขอบพระคุณผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือด้วยดีมาโดยตลอด จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง.

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

ดุชนิ บุญพิทักษ์สกุล, ศิริภัทตรา จุฑามณี และอรพินา เกตุพันธ์. (2564). การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านสุขภาพจิต. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา, 29(4), 99-110.

- นาฏยา นุชนารถ, ศิริชัย เพชรรัช และสุเทพ เชาวลิท. (2561). การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, 6(2), 768-779.
- ปิยนุช ภิญโญ, กิตติภูมิ ภิญโญ, สายสุตา จันทวนา, วชิรศักดิ์ อภิมุขกานต์, ธณิศ สายวัฒน์ และอมรรัตน์ อัครเศรษฐกุล. (2558). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมความสามารถแห่งตนต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จังหวัดขอนแก่น. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 37(3), 109-120.
- ภาวิณี พรหมบุตร, เอื้อจิต สุขพล, กิตติภูมิ ภิญโญ และปิยนุช ภิญโญ. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนของจังหวัดแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ตอนใต้), วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 35(2), 113-128.
- มินตรา สารรักษ์. (2553). การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 12(2), 39-48.
- วรัญญา จิตรบรรทัด, ธมลวรรณ แก้วกระจก และพิมพ์วรรณ เรืองพุทธ. (2560). ความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ในตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 23(1), 5-16.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2561). สถิติผู้สูงอายุ อำเภอจุน [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2561]; แหล่งข้อมูล: URL: <https://pyo.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
- สุตา คำสุชาติ. (2560). ปัญหาและความต้องการดูแลทางสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย: ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 26(6), 1156-1164.
- Bandura, A. (1997). Social learning theory. New Jersey: Prentice hall Inc.
- Best, J. W. (1977). Research in Education. (3rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc.
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill.
- Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. (2nd ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- World Health Organization. (2015). Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva Switzerland: World Health Organization.