

JRIHS

Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences

วารสาร

ราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ISSN : 2586-8438

ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2561

Vol. 2 No. 3 July - September 2018

เจ้าของ

มหาวิทยาลัยราชธานี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานทางวิชาการที่มีคุณภาพ พัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการนำเสนอ แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นเชิงวิชาการ ของผู้ทรงคุณวุฒิ ณาจารย์ นักศึกษา และนักวิชาการ
3. เพื่อกระตุ้นให้เกิดการวิจัย การพัฒนานวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในทางทฤษฎีและทางปฏิบัติ ที่จะสามารถนำไปอ้างอิงประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์แก่สังคมโดยรวม

กำหนดการเผยแพร่ กำหนดการตีพิมพ์ปีละ 4 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม

ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน

ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน

ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม

ที่ปรึกษา

นายกสภามหาวิทยาลัยราชธานี

ดร.วิลาวัณย์ ต้นวัฒนพงษ์

อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชธานี

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เยาวลักษณ์ โพธิ์ตรา

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.จิตติมา โกศลวิตร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ภญ.นันทวัน บุญยะประสงค์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทิพา ส่องศิริ

มหาวิทยาลัยสยาม

ดร.ศักดา ขำคม

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ดร.กชพงษ์ สารการ

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

ดร.จวีร์วรรณ มณีแสง

มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วัชรพล

ดร.นุสรา ประเสริฐศรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

ดร.ภคิน ไชยช่วย

วิทยาลัยสาธารณสุขอุบลราชธานี

ดร.สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์

ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๐ จ.อุบลราชธานี

ดร.อรรถัย ศรีทองธรรม
ดร.จุติพร ผลเกิด
ดร.กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์
อ.จิรังกูร ญัฐรังสี

สนง.ป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จ.อุบลราชธานี
สนง.ป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จ.อุบลราชธานี
รพ.สต.คำเขื่อนแก้ว จ.ยโสธร
มหาวิทยาลัยราชธานี

ผู้ทรงคุณวุฒิกลั่นกรองบทความ (Peer review)

รองศาสตราจารย์ ดร.อรรถพรณ ลือบุญวัชชัย
รองศาสตราจารย์ปราณี ทัพพะระ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรถิพา ส่องศิริ
ดร.ศักดิ์ดา ขำคม
ดร.กชพงษ์ สารการ
ดร.จวีร์วรรณ มณีแสง
ดร.นุสรา ประเสริฐศรี
ดร.ภคิน ไชยช่วย
ดร.สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์
ดร.อรรถัย ศรีทองธรรม
ดร.จุติพร ผลเกิด
ดร.กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์

มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยสยาม
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วัชรพล
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์
วิทยาลัยสาธารณสุขอุบลราชธานี
ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๐ อุบลราชธานี
สนง.ป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ อุบลราชธานี
สนง.ป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ อุบลราชธานี
รพ.สต.คำเขื่อนแก้ว จ.ยโสธร

ผู้ประสานงานและเผยแพร่

อาจารย์เมธาวี ตันวัฒนะพงษ์
อาจารย์ธนาศักดิ์ ข่ายกระโทก

อาจารย์กนกกาญจน์ ศรีสุรินทร์
อาจารย์สิริมา บุรณกุล

ติดต่อกองบรรณาธิการ

มหาวิทยาลัยราชธานี เลขที่ 261 ถนนเลียงเมือง ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000
โทร 045-319-900 ต่อ 138 โทรสาร 045-319-911 E-mail: jrihs@rtu.ac.th

พิมพ์ที่

บริษัท ยงสวัสดิ์อินเตอร์กรุป จำกัด เลขที่ 56 ถนนแก้วเสนา ตำบลวารินชำราบ อำเภวารินชำราบ
จังหวัดอุบลราชธานี 34190 โทรศัพท์ 0-4532-4777-9 โทรสาร 0-4532-4788

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviews) อย่างน้อย 2 ท่าน ข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในวารสาร เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน กองบรรณาธิการหรือมหาวิทยาลัยราชธานี ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการ

วารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ฉบับนี้ เป็นปีที่ 2 ฉบับที่ 3 เดือน ก.ค.-ก.ย. 2561 ซึ่งวารสารฉบับนี้มีผลงานวิจัยที่หลากหลายและทันสมัยรวมทั้งบทความวิชาการที่น่าสนใจ และมีคุณภาพ บทความวิชาการได้แก่ การสร้างความเข้มแข็งของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้สุขภาพดีตามวิถีชุมชน ซึ่งเครือข่ายของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ครอบครัว ชุมชน มีส่วนสำคัญมากในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสม เต็มความสามารถ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ รูปแบบการคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนบทความวิจัยอีกสองเรื่องจะเน้นเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเขตเมือง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นต้น จะเห็นได้ว่าสังคมไทยในปัจจุบัน จะเป็นสังคมของผู้สูงอายุ จึงมีโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ข้อเข่าเสื่อม ภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ จะพบได้มากและผลการวิจัย จะได้นำไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุในท้องถิ่นได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้จะมีบทความวิชาการเกี่ยวกับอาจารย์พยาบาล ได้แก่ จริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งจะเป็นผลสะท้อนให้กับอาจารย์พยาบาลได้เป็นอย่างดี

กองบรรณาธิการ มีความภาคภูมิใจในความสามารถของคณาจารย์พยาบาล พี่น้องชาวพยาบาล และบุคลากรในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ส่งบทความวิชาการ บทความวิจัยมาเผยแพร่ พร้อมทั้งนำองค์ความรู้ไปพัฒนาต่อ เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของวิชาชีพต่อไป ขอเชิญชวนพี่ ๆ น้อง ๆ เพื่อน ๆ ทีมวิทยาศาสตร์สุขภาพทุก ๆ ท่าน ส่งบทความวิชาการ บทความวิจัยมาเผยแพร่ และร่วมติดตามอ่านวารสาร เพื่อนำองค์ความรู้ไปพัฒนาต่อ ให้เกิดความเข้มแข็งของวิชาชีพต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เยาวลักษณ์ โพธิ์ดารา
บรรณาธิการ

สารบัญ

หน้า

บทความวิชาการ

การสร้างเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้มีสุขภาพดีตามวิถีชุมชนตำบลลาดขัวญ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

เบญจมาศ ถาดแสง, พีรณัฐ ลาเซอร์

1

บทความวิจัย

จริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยราชธานี

ภาวินี ศรีสันต์

18

ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเขตเมือง

ธัญธรศ เพชรเมือง, ดวงหทัย กลัดนวม, เพ็ญนภา เป็งเซ่ง, อภิญญา กุลทะเล

32

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี

ชลธิชา อรุณพงษ์

44

การศึกษาการรับรู้ถึงควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุตำบลหนองกิงเพล จังหวัดอุบลราชธานี

อริศรา บรรทะโก, อังคณา ตรงกรณ์, อัจฉรา มุสิกกา, อินทุอร ว่องไว,
อิศราภรณ์ กมลเลิศ, อีสริยาภรณ์ พิมล, อุดมผล สายแวว,
ชญาณัฐ พรเพ็ชร และพัชราภรณ์ วงศ์ชาบุตร

61

การสร้างเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้มีสุขภาพดีตามวิถีชุมชนตำบล ตลาดขวัญ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

Strengthening individual, family, and community abilities to
promote health in Community Way and well-being of people with
diabetes and hypertension in Tambon Talat-Khwan,
Doi Saket District, Chiang Mai

เบญจมาศ ถาดแสง¹, พีรนุช ลาเซอร์²
Benchamat Thatsaeng¹, Peeranuch Lasure²

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลของการศึกษาการสร้างเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้มีสุขภาพดีตามวิถีชุมชน ซึ่งมีกระบวนการสร้างเสริมประกอบด้วย องค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน คือ ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน โดยผู้ป่วยต้องได้รับ 1) ความรู้และความเชื่อ 2) การเพิ่มทักษะและความสามารถในการกำกับตนเองและสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม 3) การช่วยเหลือทางด้านสังคมจากชุมชน เพื่อนำมาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สามารถจัดการตนเองได้ในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับอารมณ์ โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับโรค และชุมชนมีส่วนร่วมในการผสมผสานวิถีความเป็นอยู่ ภูมิปัญญาท้องถิ่น และแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มความสามารถ

จากการร่วมมือกันทั้งสามฝ่ายนั้น ผลลัพธ์ พบว่า 1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 2) บุคคลในครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 3) เกิดชุมชนต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงตามวิถีชุมชน

คำสำคัญ: การเสริมสร้างความเข้มแข็ง, ผู้ป่วยเบาหวาน, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง, ครอบครัว, ชุมชน

¹ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ (McCormick Faculty of Nursing, Payap University)
tdsang@yahoo.co.th, 083-8621363

² คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ (McCormick Faculty of Nursing, Payap University)
goodmorningspim@gmail.com, 096-0160559

Abstract

This article aims to present the results of the study on Strengthening individual, family, and community abilities to promote health in Community Way and well-being of people with diabetes and hypertension Which has a supplementary process consisting of 3 important elements are patients, families and communities. Patients must receive 1) knowledge and beliefs 2) increase skills and ability to self-regulate and self-management 3) social assistance from Community to bring to change behavior to be able to manage themselves in terms of having meal exercise And dealing with emotions The family has a part to recognize the problems of patients together, planning for patient care. As well as promoting Supporting patients to be able to take care of their health appropriately with the disease. And the community is involved in integrating the way of life local knowledge And benefits in the community To encourage patients to be able to take care of themselves

From the cooperation of the three parties, the results showed that 1) Increase health care behavior of knowledge, attitudes and behaviors of diabetic patients and hypertension patient 2) Individuals in the family with diabetes and hypertension is involved in caring for the patients. 3) A model community is established to take care of diabetics patient and hypertension patient in the community way

Keywords: Strengthening, Diabetes patient, Hypertension patient, Family, Community

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ปัจจุบันโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย จากสถิติของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคพบว่า มีประชากรไทยเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวานและ ความดันโลหิตสูง เป็นจำนวนเพิ่มขึ้น โดยในปี 2559 พบ อัตราตายด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 12.05 ปี 2560 พบอัตราตายด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 13.07 และ ในปี 2559 พบ อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 22.01 ปี 2560 พบอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 21.96 (กรมควบคุมโรค, 2560) จากสถิติคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าแฉะ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอ ดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่พบมากเป็น อันดับที่หนึ่งและอันดับที่สอง โดยจำนวนผู้ป่วยทั้งสองโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีทั้งนี้ โดยปี 2555 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 148 ราย และโรคเบาหวาน จำนวน 80 ราย และปี 2557 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 232 ราย (เพิ่มขึ้นร้อยละ 63.79) และ โรคเบาหวาน จำนวน 120 ราย (เพิ่มขึ้นร้อยละ 66.67) และโรคซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับแรก ได้แก่ มะเร็ง

(ร้อยละ 29.41) โรคหัวใจ (ร้อยละ 23.52) และเส้นเลือดในสมองแตก (ร้อยละ 17.64) โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตของประชาชนยังไม่ถูกต้องและผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงยังไม่สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างถูกต้อง ถึงแม้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะมีการณรงค์ให้กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการตรวจคัดกรองทุกปี รวมทั้งให้ความรู้ในการดูแลตนเองและป้องกันโรคแล้วก็ตาม

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับที่ 1 และ 2 ของตำบลลาดขวาง ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวนดังกล่าว ส่วนหนึ่งได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลดอยสะเก็ดมารักษาที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าแฉะ ตามมาตรฐานแนวทางการรักษาและการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามระบบบริการสุขภาพตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยในปี 2555 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการส่งต่อมารับการรักษาจำนวน 81 ราย และ 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.73 และ 47.50 ของผู้ป่วยทั้งหมดในตำบล ตามลำดับ ถึงแม้ ในปี 2557 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น เป็น 110 และ 50 คน ซึ่งแปรผันตามจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น แต่ยังมีผู้ป่วยจำนวนมากกว่าร้อยละ 50 ที่ไม่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน ซึ่งอาจเป็นกลุ่มที่ยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้น ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะโดยแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับ การดูแลตนเองของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน ดังนั้น แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน จึงมีบทบาทสำคัญในการสร้างความตระหนักและเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยและชุมชนให้เกิดความร่วมมือกันในการดูแลและป้องกันปัญหาสุขภาพที่เกิดจากโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยผลลัพธ์ที่ได้คือ การลดจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตจากโรค รวมทั้งลดภาวะเสี่ยงที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดขวางมีจำนวนเพิ่มขึ้น ทำให้การติดตามผู้ป่วยที่มารับบริการและการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อจะได้ทราบถึงปัญหาของการดูแลตนเอง และร่วมหารือ และแนะนำการแก้ไขปัญาสุขภาพกับผู้ป่วยแต่ละรายจึงไม่ครบถ้วนและทั่วถึง ผู้ป่วยบางรายไม่มาตรวจตามนัด และบางรายไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดได้ และผู้ป่วยบางรายไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ ได้นำนักศึกษาฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในปีการศึกษา 2557 ทำให้พบปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยบางรายมีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง หรือมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถดูแลตนเองโดยเฉพาะในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ให้เหมาะสม นอกจากนี้ ผู้สูงอายุบางราย

ถึงแม้จะยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวานแต่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค นอกจากนี้ จากการเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุและได้สนทนากับญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ยังพบว่า ญาติมีความกระตือรือร้นที่จะได้ความรู้และเรียนรู้แนวทางในการดูแลผู้ป่วย ต้องการให้มีผู้เยี่ยมเยียนผู้ป่วยที่บ้าน และมีความต้องการให้มีกิจกรรมที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

เมื่อพิจารณาถึงลักษณะของชุมชน รวมทั้งปัจจัยภายในและภายนอกชุมชนที่อาจมีผลทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต พบว่า แต่เดิมประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยเฉพาะทำนา และมีการเพาะปลูกพืชอื่นๆ มีคนวัยทำงานส่วนน้อยที่ออกไปทำงานนอกเขตชุมชน ประชาชนมีการประกอบอาชีพตามภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การทำแคบหมู ข้าวแต่น แกะสลัก ขนมหอย น้ำพริก และดอกไม้จันทน์ เป็นต้น แต่ในปัจจุบันเนื่องจากความเจริญทางด้านเทคโนโลยี รวมทั้ง การขยายตัวของชุมชนเมืองเข้ามาในชนบท และการขยายตัวของเศรษฐกิจของจังหวัดและประเทศ ทำให้วิถีชีวิตของคนในชุมชนเปลี่ยนแปลงไปจากแบบชนบทดั้งเดิมไปสู่ความเป็นสังคมเมืองมากขึ้น ประชาชนวัยทำงานออกไปทำงานนอกบ้านหรือนอกเขตพื้นที่ชุมชนเป็นส่วนใหญ่ มีเพียงผู้สูงอายุเท่านั้นที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมหรือรับจ้างต่างๆ ภายในชุมชน แหล่งทำงานนอกเขตชุมชน ได้แก่ บริษัทห้างร้านในตัวเมืองจังหวัดเชียงใหม่ หรือโรงงานอุตสาหกรรมในเขตชานเมืองรอบ ๆ ส่วนในพื้นที่ก็ได้มีการสร้างโรงงานและมีการจ้างงาน เช่น โรงงานพลาสติก โรงงานเครื่องเทศ วิถีชีวิตของคนในชุมชนจึงเปลี่ยนแปลงไปจากแบบชุมชนชนบทไทย ไปเป็นการดำเนินชีวิตที่รีบเร่ง ต้องทำงานแข่งกับเวลาเนื่องจากการจราจร ไม่สะดวก ทำให้ไม่มีเวลาจัดสรรในการดำเนินชีวิตมากนัก กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นแบบเร่งด่วน แม้แต่การรับประทานอาหารที่เคยรับประทานอาหารที่บ้านก็เปลี่ยนไปเป็นการซื้ออาหารปรุงสำเร็จหรืออาหารที่สั่งจากร้านอาหารหรือร้านสะดวกซื้อ นอกจากนี้ ครอบครัวยังมีเวลาให้กันน้อยลงเนื่องจากต้องออกไปทำงานนอกบ้าน และกลุ่มต่างๆ ที่เคยจัดในชุมชน ก็มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมลดลง เช่น จะเห็นว่ากลุ่มออกกำลังกายบางกลุ่มมีจำนวนผู้ออกกำลังกายน้อยลง หรือบางกลุ่มไม่มีการจัดกิจกรรมอีก เป็นผลสืบเนื่องจากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ประชาชนวัยทำงานออกไปประกอบอาชีพนอกชุมชนมากขึ้น ซึ่งผลกระทบจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป ทำให้ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อไม่เรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพโรคเรื้อรังสองอันดับแรกของชุมชน

กระบวนการสร้างความเข้มแข็งของผู้ป่วยครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้มีสุขภาพดีตามวิถีชุมชน มีขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน ขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องวิธีการ มีรายละเอียดดังนี้

1. ประชุมคณะผู้วิจัย เพื่อสร้างความเข้าใจให้ไปในทิศทางเดียวกัน และวางแผนการทำงานกิจกรรมจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น 3 ครั้งๆ ละ 30 คน
2. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. แกนนำหมู่บ้าน และประชาชนชาวบ้าน โดยแบ่งเป็น 3 ครั้งๆ ละ 30 คน
3. ประชุมเครือข่ายสุขภาพ และแกนนำภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อเพื่อศึกษาวิถีชุมชน และแนวทางในการผสมผสานวิถีชุมชนกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
4. สสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ ในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์และความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและครอบครัว
5. จัดเวทีนำเสนอสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในข้อ 1 และข้อ 2 และผลการประชุมเครือข่ายสุขภาพและแกนนำภูมิปัญญาท้องถิ่น แก่กลุ่มเป้าหมายทั้ง 5 กลุ่ม เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ที่ตรงกัน และค้นหาผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่อาสาเป็นตัวแทนในการร่วมวางแผนการดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

ระยะที่ 2 ขั้นดำเนินงาน จัดกิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน วิธีการ แบ่งเป็น 2 ระยะ

1. ค้นหาแนวทาง เป็นขั้นตอนการหาแนวทางในการพัฒนาศักยภาพในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีรายละเอียด ดังนี้
 - 1.1 จัดเวทีเพื่อระดมสมองอาสาสมัครผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อหาแนวทางในการจัดการตนเอง โดยการผสมผสานวิถีชุมชนกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ในการดูแลสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ อาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์และความเครียด
 - 1.2 จัดเวทีเพื่อระดมสมองอาสาสมัครผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น อสม. แกนนำกลุ่มสุขภาพ และแกนนำกลุ่มภูมิปัญญาท้องถิ่น และวิถีชุมชน เพื่อหาแนวทางในการจัดการตนเอง โดยการผสมผสานวิถีชุมชนกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ในการดูแลสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ อาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์และความเครียด
 - 1.3 ทีมนักวิจัยจัดประชุมเพื่อวางแผนการนำผลการระดมสมองมาพัฒนาให้เกิดแนวทางในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน
2. จัดกิจกรรมสร้างเสริมการมีส่วนร่วม เป็นขั้นตอนการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยการอมรมให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยผสมผสานวิถีสุขภาพชุมชนกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ในด้านการจัดการตนเองของผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

2.1 การอบรมผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง และการผสมผสานวิถีชุมชนในด้านอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการอารมณ์และความเครียด เพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2.2 จัดตั้งกลุ่มแกนนำสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ด้าน ตามบริบทของชุมชน เช่น แกนนำด้านอาหารสุขภาพ แกนนำการออกกำลังกาย และแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพด้านอารมณ์

2.3 กลุ่มแกนนำสุขภาพจัดโครงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพในชุมชน ทั้ง 3 ด้าน เช่น การอบรม อาหารพื้นบ้านต้านเบาหวาน-ความดัน ออกกำลังกายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการจัดการความเครียดและการผ่อนคลาย เป็นต้น

ระยะที่ 3 การประเมินผล การประเมินผลแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การประเมินผลลัพธ์ และการประเมินประสิทธิผลของการดำเนินงาน

1. การประเมินผลลัพธ์

1.1 ติดตามสำรวจการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และสมาชิกในครอบครัว โดยการเยี่ยมบ้าน รายละ 2 ครั้ง

1.2 จัดเวทีให้อาสาสมัครผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแลสะท้อนคิดเกี่ยวกับการจัดโครงการ

1.3 จัดเวทีให้ อสม. ผู้นำชุมชน และแกนนำกลุ่มต่างๆ สะท้อนคิดเกี่ยวกับการจัดโครงการ

1.4 นักวิจัยถอดบทเรียนถอดบทเรียน ความรู้ในประเด็นต่างๆ ที่ได้จากกระบวนการที่ทำงานร่วมกันรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการจัดเวที เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. การประเมินประสิทธิผล

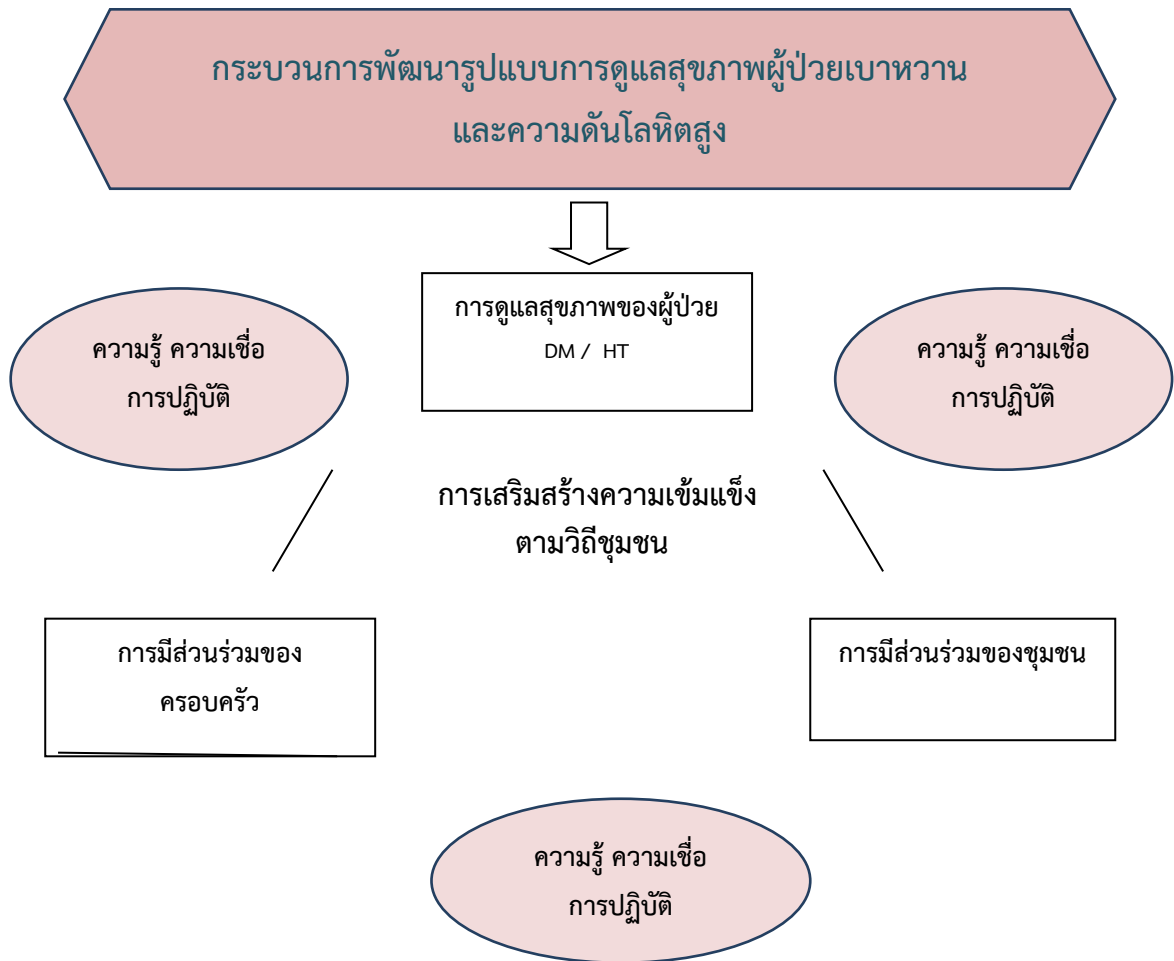
2.1 ตรวจน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อติดตามจำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

2.2 ติดตามจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มาตรวจตามนัดหรือไม่ปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค

2.3 ตรวจน้ำตาลในเลือดของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานสามารถดูแลตนเองเพื่อประเมินผลการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค

2.4 ติดตามการดำเนินงานของแกนนำกลุ่มอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับอารมณ์ เพื่อประเมินความยั่งยืนของการดำเนินงาน

แผนภูมิที่ 1 กระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วยครอบครัวและชุมชน



การเสริมสร้างความเข้มแข็ง หมายถึง การเพิ่มขีดความสามารถในการจัดการปัญหาของตนเองในระดับที่จะสามารถจัดการกับปัญหาและป้องกันผลกระทบของปัญหาได้

ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดขวัญ อำเภอตอสะแก จังหวัดเชียงใหม่

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดขวัญ อำเภอตอสะแก จังหวัดเชียงใหม่

การมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง โดยมีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด หรือมีความสัมพันธ์กันในระบบเครือญาติ มีส่วนในการรับรู้ปัญหาของผู้ป่วย ร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับภาวะของโรคและความเจ็บป่วย

การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การที่ชุมชนได้มีส่วนในการค้นหาปัญหา วางแผน ดำเนินงาน ตลอดจนกำหนดวิธีการดำเนินงาน และการประเมินผลการปฏิบัติงาน ในกระบวนการเสริมศักยภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ

สุขภาพดี หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมอาการของโรคได้ โดยไม่เกิดปัญหาสุขภาพอันเป็นผลจากโรคหรือจากภาวะแทรกซ้อนของโรค หรือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค สามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อนไม่ให้อาการรุนแรงขึ้นต่อไปอีกได้

วิถีชุมชน หมายถึง แบบแผนการดำเนินชีวิตของชุมชน ในตำบลตลาดขวัญ อำเภอตอสะแก จังหวัดเชียงใหม่

แนวคิดในการเสริมสร้างความเข้มแข็ง มีดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นกระบวนการที่บุคคลกระทำเพื่อจัดการกับอาการ และภาวะเรื้อรังของโรคที่มีผลต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ด้วยกระบวนการฝึกทักษะ คิดแก้ไขปัญหา วางแผนจัดการปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการดังกล่าว และมีการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนให้เพิ่มขึ้น ตลอดจนสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ สามารถปรับเข้าใช้ในการดำเนินแบบแผนชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม โดยมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ให้ความรู้ และส่งเสริมให้ปฏิบัติทักษะต่าง ๆ อย่างเหมาะสม (เบญจมาศ ถาดแสง, 2555) การจัดการตนเอง เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความตระหนักและมีความรับผิดชอบต่อตนเองในการที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค (Lorig & Holman, 2003) การจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพจะต้องครอบคลุมการปฏิบัติในสิ่งที่ต้องกระทำ (self management tasks) 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการทางการแพทย์ (medical management) เช่น การรับประทานยา 2) การจัดการกับบทบาท (role management) เป็นการคงไว้หรือการปรับเปลี่ยนและการสร้างพฤติกรรมให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย และ 3) การจัดการกับอารมณ์ (emotional management) เช่น อารมณ์โกรธ กลัว ซึมเศร้า และความเครียดซึ่งเป็นผลจากความเจ็บป่วย โดยต้องสามารถจัดการกับอารมณ์เหล่านี้ให้ได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ผู้ที่สนับสนุนการจัดการตนเองจะต้องให้ความรู้และคำแนะนำที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้สามารถผ่านสิ่งต่าง ๆ ไปได้ และประสบผลสำเร็จในการจัดการตนเอง สิ่งสำคัญของแนวคิดในการจัดการตนเอง ได้แก่ การที่จะต้องฝึกฝนทักษะที่จะนำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมทั้ง 3 ด้าน โดยที่ทักษะดังกล่าวประกอบด้วยทักษะ 6 ประการในการจัดการตนเอง ได้แก่ การแก้ไขปัญหา (problem solving) การตัดสินใจ (decision making) การใช้แหล่งข้อมูล (resource utilization) การสร้างความสัมพันธ์กับบุคลากร (The formation of a patient provider partnerships) การปฏิบัติ (taking action) และการเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง (self

tailoring) นอกจากนั้นยังต้องอาศัยการสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) ที่ใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ได้แก่ การการสนับสนุนให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) เพิ่มขึ้น เพื่อให้มีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอย่างไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคโดยอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ประกอบด้วย ประสบการณ์ที่ได้จากการประสบความสำเร็จโดยการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง (enactive mastery experience) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น (vicarious experience) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น (Bandura, 1997) และการสนับสนุนด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and effective states) เพื่อให้มีสภาวะร่างกายและอารมณ์อยู่ในภาวะปกติ ไม่เกิดความเครียด หรือความวิตกกังวล กระบวนการที่กล่าวมาทั้งหมด จะนำไปสู่การจัดการตนเอง (self-management) ที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังในระยะยาว ดังนั้น การจัดการตนเอง (self-management) จึงเป็นทักษะการเรียนรู้และการปฏิบัติที่จำเป็นต้องกระทำถึงแม้จะอยู่ในภาวะเจ็บป่วยก็ตาม (Lorig, 1993) การจัดการตนเองเกิดจากการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งบุคคลนั้นสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองได้ จะต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจถึงความเจ็บป่วยของตนเอง รู้ถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้น สามารถเผชิญกับอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น รวมถึงตัดสินใจที่จะจัดการกับความเจ็บป่วย โดยเน้นวิธีการสอนให้ผู้ป่วยเกิดทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง จะเห็นว่า กระบวนการจัดการตนเองที่กล่าวมาเป็นกระบวนการที่เป็นระบบ แตกต่างจากการสอนโดยทั่วไป และเมื่อได้บูรณาการแหล่งสนับสนุนทั้ง 4 แหล่งตามแนวคิดของแบนดูราไว้ในแต่ละขั้นตอนอย่างเหมาะสม เชื่อว่าจะทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชนได้ดีขึ้น โดยเฉพาะ โรคความดันโลหิตสูงและ โรคเบาหวานที่พบค่อนข้างมาก อย่างไรก็ตามแนวคิดการจัดการตนเองนี้สามารถนำไปใช้กับโรคเรื้อรังได้ทุกโรค และยังทำให้การดำเนินของโรคดีขึ้นไปในทิศทางบวกต่อไป

2. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานในการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ถือเป็นค่านิยมและความรับผิดชอบของคนในครอบครัวที่ให้การดูแลซึ่งกันและกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมไทย ซึ่งไม่ใช่เฉพาะบิดามารดาต้องดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมถึงบุตรดูแลบิดามารดาที่เจ็บป่วย คู่สามีภรรยาดูแลกันและกัน หรือพี่น้องดูแลกันและกันอีกด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family participation) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสิ่งสำคัญในการการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาของ Sebern พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ

- 1) การสื่อสาร หมายถึง การสื่อสารโดยการแสดงความรู้สึก การให้คำแนะนำและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจตรงกัน

2) การตัดสินใจ หมายถึง การที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ร่วมรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแล และร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วย โดยตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรในทีมสุขภาพ

3) การกระทำความร่วมมือ หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแล และแสดงพฤติกรรมในการดูแล และการจัดการกับความเจ็บป่วยตามขีดความสามารถของครอบครัว

เนื่องจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ร้ายแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยจึงถือว่าเป็นภารกิจหนึ่งของคนในครอบครัวที่ต้องให้การดูแลซึ่งกันและกันเพื่อให้ครอบครัวดำรงอย่างปกติสุข ดังนั้น ในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทีมสุขภาพ จึงต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันเกี่ยวกับ อาการและอาการแสดงของโรค วัฒนธรรมของครอบครัว และแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับบริบทของครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการตัดสินใจร่วมกันในการปรับเปลี่ยนการดูแลให้สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีหลายลักษณะ ได้แก่ การให้ความรู้ การสอนและการฝึกทักษะการดูแล การฝึกทักษะการประเมินสุขภาพ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสนับสนุนและให้กำลังใจ ตลอดจนการให้คู่มือการดูแล ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยและเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยเองอย่างสูงสุด (จงจิตบุญอินทร์, 2551)

บทบาทของครอบครัวในการดูแล จะมีบทบาทที่ครอบคลุมกิจกรรมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาต่อเนื่อง (ระพีพร วาโยบุตร, 2556) กล่าวถึง ความสำคัญของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. ครอบครัวมีบทบาทในการกำหนดแบบแผนพฤติกรรมของตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเจ็บป่วย โดยความเชื่อต่อการเจ็บป่วยของครอบครัวเกี่ยวกับโรคจะมีผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย นอกจากนี้ การสนับสนุนช่วยเหลือกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามแนวการรักษาอีกด้วย

2. ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยครอบครัวมีส่วนในการเพิ่มหรือลดความเครียดต่อความเจ็บป่วย เพราะการเจ็บป่วยโดยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวาน เป็นภาวะที่คุกคามชีวิต เมื่อภาวะของโรครุนแรงขึ้น หรือเมื่อควบคุมโรคไม่ได้และเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ผู้ป่วยจะพยายามหาการสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดที่สุด คือ ครอบครัว ซึ่งแรงสนับสนุนจากครอบครัว ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารต่างๆ วัตถุสิ่งของ เงิน การดูแลเอาใจใส่ การทำกิจกรรมร่วมกันและการให้กำลังใจผู้ป่วยที่ครอบครัวมีแรงสนับสนุนดี เช่น ครอบครัวมีสัมพันธ์ภาพเหนียวแน่น สมาชิกในครอบครัวยอมรับต่อโรค ดูแลเอาใจใส่ดีทำให้

ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับภาวะเจ็บป่วยโรคเบาหวานได้ และส่งเสริมให้มีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น

3. ครอบครัวมีส่วนในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยเบาหวาน ในกรณีที่ผู้ป่วยเบาหวาน ไม่มีกำลังใจ ท้อแท้ต่อสภาวะการเจ็บป่วยของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้น หรือแม้แต่การกลับมารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลบ่อยครั้งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่ายและท้อแท้ได้ การได้รับเสริมสร้างพลังอำนาจจากครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มระดับพลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์จัดการกับความเจ็บป่วย

3. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การที่บุคคลที่เป็นสมาชิกของชุมชนมีส่วนในการวางแผนการดำเนินกิจกรรม ควบคุมกำกับและประเมินผล โดยอาศัยทรัพยากรในท้องถิ่นเพื่อให้เกิดประโยชน์ด้วยการพึ่งตนเอง การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการควบคุม การปฏิบัติ และร่วมรับผิดชอบในงานต่างๆ อันมีผลกระทบต่ตัวประชาชนเอง หรือการเปิดโอกาสให้ประชาชนหรือบุคคลหนึ่งบุคคลใดเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาชุมชน ซึ่งลักษณะของการเข้าร่วม ประกอบด้วย ความกระตือรือร้น มีการร่วมมือ การสร้างพลังในการพัฒนา การมีสิทธิในตัดสินใจเลือกทางเลือกที่จะเกิดประโยชน์ต่อชุมชนมากที่สุด (ทวิทอง หงส์วิวัฒน์, 2527 อ้างถึงใน นิรมล เมืองโสเม, 2553) ดังนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชน คือ หัวใจของการพัฒนาในด้านสุขภาพที่เป็นรูปธรรม (นวรรตน์ สุวรรณผ่อง, 2545 อ้างถึงใน นิรมล เมืองโสเม, 2553)

ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้เสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมที่ถือว่าเป็นรูปแบบที่แท้จริงหรือสมบูรณ์นั้น จะต้องประกอบไปด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดระดับความสำคัญตั้งเป้าหมาย กำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีติดตามและประเมินผล และต้องมีการตัดสินใจด้วยตัวเองด้วย 2) การดำเนินกิจกรรม ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการจัดสรร ควบคุม ด้านการเงินและการบริหาร 3) การใช้ประโยชน์ ประชาชนต้องมีความสามารถในการนำเอากิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ซึ่งเป็นการยกระดับของการพึ่งตนเองและควบคุมทางสังคม 4) การได้รับประโยชน์ ประชาชนจะต้องได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์จากชุมชนในพื้นที่ที่เท่าๆ กัน ซึ่งจะเป็นผลประโยชน์ส่วนตัว สังคม หรือวัตถุได้ การเข้าไปมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาชนบท มีขั้นตอนต่างๆ คือ กำหนดแนวคิดโครงการ (Program Conceptualization) กำหนดนโยบาย (Policy Development) กำหนดโครงการ (Program Formation) กำหนดแผนงานโครงการ (Program Planning) ปฏิบัติตามโครงการ (Program Implementation) ประเมินผลโครงการ (Program Evaluation) และวางแผนโครงการใหม่ (Program Re-planning) การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญและเป็นหัวใจของการพัฒนาชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้เกิดการพัฒนาชุมชนได้ ดังนี้ (นวรรตน์ สุวรรณผ่อง,

2545 อ้างถึงใน นิรมล เมืองโสม, 2553) 1) การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร โดยที่อาสาสมัคร ซึ่งการมีส่วนร่วมสามารถกระตุ้น และสร้างภาวะผู้นำให้เกิดขึ้นในชุมชน นอกจากนี้ยังทำให้ผู้นำตามธรรมชาติ มีทิศทางในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ตลอดจนริเริ่มที่จะทำให้เกิดสิ่งๆ ที่ชุมชนอยากให้เกิดขึ้นเพื่อความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของคนในชุมชน 2) เกิดการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของคนในชุมชน ทำให้ประชาชนได้รับองค์ความรู้ใหม่ มีการแลกเปลี่ยนภูมิปัญญาชาวบ้านกับวิทยาการสมัยใหม่ มีการถ่ายทอด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงาน 3) เกิดการสร้างเครือข่ายระหว่างภาครัฐ องค์กรเอกชน และชุมชน ทำให้เกิด “พหุภาคี” ในการทำงานเพื่อพัฒนาในด้านต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อชุมชน 4) ทำให้เกิดการจัดกิจกรรมอันเป็นประโยชน์ต่อชุมชนร่วมกัน เกิดการรับรู้ปัญหาของชุมชนศึกษาแนวทางแก้ไขปัญหาของชุมชน มีการบริการจัดการทรัพยากรในชุมชน เพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน รวมถึงมีการสนับสนุนด้านกำลังกาย ทรัพย์ ความคิด หรือการระดมทุนเพื่อมาใช้ในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน 5) ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและสร้างจิตสำนึกของข้าราชการในการพัฒนาแบบยั่งยืน ปรับเปลี่ยนทัศนคติของคนในชุมชนให้ลุกขึ้นมาแก้ไขปัญหา พัฒนาชุมชน ด้วยภูมิปัญญาของตนเอง 6) เกิดการจัดสรรงบประมาณจากองค์กรท้องถิ่น และองค์กรภาครัฐ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชน มีการระดมทรัพยากรอื่น ๆ เพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็ง

จากการศึกษาวรรณกรรม พบว่า ชุมชนได้มามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหลายรูปแบบ เช่น ด้านการสนับสนุนองค์ประกอบในการส่งเสริมการออกกำลังกาย การคัดเลือกผู้นำออกกำลังกาย มีแกนนำออกดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเบื้องต้นในชุมชน อีกทั้งมีการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่ม อสม. มีบอร์ดความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน นอกจากนี้ ในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่อยู่ในชุมชน คือ มีการจัดทำและแผนงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และจัดงบประมาณสนับสนุนองค์ประกอบในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เป็นต้น (ระพีพร ลาภา, 2554: สุนทรี เขยชุม, 2552) ดังนั้น การส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนได้ทำงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จึงถือว่าควรกระทำอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อให้ทั้งผู้ป่วยเบาหวาน ครอบครัวและชุมชนอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขและผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถพึ่งตนเองได้

4. แนวคิดเกี่ยวกับวิถีชุมชน

วรชัย ทองคำฟู (2551) กล่าวว่า วิถีชุมชน เป็นการอยู่ร่วมกันที่มีการพึ่งพิงการใช้ทรัพยากรภายในชุมชนอย่างรู้คุณค่า ด้วยพื้นฐานทางด้านสังคม ภูมิปัญญาชาวบ้าน ประเพณีท้องถิ่นที่มีความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า

โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือที่เรียกว่าโรควิถีชีวิต ที่นับวันจะทวีความรุนแรงขึ้นจากสาเหตุทางด้านวิถีสุขภาพแวดล้อมและพฤติกรรมการใช้บริโภคที่ไม่เหมาะสม รวมถึงภาวะความเครียด ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ดื่มสุรา

กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เล็งเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพชีวิตที่ดีของคนไทยโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนจึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554-2563 ขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบชี้ทิศทางการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติการให้เกิดผลสำเร็จ เพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่ลดภาวะเสี่ยง ลดการเกิดโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการพิการ ลดการตาย และลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งระดับบุคคลครอบครัวชุมชนสังคมและประเทศ แสดงให้เห็นว่าวิถีสุขภาพไทย ซึ่งเป็นลักษณะของสังคมท้องถิ่นไทยเป็นวิถีชีวิตที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี และเป็นวิถีชีวิตที่ควรควรได้รับการสนับสนุนให้มีการบูรณาการวิถีสุขภาพชุมชนกับการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ตั้งแต่ปี พ.ศ.2554 เป็นต้นมา หน่วยงาน และองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนได้จัดโครงการหรือกิจกรรม เพื่อตอบสนองนโยบายการสุขภาพดี วิถีไทย และประสบความสำเร็จในการส่งเสริมชุมชนให้มีสุขภาพดีหลายโครงการ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแขวงแหลม อำเภोजังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นตำบลต้นแบบ จัดการสุขภาพดี วิถีชีวิตไทย ปี 2556 และได้รับรางวัลตำบลจัดการสุขภาพดี ระดับจังหวัดประจำปี 2556 ได้จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพตำบลจัดการสุขภาพดี วิถีชีวิตไทย ปี 2555-2556 เพื่อประชาชนในหมู่บ้านลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือดโดย จัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนโดยผสมผสานวิถีชีวิตของชุมชน กับการดูแลสุขภาพ โดยยึดหลัก 4 อ. 3 ส. เช่น อ.ออกกำลังกาย กระตุ้นและสร้างกระแสให้ประชาชนออกกำลังกายทุกวันหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วันๆละ 30 นาที โดย อสม.เป็นผู้นำออกกำลังกาย เป็นต้น สำหรับ ด้าน อ.อาหาร มีการส่งเสริมการปลูกผักกิมมี้ สวนครัวข้างบ้าน ที่หลากหลายเพียงพอต่อการบริโภค แนะนำให้ปลูกผักปลอดสารพิษไว้กินเองทุกครัวเรือน มีแปลงผักรวมแต่ละหมู่บ้าน เป็นต้น และ ด้าน อ. อารมณ์ ได้มีการ รณรงค์สร้างความสุขทางใจให้กับคนในชุมชนผ่านกิจกรรมถนนสายบุญ เส้นทางสร้างสุข จิตสงบ สิ่งแวดล้อมสะอาด วัดเทศน์ออกเสียงตามสายทุกเย็น และ อสม.ประเมินความเครียด วิเคราะห์ปัญหาาร่วมกันในชุมชน เป็นต้น ด้าน อ. อนามัยสิ่งแวดล้อม ได้จัดให้มีคณะกรรมการบริหารคุ้มและสมาชิกครัวเรือนในคุ้มรับผิดชอบมีการกำหนดกฎ กติกา ข้อตกลงร่วมกันของหมู่บ้าน มีการจัด “โครงการหน้าบ้านน่ามอง” จากกิจกรรมของตำบลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพดี สามารถนำวิถีชีวิตของชุมชนมาเป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และเป็นแนวคิดที่ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพซึ่งกันและการอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพ และการเสริมสร้างลักษณะนิสัยในการดูแลสุขภาพในชุมชน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

5. แนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน

ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน (Integrated Theory of Health Behavior change) เชื่อว่า การที่บุคคลจะสามารถจัดการกับตนเองในการดูแลโรคเรื้อรังได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ความรู้และความเชื่อ การเพิ่มทักษะและความสามารถในการกำกับตนเอง และการช่วยเหลือทางด้านสังคม

- ความรู้และความเชื่อ (Knowledge and beliefs)

ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน กล่าวว่า บุคคลจะมีแนวโน้มในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ถ้าบุคคลนั้นได้รับข้อมูลที่ส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมนั้น ซึ่ง Becker และ Maiman กล่าวถึง ปัจจัยที่เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ 5 ประการ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติ แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมซึ่งเป็นปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง โดยความรู้และความเชื่อมีผลต่อการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะสำหรับการดูแลตนเองเมื่อเกิดโรค ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- ทักษะและความสามารถในการกำกับตนเองแนวความคิดการ (Self-regulation skills and abilities

การกำกับตนเอง (Self-regulation) เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แนวคิดการกำกับตนเองเป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้บุคคลได้เรียนรู้ตระหนักและเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง โดยแคนเฟอร์ (Kanfer, 1991 อ้างถึงใน สุพินญา คงเจริญ, ชดช้อย วัฒนะ และธีรนุช ห้านิรติศัย 2556) เชื่อว่า การกำกับตนเองมีประสิทธิภาพในการทำ ให้เกิดการคงอยู่ของพฤติกรรม ประกอบด้วยแนวคิดหลัก 3 ประการ ได้แก่ การเฝ้าระวังตนเอง (self-monitoring) ซึ่งเป็นกระบวนการคิดพิจารณาอย่างรอบคอบในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรม โดยมีการสังเกตพฤติกรรมและบันทึกพฤติกรรมที่เกิดขึ้น การประเมินผลที่เกิดจากพฤติกรรมตนเอง (self-evaluation) เป็นการวัดผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมโดยการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังตนเองกับเป้าหมายหรือเกณฑ์ที่กำหนด นำ ไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เกิดการคงอยู่ของพฤติกรรม การกำกับตนเองเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้โดยขึ้นอยู่กับความใส่ใจ ความคิดการตัดสินใจ และความสามารถในการคิด วิเคราะห์ของแต่ละบุคคล กระบวนการสังเกต ดังนั้น การกำกับตนเองจึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งผลดีต่อการควบคุมโรค

- การช่วยเหลือทางด้านสังคม (Social facilitation)

การช่วยเหลือทางด้านสังคม นอกจากจะประกอบด้วย การช่วยเหลือจากครอบครัวซึ่งเป็นหน่วยที่เล็กที่สุดในสังคมและมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และความช่วยเหลือจากชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่อาศัย ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในเรื่องการมีส่วนร่วมของครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชนแล้ว ยังหมายถึงการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย

6. แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน

“ชุมชนเข้มแข็ง” หมายถึงชุมชนที่มีขีดความสามารถในการจัดการปัญหาของตนเองได้ในระดับหนึ่ง ด้วยการมีผู้นำที่มีความสามารถ มีการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่องบนพื้นฐานวัฒนธรรม ความเชื่อ คุณค่าดั้งเดิม ศาสนา และเศรษฐกิจชุมชนที่พึ่งพาเอื้อเฟื้อกันและกัน โดยแต่ละชุมชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองเข้าคลี่คลายและจัดการปัญหาได้ด้วยตนเองภายใต้ความร่วมมือและสนับสนุนจากองค์กรภายนอก

ลักษณะของชุมชนเข้มแข็ง ชุมชนที่มีความเข้มแข็งมีลักษณะที่สำคัญดังนี้คือ

- สมาชิกของชุมชนมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนและชุมชนที่จะแก้ไขปัญหาและพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองและสมาชิกของชุมชนพร้อมที่จะร่วมกันจัดการกับปัญหาของตนและชุมชน
- มีกระบวนการของชุมชนที่มีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องจน เป็นวิถีของชุมชนภายใต้การสนับสนุนของผู้นำองค์กรชุมชน ในลักษณะเปิดโอกาสให้กับสมาชิกทั้งหมดเข้ามามีส่วนร่วมไปโรงไ้ และพร้อมที่จะให้ตรวจสอบ
- สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการประเมินสถานการณ์ของชุมชนกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมร่วมคิดตัดสินใจดำเนินงานติดตามและประเมินผลการแก้ปัญหาและการพัฒนาของชุมชนผ่านกระบวนการชุมชน
- สมาชิกชุมชนเกิดการเรียนรู้ผ่านการเข้าร่วมในกระบวนการของชุมชน
- มีแผนของชุมชนที่ประกอบด้วยการพัฒนาทุกๆ ด้านของชุมชน ที่มุ่งการพึ่งตนเองเอื้อประโยชน์ต่อสมาชิกชุมชนทุก ๆ คนและมุ่งหวังการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืนการพึ่งความช่วยเหลือจากภายนอกเป็นการพึ่งเพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ในที่สุดไม่ใช้การพึ่งพาตลอดไป
- มีเครือข่ายความร่วมมือกับภาคีการพัฒนา อาจเป็นหมู่บ้านชุมชนอื่น ๆ ท้องถิ่นภาคราชการ องค์กรเอกชน นักธุรกิจ นักวิชาการ และอื่นๆ ในลักษณะของการมีความสัมพันธ์ที่เท่าเทียมกัน

อย่างไรก็ตาม การทำให้ชุมชนเข้มแข็ง ไม่สามารถทำได้โดยการสร้างจากบุคคลภายนอกชุมชน หรือทำโดยการสอน การฝึกอบรม ชุมชนที่เข้มแข็งจะมีกระบวนการในการจัดการของชุมชน มีการเรียนรู้ร่วมกัน มีกิจกรรมเพิ่มคุณค่าทุนทางสังคมและเศรษฐกิจของคนในชุมชน ภายใต้ระบบความสัมพันธ์ระหว่างคนในชุมชน เป็นเครือข่ายชุมชน และมีการขยายพันธมิตรออกไปนอกชุมชนในลักษณะสร้างความสัมพันธ์ ดังนั้น สมาชิกในชุมชนจึงต้องร่วมกัน

สร้างพลังชุมชน และใช้พลังชุมชน ในการพัฒนาชุมชนเพื่อสร้างให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง พึ่งพาตนเองได้ และเกิดความยั่งยืนในการพัฒนา

ผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับชุมชน มีดังนี้

1.1 ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในระดับมากมีจำนวนมากขึ้นโดยมีจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับมากเพิ่มขึ้น

1.2 ความตระหนักในสำคัญของการดูแลตนเอง จำนวนผู้ป่วยที่สนใจและเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอที่มีมากขึ้น และมีการชักชวนผู้ที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมให้มาเข้าร่วมกิจกรรม แสดงให้เห็นถึงความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองและเห็นประโยชน์ของการเข้าร่วม กิจกรรมที่จัดขึ้น

1.3 ความเข้มแข็งของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังจากเสร็จกิจกรรม ผู้ป่วยสามารถเป็นผู้นำเสนอและริเริ่มให้มีการจัดกิจกรรม“ข้าวหม้อแกงหม้อ”สำหรับเป็น อาหารเช้าของผู้ป่วยในวันที่มาตรวจตามนัด แทนอาหารเช้าที่ รพ.สต. จัดให้เป็นประจำทุกเดือน

1.4 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้ป่วยและญาติ ในการเข้าร่วมประชุมผู้ป่วยและญาติ แสดงความคิดเห็นมากขึ้น

1.5 การมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ชุมชนมีแกนนำเพิ่มขึ้น และแกนนำได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความสามารถตามที่คาดหวัง และมีแนวโน้มที่จะมีความเข้มแข็ง และต่อยอดการสร้างแกนนำเพิ่มขึ้นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

1.6 การพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น

1.7 การพัฒนาแผนการดำเนินงานที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีโครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนที่มีกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

1.8 การพัฒนารูปแบบและแนวทางในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่สอดคล้องกับ การดำเนินชีวิตตามวิถีชุมชน และเป็นรูปแบบที่ชุมชนอื่นสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโจทย์ วิจัย และดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

1.9 ชุมชนมีเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ คือ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ ที่จะทำงานร่วมกันเพื่อขยายการพัฒนาสุขภาพของประชากรในชุมชน

สรุป โครงการนี้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ทำให้เกิดความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโดยบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นและวิถีชีวิตของชุมชนกับการดูแลสุขภาพ และมีการต่อยอดจากการนำนักศึกษาเข้ามาฝึกปฏิบัติในชุมชนให้เกิด

เป็นเครือข่ายการดูแลสุขภาพระหว่างคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิคกับชุมชนตำบลลาดขัวญ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและเพิ่มโอกาสในการให้สถาบันการศึกษามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- จงจิต บุญอินทร์. (2551). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิรมล เมืองโสม. (2553). รายงานการวิจัย เรื่องการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดการด้านสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น กรณีศึกษาตำบลดอนตู อำเภอนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น.
- วรชัย ทองคำฟู. (2551). วิถีชุมชนในการเรียนรู้รูปแบบเกษตรยั่งยืนตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงในชุมชนบ้านป่าไผ่ ตำบลแม่โป่ง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่, รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์.
- เบญจมาศ ถาดแสง, ดวงฤดีลาคุชะ, และ ทศพร คำผลศิริ. (2555). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*, 39(4), 124-137.
- ระพีพร วาโยบุตร. (2556). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน หมู่บ้านหนองโดน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารกองการพยาบาล*, 41(1).
- สุพินญา คงเจริญ. ชดช้อย วัฒนะ และธีรณัฐ ห้านิรติศัย. (2556). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตต่อพฤติกรรมการกำกับตนเอง ระดับความดันโลหิตและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*, 40(1). 23-32.
- Bandura, A. (1997). *Self efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Lorig, K. (1993). Self-management of chronic illness: A model for the future. *Generations*, XVI, 1(3), 11-14.
- Lorig, K.R., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanism. *The Society of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- World Health Organization (WHO). (2013). A global brief on hypertension Silent killer, global public health crisis. Retrieved from http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en

จริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชธานี

The Ethical Teaching of Nursing Instructors in Perception of Student Nurses, Ratchathani University

ภาวิณี ศรีสันต์¹

Pawinee Srison¹

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาจริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลในปีการศึกษา 2560 จำนวน 240 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามจริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาล โดยมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยจริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}=3.91$, $SD=0.65$) โดยจริยธรรมการสอนในทุกด้านอยู่ในระดับดี เรียงตามลำดับค่าคะแนนเฉลี่ย คือ 1) ด้านการบอกความจริง ($\bar{x}=4.10$, $SD=.70$) 2) ด้านการเคารพเอกลักษณ์ ($\bar{x}=3.98$, $SD=.76$) 3) ด้านการทำประโยชน์ ($\bar{x}=3.91$, $SD=.63$) 4) ด้านความซื่อสัตย์ ($\bar{x}=3.90$, $SD=.78$) 5) ด้านความยุติธรรม ($\bar{x}=3.83$, $SD=.87$) และ 6) ด้านการไม่ทำอันตราย ($\bar{x}=3.74$, $SD=.83$)

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี ควรดำเนินการส่งเสริมและพัฒนาจริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาลให้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการไม่ทำอันตราย

คำสำคัญ: จริยธรรมการสอน, อาจารย์พยาบาล, การรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล

Abstract

The purpose of this descriptive study was to examine ethical teaching of nursing instructors in perception of student nurses, Ratchathani University. The subjects were 240 student nurses in 2017 academic year, recruited by simple random sampling. Research instruments consisted of the demographic data

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี (Faculty of Nursing, Ratchathani University)

pawinee3123@hotmail.com, 045-319900

questionnaire, The ethical teaching of nursing instructors in perception of student nurses questionnaire, The coefficients of reliability of the instrument was .92. Data were analyzed by descriptive statistics.

The results revealed that the mean score of overall ethical teachings was at a good level ($\bar{x} = 3.91$, $SD = .65$). The mean score of all aspects of ethical teachings were at a good level for the six components; 1) truth telling ($\bar{x} = 4.10$, $SD = .70$), 2) respect for autonomy ($\bar{x} = 3.98$, $SD = .76$), 3) beneficence ($\bar{x} = 3.91$, $SD = .63$), 4) fidelity ($\bar{x} = 3.90$, $SD = .78$), 5) justice ($\bar{x} = 3.83$, $SD = .87$) and 6) non-maleficence ($\bar{x} = 3.74$, $SD = .83$).

The results of this study can suggest that faculty of nursing, Ratchathani University should continuous enhancing and developing ethical teaching of nursing instructors, especially non-maleficence.

Keywords: Ethical teaching, Nursing instructors, Perception of student nurses

บทนำ

คุณธรรมจริยธรรม เป็นหนึ่งในมาตรฐานผลการเรียนรู้ตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 ซึ่งกำหนดว่าบัณฑิตที่พึงประสงค์ของสาขาพยาบาลศาสตร์ประการหนึ่ง คือ “ปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ และมีความสามารถจัดการกับปัญหาจริยธรรมในการดำรงชีพ และในการปฏิบัติงานในวิชาชีพการพยาบาล” จากข้อกำหนดดังกล่าว สถาบันการศึกษาพยาบาล จึงต้องจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรม และนำเนื้อหาไปบูรณาการกับรายวิชาการพยาบาลทั้งทฤษฎี และภาคปฏิบัติตลอดหลักสูตร เพื่อให้บัณฑิตมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ สามารถปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงความปลอดภัยต่อชีวิตของผู้ใช้บริการ ภายใต้กฎหมายและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ

จริยธรรมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการประกอบวิชาชีพการพยาบาล เห็นได้จากการที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้ในสมรรถนะหลักของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรระดับปริญญาตรี โดยให้ความสำคัญเป็นประการแรกว่าพยาบาลจะต้องปฏิบัติการพยาบาลที่แสดงออกถึงความเมตตา กรุณา คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ใช้บริการบนพื้นฐานของจรรยาบรรณวิชาชีพ กฎหมาย และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง แสดงออกถึงความรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลของตน รวมทั้ง วิเคราะห์ประเด็นจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการพยาบาล ตัดสินใจเชิงจริยธรรมและดำเนินการได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ที่มีความขัดแย้งทางจริยธรรมและกฎหมายที่ไม่ซับซ้อน (สภาการพยาบาล, 2553) และกำหนดให้ทุกสถาบันการศึกษาบรรจุเนื้อหาจริยธรรมใน

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ซึ่งผู้เรียนทุกคนจะต้องได้รับการการบ่มเพาะคุณธรรมจริยธรรม เพื่อให้ผู้ใช้บริการและสังคมมั่นใจว่าจะได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพจากผู้ประกอบวิชาชีพที่มีจริยธรรม (มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์, 2560)

จากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีความก้าวหน้าของเครื่องมือ อุปกรณ์ และเทคโนโลยีด้านการรักษา ประชาชนมีความต้องการด้านสุขภาพที่มากขึ้น และมีภาวะสุขภาพที่ซับซ้อน พยาบาลทุกคนจึงต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ประเด็นเหล่านี้นับวันจะเพิ่มความยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมของพยาบาลให้มีความรู้ทักษะการตัดสินใจเมื่อต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม โดยการเตรียมความพร้อมดังกล่าวจะต้องเริ่มตั้งแต่การเป็นนักศึกษาพยาบาล ดังนั้นสถาบันการศึกษาพยาบาลจึงเป็นองค์กรที่มีความสำคัญในการจัดการศึกษา เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีองค์ความรู้ด้านจริยศาสตร์ที่เป็นพื้นฐานสำหรับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และเมื่อนักศึกษาเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาล ก็จะสามารถเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อรัญญา เขาวลิตและทัศนีย์ นະแส, 2559) การปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมผ่านสถาบันการศึกษาเป็นแนวทางที่ส่งผลต่อคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษามากที่สุดและให้ผลดีที่สุด เนื่องจากสถาบันการศึกษาจะใกล้ชิดกับนักศึกษา (รุ่งนภา ตั้งจิตรเจริญกุล, วิชุดา กิจธรรม, สุริพร อนุศาสนนันท์, พิกุล เอกวางกูร และจันทร์เพ็ญ ตั้งจิตรเจริญกุล, 2560) ซึ่งการรับรู้และปลูกฝังจากการศึกษาวิชาชีพพยาบาล การเสริมสร้างพฤติกรรมจริยธรรมในระหว่างการศึกษา การจัดหลักสูตรและการเรียนการสอน ตัวอย่างของพฤติกรรมจริยธรรมของอาจารย์ผู้สอนมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการรับรู้และการปลูกฝังพฤติกรรมจริยธรรมของนักศึกษาทั้งทางบวกและทางลบ (สภาการพยาบาล, 2551)

อาจารย์พยาบาล เป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง เพราะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการผลิตพยาบาลที่ดี และเป็นผู้มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้เจตคติและการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา ดังนั้น อาจารย์พยาบาลจึงต้องยึดมั่นและปฏิบัติการสอนอย่างมีจริยธรรมโดยผ่านกระบวนการเรียนการสอนและการเป็นต้นแบบที่ดีเพื่อการพัฒนาจริยธรรมของผู้เรียน จริยธรรมในการสอนจึงมีความสำคัญอย่างมากในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และสถาบันการศึกษาพยาบาลจะต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมจริยธรรมการสอนให้กับอาจารย์ (อรัญญา เขาวลิตและทัศนีย์ นະแส, 2559) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลต่อผู้ป่วย แต่การศึกษาเกี่ยวกับจริยธรรมการสอนของอาจารย์ยังมีน้อย และจากประสบการณ์ตรงของผู้วิจัยพบว่า อาจารย์พยาบาลมีพฤติกรรมจริยธรรมการสอนที่หลากหลาย ที่ทำให้นักศึกษาเกิดความรู้สึกได้ทั้งในทางบวกและทางลบ และพฤติกรรมดังกล่าวยังเป็นแบบอย่างที่นักศึกษายพยายามลอกเลียนแบบ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาจริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาลจากการรับรู้

ของนักศึกษาพยาบาล โดยผลการศึกษาที่ได้จะนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาหรือส่งเสริมจริยธรรมการสอนของอาจารย์ในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาจริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยราชธานี

คำถามการวิจัย

จริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยราชธานีเป็นอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

ประชากร คือ นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี ที่กำลังศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในปีการศึกษา 2560 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี จำนวน 240 คน ระยะเวลาที่ศึกษาในช่วงเดือนมีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2561

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของมาตรฐานจรรยาบรรณที่พึงมีในสถาบันอุดมศึกษาตามประกาศของ ก.พ.อ. (2551) ที่กำหนดให้อาจารย์ต้องยึดมั่นในหลักจริยธรรม ได้แก่ 1) ยึดมั่นและยืนหยัดในสิ่งที่ถูกต้อง 2) ซื่อสัตย์สุจริตและรับผิดชอบ 3) ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความโปร่งใสและสามารถตรวจสอบได้ 4) ปฏิบัติหน้าที่โดยไม่เลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม 5) มุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน และ 6) ไม่ใช้อำนาจครอบงำผิดทำนองคลองธรรมต่อนักศึกษา และหลักจริยธรรมซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานในการแสดงพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลตามคุณลักษณะของวิชาชีพพยาบาล (Beauchamp & Childres, 2001 อ้างถึงในสภาการพยาบาล, 2558) ประกอบด้วย

1) การทำประโยชน์ (beneficence) หมายถึง การทำสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์กับบุคคลอื่น เป็นการกระทำที่บ่งบอกถึงความรัก ความเมตตา กรุณา เห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น

2) การไม่ทำอันตราย (non-maleficence) หมายถึง การกระทำที่ไม่นำสิ่งเลวร้ายหรืออันตรายมาสู่บุคคลอื่นทั้งด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม รวมทั้งการไม่ทำให้ผู้อื่นเสี่ยงต่ออันตราย กฎเกณฑ์เกี่ยวกับการไม่ทำอันตรายผู้อื่น ประกอบด้วย ไม่ฆ่า ไม่ทำให้เจ็บปวด ไม่ทำให้ไร้ความสามารถ ไม่ทำให้ปราศจากความสุข และไม่จำกัดอิสรภาพ

3) การเคารพเอกลิทธิ (respect for autonomy) หมายถึง การมีความเป็นส่วนตัว มีสิทธิในการปกครองตนเองในการกระทำตามความปรารถนาของตน หลักการเคารพสิทธิครอบคลุมทั้งการตัดสินใจและการกระทำโดยการตัดสินใจบนพื้นฐานของคุณค่าและความเชื่อของตน การตัดสินใจโดยมีข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอ การตัดสินใจโดยอิสระจากผู้บังคับ ส่วนลักษณะของการกระทำอย่างอิสระ ประกอบด้วย การกระทำด้วยความตั้งใจ การกระทำด้วยความเข้าใจ และการกระทำ โดยไม่มีอิทธิพลใดๆ มาควบคุม

4) ความยุติธรรม (Justice) หมายถึง การปฏิบัติด้วยความเสมอภาคหรือเท่าเทียมกัน ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการบริการที่เท่าเทียมกันไม่คำนึงถึงเพศ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพ

5) ความซื่อสัตย์ (fidelity) หมายถึง การรักษาสัญญา (promise keeping) และการปกปิดความลับ (maintaining confidentiality)

6) การบอกความจริง (veracity or truth telling) หมายถึง การพูดความจริง ไม่โกหก หลอกลวงผู้อื่น ทั้งคำพูดและการกระทำ

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาจริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชธานี

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ นักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในปีการศึกษา 2560 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี ในชั้นปีที่ 2 จำนวน 158 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 177 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 194 คน รวมทั้งหมดจำนวน 529 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ นักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในปีการศึกษา 2560 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี นักศึกษา คณะพยาบาลมหาวิทยาลัยราชธานี โดยผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970 อ้างในธีรฤทธิ เอกะกุล, 2543) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 223 ราย เพื่อป้องกันปัญหาเกี่ยวกับความไม่สมบูรณ์ของคำตอบ ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เป็นจำนวน 245 ราย โดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละชั้นปีตามโควตา และเลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละชั้นปีโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จากลำดับที่นักเรียนของนักศึกษาที่เป็นเลขคู่จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ และชั้นปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมจริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาล โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งจริยธรรมการสอนของอาจารย์เป็น 6 ด้าน มีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการทำประโยชน์ จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านการไม่กระทำอันตราย จำนวน 4 ข้อ 3) ด้านการเคารพเอกสิทธิ์ จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านความยุติธรรม จำนวน 4 ข้อ 5) ด้านความซื่อสัตย์ จำนวน 4 ข้อ และ 6) ด้านการบอกความจริง จำนวน 4 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's Scale) 5 ระดับ ดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติตามข้อความที่ถามนั้นในระดับน้อยที่สุด
- 2 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติตามข้อความที่ถามนั้นในระดับน้อย
- 3 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติตามข้อความที่ถามนั้นในระดับปานกลาง
- 4 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติตามข้อความที่ถามนั้นในระดับมาก
- 5 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติตามข้อความที่ถามนั้นในระดับมากที่สุด

การคิดคะแนนโดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 1-5 คะแนน การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ตามเกณฑ์การประเมินพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลต่อผู้ป่วยของสภาการพยาบาล (2558) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.50 หมายถึง จริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาลอยู่ในระดับพอใช้
 คะแนนเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง จริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง
 คะแนนเฉลี่ย 3.51–4.50 หมายถึง จริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาลอยู่ในระดับดี
 คะแนนเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง จริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาลอยู่ในระดับดีมาก

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามจริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาล มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับจริยธรรมและเป็นอาจารย์พยาบาล จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องในเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความถูกต้องทางทฤษฎี ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .93 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขและตรวจสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเที่ยงโดยวิธีการหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการชี้แจงข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับโครงการวิจัยโดยละเอียด ครอบคลุมด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาในหลักสูตร ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และมีการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และจะใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น และให้เวลากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจ หลังจากนั้นจึงให้เซ็นยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างหลังเรียนคาบสุดท้ายของรายวิชาทฤษฎี ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของผลการวิจัย แจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย และขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ และให้กลุ่มตัวอย่างที่ตกลงให้ความร่วมมือเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามที่จัดเตรียมไว้ โดยแจกแบบสอบถามตามลำดับที่นั่งเลขคู่ จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นปี
5. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยในระหว่างตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะอยู่บริเวณใกล้เคียง หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบแบบสอบถามสามารถสอบถามผู้วิจัยเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที
6. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำตอบ พบว่า มีแบบสอบถามที่มีคำตอบไม่ครบ จำนวน 5 ฉบับจากจำนวนทั้งหมด 245 ฉบับ
7. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 240 ฉบับ มาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยตัวแปรเพศและชั้นปีหาค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนตัวแปรอายุ หาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนจริยธรรมการสอนของอาจารย์โดยรวม รายด้าน และรายข้อ โดยการหาพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลระดับคะแนนตามเกณฑ์

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 98.80) มีอายุระหว่าง 19-25 ปี อายุเฉลี่ย 21.32 ($SD=1.12$) เรียนในชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 30.40) ชั้นปีที่ 3 (ร้อยละ 32.52) และชั้นปี 4 (ร้อยละ 37.10)

ส่วนที่ 2 จริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาล

ข้อมูลจริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาล ประกอบด้วย การไม่ทำอันตราย ความยุติธรรม การเคารพเอกสิทธิ์ ความซื่อสัตย์ การทำประโยชน์ และการบอกความจริง

ตารางที่ 1 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับจริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาลโดยรวมและรายด้าน (n=240)

จริยธรรมการสอน	พิสัย	$\bar{x}$	SD	ระดับ
โดยรวม	1.86–5.00	3.91	.65	ดี
รายด้าน				
การบอกความจริง	2.00–5.00	4.10	.70	ดี
การเคารพเอกสิทธิ์	1.80–5.00	3.98	.76	ดี
การทำประโยชน์	1.57–5.00	3.91	.63	ดี
ความซื่อสัตย์	1.25–5.00	3.90	.78	ดี
ความยุติธรรม	1.00–5.00	3.83	.87	ดี
การไม่ทำอันตราย	1.25–5.00	3.74	.83	ดี

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยจริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.91 ($SD=.65$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี โดยจริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาลด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการบอกความจริง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 ($SD=.70$) และจริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาลด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการไม่ทำอันตราย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 ($SD=.83$)

ตารางที่ 2 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับจริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาลรายข้อ (n=240)

พฤติกรรมจริยธรรมต่อผู้ป่วย	พิสัย	$\bar{x}$	SD	ระดับ
ด้านการบอกความจริง				
1) อาจารย์อ้างอิงที่มาของเนื้อหาที่สอน	1-5	4.21	.79	ดี
2) อาจารย์คอยซักเตือน ช่วยแก้ไข ไม่ละเลยหรือปิดบัง	1-5	4.20	.79	ดี
เมื่อพบเห็นนักศึกษากระทำผิด				
3) อาจารย์พูดหรือให้ข้อมูลนักศึกษาในสิ่งที่เป็นความจริง	1-5	4.12	.88	ดี
4) อาจารย์กล้าหาญที่จะยอมรับหรือบอกความจริง	1-5	3.90	.92	ดี
เกี่ยวกับความผิดพลาดของอาจารย์เอง				
ด้านการเคารพเอกสิทธิ์				
1) อาจารย์ให้ความสำคัญและตอบสนองต่อคำถาม เมื่อ	1-5	4.10	.89	ดี
นักศึกษามีข้อสงสัย หรือต้องการซักถาม				
2) อาจารย์เปิดโอกาสให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้	1-5	4.02	.91	ดี

พฤติกรรมจริยธรรมต่อผู้ป่วย	พิสัย	$\bar{x}$	SD	ระดับ
3) อาจารย์รับฟังความคิดเห็นของนักศึกษา แม้จะต่าง จากความคิดเห็นของอาจารย์	1-5	4.01	.92	ดี
4) อาจารย์เปิดโอกาสให้นักศึกษามีอิสระในการตัดสินใจ ยอมรับและเคารพต่อการตัดสินใจของนักศึกษาโดยไม่ ละเมิดสิทธิของผู้อื่น	1-5	3.93	.88	ดี
5) อาจารย์เข้าใจและยอมรับในความแตกต่างของ นักศึกษาแต่ละคน	1-5	3.84	.95	ดี
ด้านการทำประโยชน์				
1) อาจารย์ถ่ายทอดวิชาความรู้ด้วยท่าทีที่เต็มใจ ไม่ ปิดบัง	1-5	4.18	.92	ดี
2) อาจารย์แสดงความภาคภูมิใจต่อวิชาชีพ	2-5	4.02	.79	ดี
3) อาจารย์ประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดีแก่นักศึกษาใน การปฏิบัติงานและการใช้ชีวิต	1-5	4.01	.89	ดี
4) อาจารย์กล่าวยกย่อง ชมเชยเมื่อนักศึกษาทำความดี	2-5	3.90	.79	ดี
5) อาจารย์รับฟังปัญหาด้วยความสนใจ เอาใจใส่ ปลอบโยนและให้กำลังใจแก่นักศึกษา เมื่อประสบปัญหา ในการเรียนหรือชีวิตส่วนตัว	1-5	3.88	.81	ดี
6) อาจารย์แสวงหาวิธีการสอนใหม่ๆ รวมทั้งใช้สื่อการ สอนที่น่าสนใจ	1-5	3.74	.92	ดี
7) อาจารย์จัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับ เนื้อหาวิชา ยืดหยุ่นตามความต้องการของนักศึกษา	1-5	3.66	.82	ดี
ด้านความซื่อสัตย์				
1) อาจารย์จัดกิจกรรมการสอน การมอบหมายงาน และ ประเมินผลตามที่แจ้งไว้เมื่อปฐมนิเทศรายวิชา หากมี การปรับเปลี่ยนต้องมีเหตุผลที่เพียงพอ	1-5	3.99	.86	ดี
2) อาจารย์ให้คำปรึกษาพูดคุยกับนักศึกษาในเรื่องที่เป็น ความลับในที่ที่เป็นส่วนตัว	1-5	3.92	.96	ดี
3) อาจารย์ปฏิบัติตามคำสัญญาหรือข้อตกลงที่ให้ไว้กับ นักศึกษา	1-5	3.86	.86	ดี
4) อาจารย์เก็บรักษาข้อมูลของนักศึกษา ระมัดระวัง ไม่ให้เกิดการรั่วไหลของข้อมูลที่เป็นความลับของ นักศึกษา ทั้งทางวาจา เอกสารและคอมพิวเตอร์	1-5	3.85	1.00	ดี

พฤติกรรมจริยธรรมต่อผู้ป่วย	พิสัย	$\bar{x}$	SD	ระดับ
<i>ด้านความยุติธรรม</i>				
1) อาจารย์ประเมินผลการเรียนรู้ของนักศึกษาตามเกณฑ์ที่กำหนดด้วยความ โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้เมื่อมีข้อสงสัย	1-5	3.97	.90	ดี
2) อาจารย์ประเมินผลการเรียนรู้ของนักศึกษา และให้ระดับขั้นคะแนนอย่างยุติธรรม	1-5	3.84	1.02	ดี
3) อาจารย์ไม่ใช้อคติหรือความรู้สึกส่วนตัวตัดสินผลการเรียนรู้ของนักศึกษา	1-5	3.81	1.06	ดี
4) อาจารย์ให้การดูแลและสอนนักศึกษาอย่างเท่าเทียมเสมอภาค ไม่เลือกปฏิบัติ ไม่แบ่งแยก	1-5	3.71	1.04	ดี
<i>ด้านการไม่ทำอันตราย</i>				
1) อาจารย์ไม่ลงโทษนักศึกษาด้วยการทำอันตรายต่อร่างกายนักศึกษา	1-5	4.02	.99	ดี
2) อาจารย์ไม่วิพากษ์ วิจารณ์ความเชื่อของผู้คนที่ต่างจากตน ว่าเป็นสิ่งที่ม่งาย หรือไร้เหตุผล	1-5	3.73	.96	ดี
3) อาจารย์ไม่ใช้คำพูดที่ทำร้ายจิตใจนักศึกษา ทำให้รู้สึกอับอายหรือด้อยศักดิ์ศรี	1-5	3.60	1.03	ดี
4) อาจารย์ไม่แสดงกิริยาท่าทางที่ทำร้ายจิตใจนักศึกษา ทำให้รู้สึกอับอายหรือด้อยศักดิ์ศรี	1-5	3.59	1.02	ดี

จากตารางที่ 2 ผลวิจัยพบว่า จริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาลข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 ลำดับแรก คือ อาจารย์อ้างอิงที่มาของเนื้อหาที่สอน ($\bar{x}=4.21$, $SD=.79$) อาจารย์คอยตักเตือน ช่วยแก้ไข ไม่ละเลยหรือปิดบัง เมื่อพบเห็นนักศึกษากระทำผิด ($\bar{x}=4.20$, $SD=.79$) และ อาจารย์ถ่ายทอดวิชาความรู้ด้วยท่าทีที่เต็มใจ ไม่ปิดบัง ($\bar{x}=4.18$, $SD=.92$) และจริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาลข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 ลำดับ คือ อาจารย์ไม่แสดงกิริยาท่าทางที่ทำร้ายจิตใจนักศึกษา ทำให้รู้สึกอับอายหรือด้อยศักดิ์ศรี ($\bar{x}=3.59$, $SD=1.02$) อาจารย์ไม่ใช้คำพูดที่ทำร้ายจิตใจนักศึกษา ทำให้รู้สึกอับอายหรือด้อยศักดิ์ศรี ($\bar{x}=3.60$, $SD=1.03$) และอาจารย์จัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับเนื้อหาวิชา ยึดหยุ่นตามความต้องการของนักศึกษา ($\bar{x}=3.66$, $SD=.82$)

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการวิจัยพบว่า จริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาลมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}=3.91$) ทั้งนี้เนื่องจาก อาจารย์พยาบาล ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จะต้องประกอบวิชาชีพด้วยเจตนาดี ไม่ประพฤติหรือกระทำการใดๆ อันเป็นเหตุให้เสื่อมเสียเกียรติแห่งวิชาชีพตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษจริยธรรมแห่งวิชาชีพ พ.ศ. 2550 ตามหมวด 1 บททั่วไป ข้อที่ 6 และวิชาชีพการพยาบาลต้องปฏิบัติตามจรรยาบรรณของวิชาชีพ ซึ่งเป็นการสร้างมาตรฐานพฤติกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพให้ปฏิบัติตามจรรยาบรรณที่ประกาศไว้กับสังคม ซึ่งจรรยาบรรณกำหนดทั้งสิ่งที่ควรปฏิบัติและสิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติ และจรรยาบรรณเป็นข้อผูกพันสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ จึงมีการกำหนดโทษสำหรับผู้กระทำความผิดจรรยาบรรณ โดยมีโทษสูงสุดคือ การเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ซึ่งจะยังผลให้ผู้ได้รับการเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพไม่สามารถทำงานในวิชาชีพนั้นได้อีกต่อไป (สภาการพยาบาล, 2551) นอกจากนี้ อาจเนื่องจากบริบทของสังคมไทยเป็นสังคมชาวพุทธ ซึ่งมีหลักจริยธรรมไทย ได้แก่ ความเมตตา กรุณา ความอ่อนน้อมถ่อมตน ความซื่อสัตย์ และความยุติธรรม การไม่ฆ่า ไม่เบียดเบียนผู้อื่น และการไม่โกหก ซึ่งค่านิยมทางสังคมและศาสนามีส่วนสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมจริยธรรม เพราะเป็นสิ่งที่หล่อหลอมและกล่อมเกลาทุกคนให้เชื่อถือและยึดเหนี่ยว (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรมและสมใจ ศิริกมล, 2558)

2. ผลการวิจัยพบว่า จริยธรรมการสอนของอาจารย์ด้านการบอกความจริงเป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{x}=4.10$) ซึ่งการบอกความจริงหมายถึง การพูดความจริง ไม่โกหกหลอกลวงผู้อื่น ทั้งคำพูดและการกระทำ การพูดหรือการบอกความจริง เป็นหลักจริยธรรมที่เป็นพื้นฐานของสัมพันธภาพระหว่างมนุษย์ เพราะมนุษย์ทุกคนคาดหวังที่จะได้รับความจริง ไม่ถูกหลอกลวงหรือโกหก อาจารย์จะต้องพูดหรือให้ข้อมูลนักศึกษาในสิ่งที่เป็นความจริงเท่านั้น เพราะการโกหกหลอกลวงจะส่งผลกระทบต่อความเชื่อถือ ไว้วางใจในอาจารย์ แม้ว่าบางครั้งเป็นการบอกความจริงเกี่ยวกับความผิดพลาดของอาจารย์เอง อาจารย์จะต้องมีความกล้าหาญทางจริยธรรม (Moral courage) ในการบอกความจริงแก่นักศึกษาถึงความผิดพลาดของอาจารย์และแก้ไขให้ถูกต้อง และเมื่อพบว่านักศึกษา ทำสิ่งใดผิดพลาด บกพร่อง อาจารย์จะต้องสะท้อนให้นักศึกษาได้รับทราบถึงสิ่งที่ผิดพลาด บกพร่องอย่างเปิดเผย ตรงไปตรงมา หากจะต้องลงโทษก็ต้องกระทำด้วยความเมตตาสมเหตุสมผล เพื่อสร้างความตระหนักให้กับนักศึกษาที่จะไม่กระทำผิดซ้ำ การกระทำดังกล่าวจะส่งผลให้นักศึกษาเกิดความชื่นชม ศรัทธาต่ออาจารย์ และเป็นวิธีการบ่มเพาะจริยธรรมให้กับนักศึกษาได้เป็นอย่างดี (อริยญา เชาวลิตร, 2559) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า จริยธรรมการสอนข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ อาจารย์มีการอ้างอิงที่มาของเนื้อหาที่สอน ($\bar{x}=4.21$) แสดงให้เห็นว่า อาจารย์พยาบาลคำนึงถึงจริยธรรมในการอ้างอิงแหล่งที่มาของเนื้อหา โดยไม่นำผลงานของผู้อื่นมาลอกเลียนแบบหรือเอาผลงานของผู้อื่นมาเป็นของตนโดยไม่อ้างอิงอย่าง

ถูกต้อง หรือเรียกว่า Plagiarism ซึ่งการกระทำดังกล่าวถือเป็นการบิดเบ่งความจริง หรือโกหก หลอกลวงผู้อื่นให้เข้าใจผิด (อรัญญา เชาวลิต, 2559)

3. ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยจริยธรรมการสอนของอาจารย์ด้านการไม่ทำอันตราย นักศึกษาแม้อยู่ในระดับมากแต่เป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 3.74$) ทั้งนี้เนื่องจาก การฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลต้องอยู่ภายใต้การนิเทศของอาจารย์พยาบาลตามกฎหมายการควบคุมการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การปฏิบัติการพยาบาลจึงต้องได้รับการนิเทศและตรวจสอบความถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดอันตราย หากผู้ป่วยได้รับอันตรายในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ถือเป็นความบกพร่องในหน้าที่ และเป็นความผิดทางกฎหมายได้ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ซึ่งอาจได้รับโทษรุนแรงถึงขั้นเพิกถอนใบอนุญาตในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และโทษทางอาญาได้ (แสงทอง ชีระทองคำและไสว นรสาร, 2556) ดังนั้น นักศึกษาจะให้การพยาบาลที่ผิดพลาดไม่ได้เพราะความผิดพลาดย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย อาจารย์พยาบาล จึงต้องคอยดูแลนักศึกษาอย่างใกล้ชิดระมัดระวังไม่ให้เกิดความผิดพลาด และให้ความสำคัญกับการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย มากกว่านักศึกษาพยาบาล และผลการวิจัยพบว่าจริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาลข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ อาจารย์ไม่แสดงกิริยาท่าทางที่ทำร้ายจิตใจนักศึกษา ทำให้รู้สึกอับอายหรือด้อยศักดิ์ศรี ($\bar{x} = 3.59$) อาจารย์ไม่ใช่คำพูดที่ทำร้ายจิตใจนักศึกษา ทำให้รู้สึกอับอายหรือด้อยศักดิ์ศรี ($\bar{x} = 3.60$) ทั้งนี้เนื่องจาก สังคมไทยยังให้ความสำคัญเคารพครูบาอาจารย์เสมือน พ่อ แม่ คนที่สอง และมีความเชื่อในสุภาษิตที่ว่า “รักวัวให้ผูก รักลูกให้ตี” ด้วยคาดหวังว่าการลงโทษด้วยการตีจะทำให้ลูกเป็นคนดี คนเก่งในอนาคต แต่อย่างไรก็ตาม อาจารย์พยาบาลยังต้องยึดหลักจริยธรรมในหลักการไม่ใช้อำนาจครอบงำผิดทำนองคลองธรรมต่อนักศึกษาตามประกาศ ก.พ.อ.เรื่องมาตรฐานของจรรยาบรรณที่พึงมีในสถาบันอุดมศึกษา (2551) และไม่ทำอันตราย คือการกระทำที่ไม่นำสิ่งเลวร้ายหรืออันตรายมาสู่บุคคลอื่น ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม รวมทั้งการ ไม่ทำให้ผู้อื่นเสี่ยงอันตราย ซึ่งการทำร้ายร่างกายหรือจิตใจนักศึกษาไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดก็ตามจะเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ของนักศึกษา (อรัญญา เชาวลิต, 2559)

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. อาจารย์พยาบาล ควรเพิ่มการตระหนักถึงจริยธรรมด้านการไม่ทำอันตรายนักศึกษาระมัดระวังการแสดงกิริยาท่าทางและคำพูดที่ทำร้ายจิตใจ ที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลรู้สึกอับอายหรือด้อยศักดิ์ศรี หากต้องลงโทษนักศึกษาควรเลือกใช้วิธีที่เหมาะสม เช่น กล่าวตักเตือนด้วยวาจา หรือการมอบหมายงานให้ไปศึกษาค้นคว้าเพิ่ม เป็นต้น

2. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี ควรส่งเสริมพัฒนาจริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาลในรูปแบบต่างๆ เช่น การกำหนดให้มีเนื้อหาด้านจริยธรรมในการปฐมนิเทศอาจารย์ใหม่ การเยี่ยมตรวจทางจริยธรรม การประชุมปรึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในการสอน ส่งเสริมและยกย่องผู้ที่ประพฤติตนเป็นแบบอย่างทางจริยธรรม เช่น การมอบรางวัลเกียรติบัตร โล่ประกาศเกียรติคุณ การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์พยาบาลต้นแบบด้านจริยธรรมทางสื่อต่าง ๆ รวมทั้งควรประกาศจริยธรรมหลักของคณะพยาบาลศาสตร์ที่ชัดเจนเพื่อให้อาจารย์พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาตนและจัดการศึกษาให้แก่ผู้เรียน

3. ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาล

4. ควรศึกษาจริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาลจากการรับรู้ของตนเอง หรือการรับรู้ของผู้บริหาร

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือจากผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาชี้แนะให้งานวิจัยสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ ขอขอบคุณนักศึกษาพยาบาลทุกคนที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้ข้อมูล ทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี และขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชธานี ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงศึกษาธิการ. (2551). ประกาศ ก.พ.อ.เรื่องมาตรฐานของจรรยาบรรณที่พึงมีในสถาบันอุดมศึกษา. สืบค้นจาก <http://regu.tu.ac.th/DataSource/A222.PDF>
- ธีรวุฒิ เอกะกุล. (2543). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
- รุ่งนภา ตั้งจิตเรณูกุล, วิชุดา กิจธรรม, สุรีพร อนุศาสนนันท์, พิกุล เอกวางกูร และจันทร์เพ็ญ ตั้งจิตเรณูกุล. (2560). การศึกษาแนวทางการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาไทย. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 23(1). 147-167. สืบค้นจาก <https://tci-thaijo.org/index.php/BSRI/article/view/76214>
- สภาการพยาบาล. (2550). ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษากฎจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2550. สืบค้นจาก http://www.lpnh.go.th/nurse/upload_pdf/myfile/2550_rule_ethics_nurse.pdf
- สภาการพยาบาล. (2551). *แนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.

- สภาการพยาบาล. (2553). *สมรรถนะผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
- สภาการพยาบาล. (2558). *คู่มือส่งเสริมจริยธรรมสำหรับองค์กรพยาบาล: กลไกและการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.
- แสงทอง อีระทองคำ และไสว นรสาร. (2556). *กฎหมายสำหรับพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: Offset Plus
- สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา. (2561). กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ.2560. สืบค้นจาก www.mua.go.th/users/tqf-hed/.../ประกาศ-ศธ-NQF-2560-พยาบาลศาสตร์-ป-ตรี.PDF
- อรัญญา เชาวลิต และทัศนีย์ นะแส. (2559). การจัดการศึกษาจริยศาสตร์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 36(ฉบับพิเศษ). 183-195. สืบค้นจาก <http://www.tcithaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/>
- อรัญญา เชาวลิต และทัศนีย์ นะแส. (2559). จริยธรรมการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 36(3). 261-270. สืบค้นจาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/pdf>
- อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม และสมใจ ศิระกมล. (2558). *พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ*. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานาชาติ.

ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเขตเมือง Nutritional Status in the Urban Elderly

ธัญธรรส เพชรเมือง¹, ดวงหทัย กลัดนวม², เพ็ญญา เป้งแข่ง³, อภิญญา กุลทะเล⁴
Tanantat Petmuang¹, Duanghathai Kladnuam²,
Pennapa Pengsang³, Apinya Koontalay⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเมือง โดยรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปที่พักอาศัยอยู่ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ ปทุมธานี โดยการคัดเลือกแบบสะดวกจำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ และ 2) แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment) วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติการวิเคราะห์เชิงพรรณนาด้วยความถี่และร้อยละ ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุร้อยละ 63.5 (n = 254) มีภาวะโภชนาการปกติ ขณะที่ร้อยละ 36.5 (n = 146) อยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อการขาดอาหาร เมื่อมีการประเมินในกลุ่มเสี่ยงเพิ่มเติม พบว่าร้อยละ 51.4 คະแนนอยู่ในระดับเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ รองลงมาอยู่ในระดับภาวะโภชนาการเพียงพอ (ร้อยละ 30.8) และระดับขาดอาหาร (ร้อยละ 17.8)

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการ, ผู้สูงอายุ

Abstracts

This study to survey nutritional conditions of elderly people in the urban, Thailand. This study was survey research. The subjects, obtained by means of convenience sampling, were 400 elderly people aged 60 or more who lived in the provinces of Bangkok, Samutprakan and Pathumthani. The instruments used in the research were (1) a personal information and health information recording form and (2) a mini nutritional assessment form. The data were analysed using descriptive statistics, focusing on the frequency and percentage. This research were findings of all the elderly people surveyed, 63.50% (n = 254) were found to

¹⁻³ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา (Senior students College of Nursing and Health, Suansunandha Rajabhat University)

⁴ อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา (Instructor College of Nursing and Health, Suansunandha Rajabhat University) e-mail: apinya.ko@ssru.ac.th โทร 02-160-1370-

have normal nutritional conditions, whilst 36.5% (n = 146) were identified as facing a risk of hyponutrition. Further assessment revealed that 51.4% of the subjects in the risk group were prone to malnutrition, whilst 30.8% received adequate nutrition and 11.8% were suffering from hyponutrition.

keywords: nutritional status, elderly

บทนำ

สังคมไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ คือ มีประชากรวัยสูงอายุร้อยละ 20 (บรรลุ ศิริพานิช, 2550) ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นย่อมนำมาซึ่งปัญหาของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพในวัยสูงอายุจะมีธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังทำให้ ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น (อัมพรพรรณ ธีรานบุตร, 2552) ภาวะโภชนาการเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของผู้สูงอายุ (Muurinen, et al., 2010) ขณะที่ภาวะโภชนาการที่ต่ำกว่าเกณฑ์ จะมีความสัมพันธ์กับพยากรณ์ที่ไม่ดี เสี่ยงต่อความพิการ และเสียชีวิต (Pirlich, et al., 2001) อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุอาจมีปัญหาด้านโภชนาการเกิดขึ้นได้ เนื่องจากวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ได้แก่ ความอยากอาหารลดลงจากการ ทำงานของระบบประสาทเกี่ยวกับการรับรส กลิ่น สัมผัสเสื่อมลง การทำงานของต่อมน้ำลายลดลง ปาก และลิ้นแห้ง ความสามารถในการบดเคี้ยวและการกลืนลดลง การทำงานของกระเพาะอาหาร ลำไส้ และการดูดซึมสารอาหารลดลง (Baker, 2007) นอกจากนี้ภาวะด้านจิตใจ เช่น ความความหว้าเหว และความหดหู่ใจจากการที่บุตรหลาน ไม่ค่อยเอาใจใส่ หรือถูกทอดทิ้ง ทำให้ได้รับอาหารน้อยลง และเสี่ยงต่อภาวะการขาดสารอาหารได้ (Pirlich, et al., 2001) รวมทั้งความเสื่อมของร่างกาย ความแข็งแรงที่ลดลง หรือมีความเจ็บป่วยพิการ และภาวะรู้คิดบกพร่องทำให้ความสามารถในการจัดหาอาหารมารับประทานเองไม่ได้ หรือลดลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลให้เกิดปัญหาทางโภชนาการในผู้สูงอายุได้ (Isaia, 2011)

ภาวะพร่องโภชนาการหรือภาวะขาดสารอาหารเป็นปัญหาที่พบได้ในผู้สูงอายุทั่วโลก เช่น ในประเทศ อังกฤษมีการศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานพยาบาล (nursing home) จำนวน 1,381 คนโดยใช้แบบประเมิน the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) พบว่าร้อยละ 38.2 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะขาดสารอาหาร (Lelovics, 2009) นอกจากนี้มี การศึกษาการคัดกรองภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานพักฟื้นระยะยาวจำนวน 127 คน ด้วย Mini Nutritional Assessment–Short Form (MNA®-SF) พบว่าร้อยละ 13.4 ของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีภาวะขาดสารอาหาร (Isenring, et al., 2009) และมีการศึกษาภาวะ โภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุชาวจีนที่มีอายุมากกว่า 90 ปี ที่อาศัยในชุมชนจำนวน 632 คน โดยใช้แบบประเมิน Mini Nutritional

Assessment (MNA®) พบว่าร้อยละ 5.7 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะขาดสารอาหาร และร้อยละ 70.4 มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหาร และการสำรวจภาวะโภชนาการด้วยแบบประเมิน MNA® ในผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นจำนวน 226 คน พบว่า ร้อยละ 19.9 ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีภาวะขาดสารอาหาร ขณะที่ร้อยละ 58 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหาร (Ji, 2012) สำหรับประเทศไทย พบการวิจัยเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ ของผู้สูงอายุในภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมิน MNA® ในผู้สูงอายุอำเภอพุทธมณฑลจำนวน 60 คน พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 50 มีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ดี อีกร้อยละ 48.3 เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร และเพียงร้อยละ 1.7 (1 คน) มีภาวะขาดอาหาร และจากการศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกการพยาบาลบำบัดพิเศษ จำนวน 87 คน ใช้ประเมินจากน้ำหนักและส่วนสูง พบว่า ผู้สูงอายุชายมีภาวะโภชนาการปกติร้อยละ 49.0 รองลงมา มีภาวะขาด สารอาหารร้อยละ 37.3 และมีน้ำหนักตัวเกินร้อยละ 13.7 ขณะที่ผู้สูงอายุเพศหญิงร้อยละ 58.3 มีภาวะโภชนาการปกติ มีภาวะขาดสารอาหารร้อยละ 25.1 และมีน้ำหนักตัวเกินร้อยละ 16.7 (จินตนา สุวิทวัส, 2554)

จะเห็นได้ว่า การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับอุบัติการณ์ด้านภาวะโภชนาการผู้สูงอายุให้เหตุผลที่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากการใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการที่แตกต่างกัน จึงมีความไวและความเฉพาะเจาะจงกับการประเมินผลมีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม พบว่าแบบประเมิน MNA® ได้รับการยอมรับว่ามีความไวและความน่าเชื่อถือในการนำไปใช้ประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุทั้งในชุมชนและสถานบริการสุขภาพรวมทั้งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการปกติ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารและผู้สูงอายุที่มีภาวะขาดสารอาหารได้อย่างชัดเจน การคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุมีความจำเป็นและมีความสำคัญ (Langkamp-Henken, 2005) เนื่องจากจะช่วยค้นหาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร ทำให้สามารถวางแผนให้ความช่วยเหลือเพื่อฟื้นฟูภาวะโภชนาการแก่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้อย่างทันท่วงที (Skates, 2012)

นอกจากปัญหาโรคเรื้อรังแล้วปัญหาทางโภชนาการเป็นปัญหาหนึ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งการบริโภคอาหารและโภชนาการมีบทบาทสำคัญต่อการชะลอความเสื่อมตามอายุ โดยสารอาหารจะช่วยเสริมสร้างหน้าที่และอวัยวะต่างๆของร่างกายให้อยู่ในสภาพ สมดุลรวมทั้งบทบาทของสารอาหารในการป้องกัน และบรรเทาความเจ็บป่วย (สฤณี ผ่องแผ้ว, 2548) ซึ่งภาวะทุพโภชนาการจะส่งผลต่อการพยากรณ์โรคโดยจะส่งผลให้โรครุนแรงขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา อาทิเช่น การติดเชื้อ การล้มเหลวของอวัยวะสำคัญ ส่งผลกระทบต่อกรหายใจ และผลลัพธ์การรักษา เพิ่มอัตราการตายสูงขึ้น ระยะเวลาที่ต้องอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับการคัดกรองภาวะโภชนาการ เพื่อจะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนส่งเสริมหรือปรับปรุงภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมการหาย

ของโรคและลดผลกระทบจากภาวะทุพโภชนาการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้ผู้สูงอายุ (Naber, et al, 1997)

ภาวะทุพโภชนาการพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่รักษาตัวไว้ในโรงพยาบาลตั้งแต่ร้อยละ 33-50 (Chantrasakul, 1989) โดยพบทั้งภาวะขาดสารอาหารและภาวะโภชนาการเกิน โดยภาวะขาดสารอาหารพบได้ถึงร้อยละ 44 ของผู้สูงอายุทางอายุรกรรมในโรงพยาบาลและร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุทางศัลยกรรมในโรงพยาบาล (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2545) ซึ่งภาวะทุพโภชนาการส่งผลต่อความรุนแรงโรคเพิ่มมากขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น การติดเชื้อ นำไปสู่การตอบสนองต่อผลลัพธ์การรักษาและการพยากรณ์โรคไม่ดี ทำให้อัตราการตายสูงขึ้น ระยะเวลาที่ต้องอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (Naber, et al, 1997) ภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย จิตสังคม ภาวะสุขภาพ ขนบธรรมเนียมประเพณีความเชื่อในการบริโภคอาหารและความยากจน การศึกษาภาวะโภชนาการและโภชนาการของผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่าเป็นการศึกษา ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ ในชุมชนในศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชนใน สถานสงเคราะห์คนชราในชมรมผู้สูงอายุในชุมชนแออัดแต่ยังไม่พบรายงานการศึกษาภาวะ โภชนาการของผู้สูงอายุในเขตเมือง ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเขตเมือง เพื่อจะได้ทราบปัญหาทางภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางในการแก้ไขและส่งเสริมภาวะโภชนาการ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุซึ่งเป็นบุคลากรที่มีคุณค่าแก่สังคมและเตรียมพร้อมสำหรับการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ของประเทศไทย

วัตถุประสงค์

เพื่อสำรวจภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเขตเมือง

วิธีการดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปที่พักอาศัยอยู่ในเขตเมือง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของยามานะ ประชากรสูงอายุมากกว่า 100,000 คน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 และขนาดความคลาดเคลื่อน ± 0.05 ได้ขนาดของ กลุ่มตัวอย่าง 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและ ข้อมูลด้านสุขภาพจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ของผู้สูงอายุ สถานภาพทางการเงิน โรคประจำตัว และความต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตร ประจำวัน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะโภชนาการ Mini Nutritional Assessment (MNA®) พัฒนาโดยศูนย์วิจัยเนสเล่ห์ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์และแปลเป็นภาษาไทย โดยสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล MNA® (อรพินท์ บรรจง, 2548) เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับและถูกนำมาใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล สถานะบริหารเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและในชุมชนทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย เนื่องจากเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความไวในการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha ได้ค่าเท่ากับ 0.8317 แบบประเมินภาวะโภชนาการ MNA® ในผู้สูงอายุสามารถใช้ค้นหากลุ่มเสี่ยงและขาดสารอาหารในชุมชนได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งสามารถแยกผู้ที่มีขาดอาหารจากผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติได้ชัดเจน ผู้วิจัยได้นำมาทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 30 คนได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.75 แบบประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ MNA® มีจำนวน 18 ข้อ คำถามทุกข้อจะมีคะแนนกำกับ คะแนนสูงสุด 30 คะแนน แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นการคัดกรองความเสี่ยงขาดอาหาร (Mini Nutritional Assessment- Short Form; MNA®-SF) ตั้งแต่ข้อ 1-6 (14 คะแนน) และส่วนที่ 2 เป็นการประเมินภาวะโภชนาการ ตั้งแต่ข้อ 7-18 (16 คะแนน) การประเมินแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ให้ผู้สูงอายุทุกคนตอบแบบประเมิน ส่วนที่ 1 จากนั้นให้คิดคะแนน หากคะแนนการคัดกรองได้ 12 คะแนนหรือมากกว่าจัดว่าเป็นกลุ่มไม่เสี่ยง และไม่จำเป็นต้องถามต่อในส่วนที่ 2 แต่หากได้ 11 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงขาดอาหาร จึงดำเนินการขั้นตอนที่ 2 ต่อและนำคะแนนที่ได้ทั้งหมดมารวมกันแล้วเปรียบเทียบกับภาวะโภชนาการตามเกณฑ์คะแนน MNA® ที่ใช้แยกผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ คะแนนที่ได้ >23.5 คะแนน เป็นกลุ่มปกติมีภาวะโภชนาการเพียงพอ คะแนน 17-23.5 เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ และผู้ที่ได้คะแนน <17 เป็นกลุ่มขาดสารอาหาร

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงการวิจัย ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา คณะผู้วิจัยทำการลงพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม การบันทึกและให้ทดลองสัมภาษณ์กับผู้สูงอายุที่มี ลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 2 คน หรือจนผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยมีความมั่นใจในการใช้เครื่องมือ จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อวางแผนนัยหมาย ในการสัมภาษณ์ตามรายชื่อและที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับจากผู้ประสานงาน ทีมผู้ช่วยวิจัยยึดหลักการ พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอน และสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยแก่ผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุยินดียินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้ช่วยวิจัย

สัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามแบบสัมภาษณ์ที่เตรียมไว้ ตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูล
ทุกครั้งก่อนยุติการสัมภาษณ์ตัวอย่างแต่ละราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติการวิเคราะห์เชิงพรรณนา ด้วยความถี่ และค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 70.3 (SD = 8.1, Rang = 60-99) กว่าครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 59.0) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 85.5) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 38.3) ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 48.5) ร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีรายได้มากกว่า 3,000 บาท/เดือน สภาพการเงินใน ครอบครัวในรอบปีที่ผ่านมาครึ่งหนึ่งมีเงินพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 8.3) ร้อยละ 28 มีเงินเหลือเก็บทุกเดือน และโดยส่วนใหญ่เหลือเก็บเป็นบางครั้งบางคราว (ร้อยละ 63.7) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุดสูงสุด ของข้อมูลส่วนบุคคล (N = 400)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อายุ Mean 70.3, SD = 8.1, Min- Max = 60 – 99		
เพศ		
- ชาย	236	59
- หญิง	164	41
สถานภาพสมรส		
- โสด	68	17
- คู่	153	38.3
- ม้าย	96	24
- หย่า/แยก	83	20.7
ศาสนา		
- พุทธ	342	85.5
- อิสลาม	23	5.8
- คริสต์	35	8.7
ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	194	48.5
- ประถมศึกษา	106	26.5

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
- มัธยมศึกษา	56	14
- อุดมศึกษาหรืออนุปริญญา	44	11
รายได้ต่อเดือนของผู้สูงอายุ		
- น้อยกว่า 2,000 บาท	105	26.2
- 2,000–3,000 บาท	145	36.3
- 3,000 บาทขึ้นไป	150	37.5
สภาพการเงินผู้สูงอายุในแต่ละเดือน		
- ไม่มีเลย	33	8.3
- มีเหลือเก็บเป็นบางครั้ง	255	63.7
- มีเหลือเก็บทุกเดือน	112	28.0

ข้อมูลด้านสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 76.0) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม (ร้อยละ 53.2, 27.3 และ 19.5 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันเป็นอย่างมาก (ร้อยละ 68.2) (ตารางที่2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุดสูงสุด ของข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ (N = 400)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
- ไม่มี	96	24
- มี	304	76
โรคประจำตัว 3 อันดับแรก		
- ความดันโลหิตสูง	162	53.2
- เบาหวาน	83	27.3
- ไขข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม	59	19.5
ความต้องการการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน		
- ต้องการการช่วยเหลืออย่างมาก	273	68.2
- ต้องการการช่วยเหลือบางส่วน	93	23.3
- ไม่ต้องการเลย	34	8.5

2. ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

ผลการประเมิน MNA® ส่วนที่ 1 การคัดกรอง ความเสี่ยงต่อการขาดอาหารของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 400 คน พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ($n = 254$) ไม่เสี่ยงต่อการขาดอาหาร และกลุ่มตัวอย่างที่เหลือ ($n = 146$) มีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อการขาดอาหาร จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติร้อยละ 63.5 รองลงมา มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารร้อยละ 27.8 และมีน้ำหนักตัวเกิน ร้อยละ 36.5 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การคัดกรองความเสี่ยงต่อการขาดอาหารของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับคะแนน

ภาวะโภชนาการ	จำนวน	ร้อยละ
- ไม่เสี่ยงต่อการขาดอาหาร (12 - 14 คะแนน)	254	63.5
- เสี่ยงต่อการขาดอาหาร (≤ 11 คะแนน)	146	36.5

เมื่อประเมินภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยงนี้ ($n = 146$) ในส่วนที่ 2 พบว่า ร้อยละ 51.4 ($n = 75$) อยู่ในระดับคะแนนมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ รองลงมาอยู่ในระดับมี ภาวะโภชนาการเพียงพอ (ร้อยละ 30.8, $n = 45$) และระดับขาดอาหาร (ร้อยละ 17.8, $n = 26$) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จำแนกตามระดับคะแนน ($n = 146$)

ภาวะโภชนาการ	จำนวน	ร้อยละ
มีภาวะโภชนาการเพียงพอ (>23.5 คะแนน)	45	30.8
เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ (17-23.5 คะแนน)	75	51.4
ขาดอาหาร (<17 คะแนน)	26	17.8

อภิปรายผล

จากการคัดกรองภาวะโภชนาการด้วยแบบประเมิน MNA® ในแบบประเมินส่วนที่ 1 พบว่า ร้อยละ 36.5 จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร และเมื่อประเมินภาวะโภชนาการต่อในกลุ่มเสี่ยง พบว่าส่วนมาก (ร้อยละ 51.4) อยู่ในระดับเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารหรือภาวะทุพโภชนาการ รองลงมาอยู่ในระดับภาวะโภชนาการเพียงพอ (ร้อยละ 30.8) และระดับขาดอาหาร (ร้อยละ 17.8) ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะประสบกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่มีผลต่อการบริโภคอาหาร ได้แก่ 1) การมีปัญหาสุขภาพปากและฟัน เช่น ฟันผุ หรือการใช้ฟันปลอม ทำให้ประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวลดลง (Baker, 2007) พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุไทยมีจำนวนฟันแท้เหลือน้อยกว่า 20 ซี่ และในจำนวนนี้กว่าครึ่งหรือร้อยละ 70.9 ไม่ใส่ ฟันปลอม ทำให้มีปัญหาในการบดเคี้ยวอาหาร จึงอาจหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ ทำให้ได้รับสารอาหาร ไม่ครบถ้วนตามหลักโภชนาการ (Pirlich, 2001)

การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร พบว่าผู้สูงอายุจะมีการหดตัว และการเคลื่อนไหวของหลอดอาหาร และกระเพาะอาหารลดลงและช้าลง รวมทั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารและ intrinsic factor ลดลง เป็นผลให้เกิดการดูดซึมวิตามินบีสิบสอง และแคลเซียมลดลง นอกจากนี้ พื้นผิวการดูดซึมสารอาหารที่เยื่อบุลำไส้เล็ก ตลอดจนการหลั่งน้ำย่อยจากตับอ่อน และการไหลเวียนของเลือดไปที่ตับของผู้สูงอายุจะลดน้อยลงด้วย (Baker, 2007) ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะโภชนาการ โดยโรคประจำตัวที่พบบ่อย คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีการใช้ยาหลายขนานร่วมกันจากภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งปัจจัยทางสุขภาพดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าภาวะสุขภาพกายเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุทำให้ความอยากอาหารลดลง ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุได้ (Baker, 2007) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยและไม่มีเงินเก็บ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จำเป็นต้องอดออมทำให้ไม่สามารถเลือกซื้ออาหารมารับประทานได้ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าฐานะการเงินของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงโดยเฉพาะการเคลื่อนไหว ทำให้มีความยากลำบากในการจัดหาอาหาร และรับประทานอาหาร ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ร้อยละ 68.2 ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การช่วยเหลือเพื่อเตรียมและจัดหาอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าภาวะโภชนาการ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($r=0.55$; $p < 0.001$) (Cereda, 2012) นั่นคือผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ำ จะมีภาวะโภชนาการต่ำ รวมทั้งสถานการณ์ความไม่สงบ ที่มีความรุนแรง อาจทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของคนที่อาศัยในพื้นที่เปลี่ยนแปลงไป ประชาชนส่วนใหญ่ หลีกเลี่ยงการออกจากบ้านไปยังที่ชุมชน เช่น ตลาด เพื่อหาซื้อสินค้าและอาหารมาบริโภคตามความต้องการ และมักเป็นการซื้อผักผลไม้เป็นสัปดาห์ และไม่ใช่ เวลาในการจับจ่ายนานเพื่อความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุได้เช่นกัน ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการและพบภาวะขาดสารอาหารในผู้สูงอายุ (Kuzuya, 2005)

สรุปและเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองผลการคัดกรองภาวะโภชนาการ พบว่า หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งหมดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ และเกินครึ่งหนึ่งของกลุ่มเสี่ยงมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ดังนั้นบุคลากรสุขภาพและบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมการ

ส่งเสริมสุขภาพและการเฝ้าระวังโดยติดตามประเมินภาวะโภชนาการในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง รวมทั้งจัดกิจกรรมการส่งเสริม และฟื้นฟูภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ ทุพโภชนาการเพื่อให้กลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดคือการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ สะดวก ทำให้อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าถึงยาก เช่น อยู่ในพื้นที่เสี่ยงหรือ ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะโภชนาการ เช่น ทันทสุขภาพ ความสามารถในการบดเคี้ยว พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นต้น และศึกษาภาวะโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง รวมทั้งศึกษาผลกระทบของ ภาวะโภชนาการต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสุขภาพและบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการ จัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
2. ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูภาวะโภชนาการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะ ทุพโภชนาการ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรเลือกประชากร และกลุ่มตัวอย่างในเขตปริมณฑลอื่น ๆ เช่น จังหวัดปทุมธานี สระบุรี

เอกสารอ้างอิง

- เกียรติรัตน์ คุณารัตนพฤกษ์, จินตนา สุวิทวัส, และภัทระ แสนไชยสุริยา. (2552). การบริโภค อาหารของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเทศบาลนครขอนแก่น. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*, 2, 11-19.
- จิตนภา วาณิชโรจน์, วันดี โภคะกุล, และสาคร สุวรรณ. (มปป). *การศึกษาแบบคัดกรองและ ภาวะโภชนาการผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2545*. กรุงเทพฯ: สถาบันเคสตร์ผู้สูงอายุกรรมการ แพทย์กระทรวงสาธารณสุข.
- จินตนา สุวิทวัส และเนตรชนก แก้วจันทา. (2552). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 3, 29-38.
- จินตนา สุวิทวัส. (2554). ภาวะโภชนาการและบริโภคนิสัยของ ผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาใน แผนกการพยาบาลบำบัดพิเศษ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(3), 22 -30.
- จินต์ จรุงรักษ์, พิศมัย เอกก้านตรง, โสภา ธมโชติพงศ์, และอรพินท์ บรรจง. (2548). ความสามารถในการเคี้ยวกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 28(2), 77-90.

- ถนอมขวัญ ทวีบุรณ์, วินัส ลิ้มกุล, และสุภาณี พุทธเดชาคุ้ม. (2545). *โภชนศาสตร์ทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- ทิพย์เนตร อริยปิณฑ์, ไพลิน สิทธิวิเชียรวงศ์, วนิดา นพรพันธ์, วินัย ดะห์ลัน, และสุจิตรา บุญหยง, (บรรณาธิการ). (2545). *อาหาร โภชนาการและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตย ทัศนียม, วรรณภา ศรีธัญรัตน์, สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุทธิพนธ์ จิตพิมลมาศ, และอัมพรพรณ อีรานูตร. (2552). การพัฒนารูปแบบการบริการระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 32(1), 1-11.
- บุศรา ศรีคำเวียง, ผ่องพรรณ อรุณแสง, และวิลาวรรณ พันธุ์พลกุล. (2554). การเปรียบเทียบการได้รับพลังงานของสารอาหารโดยวิธีการใช้แบบสอบถามความถี่อาหารบริโภคทั้งปริมาณ และสัมภาษณ์ย้อนหลัง 24 ชั่วโมงและพฤติกรรมการบริโภคสุขภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในอาหารของผู้สูงอายุ. *วารสารมันตาภิบาล*, 2, 45-50.
- ปรียานุช แยมวงษ์. (2545). ทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุรับประทาน อาหารได้ดีขึ้น. *วารสารพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 3(3), 46-50.
- .ผ่องพรรณ อรุณแสง และวิมล วงศ์หนู. (2553). โรงพยาบาลชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 33(4), 28-37.
- สรวงสุดา เจริญวงศ์. (2544). *ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานใน โรงพยาบาลแผนกอายุรกรรม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์.
- เสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ. (2534). *บริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ และหมู่บ้านนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. กรุงเทพฯ: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- อมรรัตน์ ปุยาม. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสิงห์ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ เพื่อพัฒนาชุมชน, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- Baker, H. (2007). Nutrition in the elderly: An overview. *Geriatrics*, 62(7), 28-31.
- Baker, H. (2007). Nutrition in the elderly: Diet pitfall and nutritional advice. *Geriatrics*, 62(10), 24-6.
- Bleda. M.J., Bolibar, I., Pares, R., & Salva, A. (2002). Reliability of the Mini Nutritional Assessment (MNA®) in institutionalized elderly people. *J Nutr Health Aging*, 6(2), 134-7.

- Isaia, G., Mondino, S., Germinara, C., Cappa G., Aimonino-Ricauda, N., Bo, M., et al. (2011). Malnutrition in an elderly demented population living at home. *Arch Gerontol Geriat*, 53, 249-51.
- Isenring, E.A., Banks, M., Ferguson, M., & Bauer, J.D. (2012). Beyond malnutrition screening: Appropriate methods to guide nutrition care for aged care residents. *J Acad Nutr Dietetics*, 112(3), 376-81.
- Ji, L., Meng, H., & Dong, B. (2012). Factors associated with poor nutritional status among the oldest-old. *Clin Nutr*, 31, 922-6.
- Kuzuya, M., Kanda, S., Koike, T., Suzuki, Y., Satake, S., & Iguchi, A. (2005). Evaluation of Mini-Nutritional Assessment for Japanese frail elderly. *Nutrition*, 21, 498-503.
- Langkamp-Henken, B., Hudgens, J., Stechmiller, J.K., & Herrlinger-Garcia, K.A. (2005). Mini nutritional assessment and screening scores are associated with nutritional indicators in elderly people with pressure ulcers. *J Am Diet Assoc*, 105, 1590-6.
- Lelovics, Z., Bozo, R.K., Lampek, & K., Figler, M. (2009). Results of nutritional screening in institutionalized elderly in Hungary. *Arch Gerontol Geriat*, 49, 190-196.
- Mowe, M., Bohmer, T., & Kindt, E. (1994). Reduced nutritional status in an elderly population is probable before disease and possibly contributes to the development of disease. *American Journal Clinical Nutrition*, 59, 317-324.
- Muurinen, S., Soini, H., Suominen, M., & Pitkala, K. (2010). Nutritional status and psychological well-being. *Eur e-J Clin Nutr Met*, 5 e26-9.
- Pirlich, M., & Lochs, H. (2001). Nutrition in the elderly. *Best Pract Res Cl Ga*, 15(6), 869-84.
- Sanjur, D. (1995). *Social and culture perspectives in nutrition*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Skates, J.J., & Anthony, P.S. (2012). Identifying geriatric malnutrition in nursing practice The Mini Nutritional Assessment (MNA®) - An evidence-based screening tool. *J Gerontol Nurs*, 38(3), 18-27.
- Vellas, B., Guigoz, Y., Garry, P.J., Nourhashemi, F., Bennahum, D., Lauque, S., et al. (1999). The Mini Nutritional Assessment (MNA®) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*, 15(2), 116-22.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ
ในชุมชนบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
Factors Associated with Behaviors for Prevention of Osteoarthritis
Among Elderly in Ban Tha Bo Chaerama Subdistrict Mueang District
Ubon Ratchathani Province

ชลธิชา อรุณพงษ์¹
Chonthicha Arunpong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 243 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบทดสอบ และแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี อยู่ในระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง ($\bar{X} = 2.89$, $SD=0.26$) ความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ 9 ตัวแปร กับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ตั้งแต่ -.047 ถึง .264 ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 3 ตัวแปร คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ($r = .237$) แรงสนับสนุนจากเพื่อน ($r = .165$) และแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($r = .264$) และมีตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 1 ตัวแปรคือ แรงสนับสนุนจากครอบครัว ($r = .145$)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกัน, โรคข้อเข่าเสื่อม, ผู้สูงอายุ

Abstract

¹ อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี (Faculty of Nursing Ratchani University)
e-mail: chonthichanok@hotmail.com โทร 081-5486842

This research aimed to 1) study of Behaviors for Prevention of Osteoarthritis Among Elderly in Ban Tha Bo Chaerama Subdistrict Mueang District Ubon Ratchathani Province; and 2) study of relationship between bio- social factors Knowledge of Osteoarthritis perceived severity of Osteoarthritis and Social Support on Behaviors for Prevention of Osteoarthritis Among Elderly in Ban Tha Bo Chaerama Subdistrict Mueang District Ubon Ratchathani Province. The subjects were 243 Elderly Population Male and Female age up to 60 years old in Ban Tha Bo Chaerama Subdistrict Mueang District Ubon Ratchathani Province. Sampling was done by Simple Random Sampling technique. The instrument was a test and a questionnaire. The research finding were as follows: Prevention of Osteoarthritis Among Elderly in Ban Tha Bo Chaerama Subdistrict Mueang District Ubon Ratchathani Province were rated at do every time level ($\bar{X} = 2.89$, $SD=0.26$). The Relationship Between 9 Independence Factors and Behaviors for Prevention of Osteoarthritis Among Elderly in Ban Tha Bo Chaerama Subdistrict Mueang District Ubon Ratchathani Province had linear correlation coefficient from $-.047$ to $.264$. Three Independence Factors significant at the 0.01 level were as follows: Knowledge of Osteoarthritis ($r = .237$) Support from Friends ($r = .165$) and Support from Public Health Officials ($r = .264$). Independence Factor significant at the 0.05 level was Support from Family ($r = .145$)

Keywords: Behaviors for Prevention, Osteoarthritis, Elderly

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุไทย รองลงมาจากโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะซึมเศร้า (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ในช่วงปี 2554-2557 พบว่ามีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมารับบริการในหน่วยบริการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจาก 241,135 ราย เป็น 274,133 ราย เฉลี่ยเพิ่มขึ้นปีละ 8,250 ราย และในช่วงปี 2557-2559 พบว่ามีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จำนวน 6,353 ราย 8,690 ราย และ 10,736 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 23 ต่อปี อีกทั้งประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงมีแนวโน้มทั้งจำนวนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และการได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเพิ่มขึ้นด้วย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560)

จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดหนึ่งที่สถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยปี พ.ศ.2556-2558 พบร้อยละ 30.1, 32.4 และ 43.1 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันบุคคลมีการรับรู้และความเข้าใจในเรื่องโรคมมากขึ้น (บุษพร วิรุณพันธุ์, 2561) จากการสำรวจ

ข้อมูลจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-100 ปี ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพศชายจำนวน 708 คน เพศหญิง 816 คน รวมประชากรผู้สูงอายุในตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งหมด 1,524 คน ซึ่งมีผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2559) ซึ่งผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสี่ยงเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม อาจเนื่องมาจากการเสื่อมของร่างกายตามวัย พฤติกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การนั่งยอง ๆ การนั่งพับเพียบ การนั่งคุกเข่า การขึ้นลงบันได และกิจกรรมในการใช้ข้อเข่ามาก ๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มแม่บ้านมีโอกาสเสี่ยงสูงมากกว่าผู้ชาย เนื่องจากความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนขาน้อยกว่าผู้ชาย

จากการศึกษาของเสาวนีย์ สิงหา, และคณะ (2558) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงจำนวน 126 ราย โดยประชากรที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมที่อาศัยประจําานอย่างน้อย 6 เดือน ในเขตเทศบาลตำบลแพรกษา อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ .001 กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้แก่ สรีระข้อเข่า ดัชนีมวลกาย ผู้ดูแลหลัก การปรับสภาพที่อยู่อาศัย และความเครียด ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ สรีระข้อเข่า ดัชนีมวลกาย ผู้ดูแลหลัก การปรับสภาพที่อยู่อาศัย และความเครียด ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม แรงสนับสนุนทางด้านสังคม ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างไร

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุรวมทั้งหมด 657 คน เป็นเพศชาย 293 คน เพศหญิง 364 คน โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อม และแนวคิดทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาสามารถนำมาใช้ประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงานสุขศึกษา เพื่อป้องกันการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

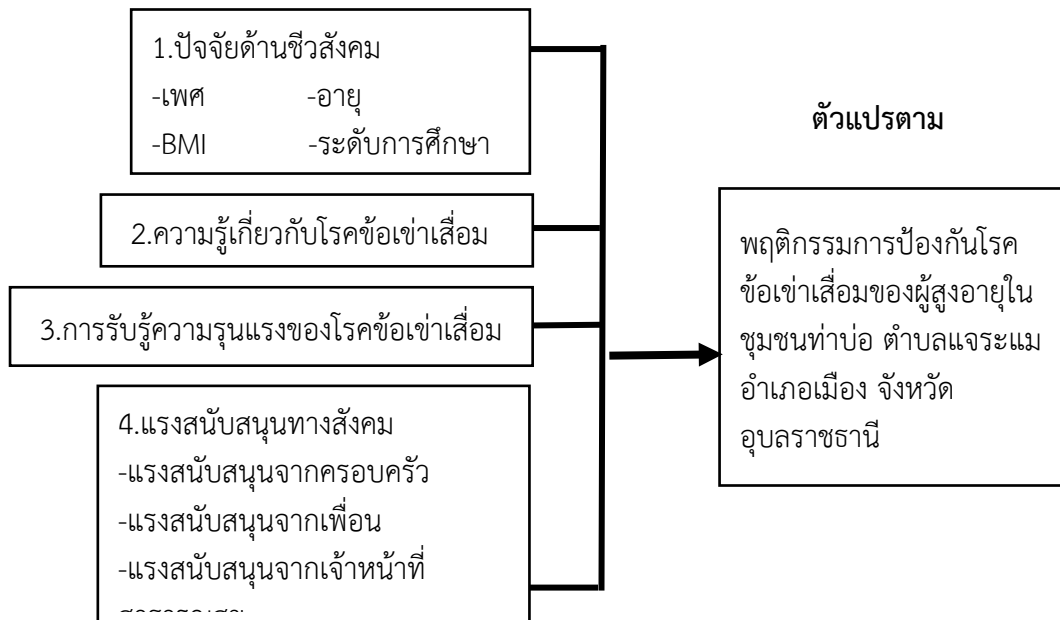
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

สมมุติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี อยู่ในระดับปฏิบัติทุกครั้ง
2. ปัจจัยชีวสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ (correlational research)

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นประชากรแบบจำกัด (Finite Population) โดยมีการจำแนกตามลักษณะของประชากรเป็นเอกพันธ์ (Homogeneity) ได้แก่ กลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งหมู่ 1 และหมู่ 2 จำนวน 657 คน ประชากรผู้สูงอายุหมู่ 1 จำนวน 81 คน เพศชาย 34 คน เพศหญิง 47 คน ประชากรผู้สูงอายุหมู่ 2 จำนวน 576 คน เพศชาย 259 คน เพศหญิง 317 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งหมด 1 และหมู่ 2 จำนวน 657 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Samplesize) ในการศึกษานี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) และกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% คือยอมรับความคลาดเคลื่อนได้ 5% ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณได้ ดังนี้

$$n = \frac{x^2 NP (1 - P)}{e^2 (N - 1) + x^2 P (1 - P)}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
 N = ขนาดของประชากร
 E = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (0.05)
 x^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95%
 $(x^2 = 3.841)$
 P = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร ($p = 0.5$)
 $n = \frac{3.841 \times 657 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 \times (657 - 1) + 3.841 \times 0.5 \times 0.5}$
 $n = \frac{630.88425}{2.60025}$
 $n = 242.62445$
 $n = 243$

ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเท่ากับ 243 คน

เลือกตัวแทนในแต่ละเพศ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ให้ได้กลุ่มตัวอย่าง โดยการเทียบบัญชีไตรยางค์ จำนวน 243 คน เพศชาย 109 คน เพศหญิง 134 คน การสุ่มตัวอย่าง อย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับฉลาก (Lottery) โดยมีรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างเรียงตามบัญชีรายชื่อที่ได้มาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จากนั้นเขียนหมายเลขกำกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายชื่อก่อนแล้วจึงทำการจับฉลากขึ้นมาโดยที่จะไม่สุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ถูกสุ่มแล้วขึ้นมาอีก (Simple Random Sampling With Out Replacement)

ตัวแปร

1. ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ BMI ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อน และแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบทดสอบและแบบสอบถาม การหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในตำบลหนองกินเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยวิธี Cronbach's Alpha Coefficient Cronbach, Lee. J. (1990: 202-204) ภาพรวมทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 สำหรับแบบทดสอบมีค่าความยาก (Level of Difficulty: p) อยู่ในช่วง .48-.78 และมีค่าอำนาจจำแนก (Discrimination power: r) อยู่ในช่วง .21-.60

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 5 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง เป็นแบบเติมคำลงในช่องว่าง (Fill Out) เพศ ระดับการศึกษา เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List)

2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

เครื่องมือที่ใช้ทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ ความหมายของโรคข้อเข่าเสื่อม สาเหตุการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม อาการของโรคข้อเข่าเสื่อม การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม และการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ

โดยเกณฑ์การให้คะแนน ตอบผิด = 0 คะแนน

ตอบถูก = 1 คะแนน

ได้แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์มัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้ การกำหนดระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ตั้งอยู่บนพื้นฐานการประเมินความรู้ซึ่งปรับใช้จากเกณฑ์การแปลผล โดยใช้ตัวเลขแสดงระดับคุณภาพ ดังนี้

มีความรู้ระดับสูงคะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} SD$ ถึงสูงสุด

มีความรู้ระดับปานกลางคะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} SD$

มีความรู้ระดับต่ำคะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X} - \frac{1}{2} SD$ ถึงต่ำสุด

$\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย

SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

เครื่องมือที่ใช้ประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ที่แสดงถึงการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมมีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า (Rating Scale) แต่ละข้อมีมาตรวัด 5 หน่วย เกณฑ์การให้คะแนน คือ

ตัวเลือก	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
ระดับเห็นด้วยน้อยที่สุด	1	5
ระดับเห็นด้วยน้อย	2	4
ระดับเห็นด้วยปานกลาง	3	3
ระดับเห็นด้วยมาก	4	2
ระดับเห็นด้วยมากที่สุด	5	1

เกณฑ์การประเมิน แบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับเห็นด้วยน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับเห็นด้วยน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด

4. แบบสอบถามด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

เครื่องมือที่ใช้สอบถามด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อน และแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามลักษณะเป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า (Rating Scale) แต่ละข้อมีมาตรวัด 5 หน่วย เกณฑ์การให้คะแนน คือ

ตัวเลือก	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
ระดับน้อยที่สุด	1	5
ระดับน้อย	2	4
ระดับปานกลาง	3	3
ระดับมาก	4	2
ระดับมากที่สุด	5	1

เกณฑ์การประเมิน แบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากที่สุด

5. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

เครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า (Rating Scale) แต่ละข้อมีมาตรวัด 4 หน่วย เกณฑ์การให้คะแนน คือ

ตัวเลือก	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
ปฏิบัติทุกครั้ง	4	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3	2
ปฏิบัติบางครั้ง	2	3
ไม่ปฏิบัติเลย	1	4

เกณฑ์การประเมิน แบ่งระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของประชากรใน ชุมชนบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี แบ่งเกณฑ์คะแนนเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.74 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับไม่ เคยปฏิบัติเลย

คะแนนเฉลี่ย 1.75-2.49 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับ ปฏิบัติบางครั้ง

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.24 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับ ปฏิบัติบ่อยครั้ง

คะแนนเฉลี่ย 3.25-4.00 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับ ปฏิบัติทุกครั้ง

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอน ดังนี้

1. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยอธิบายวิธีตอบแบบสอบถาม และอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังแล้วให้ตอบคำถามโดยเริ่มจากการตอบแบบสอบถามเพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (Chula Mental Test: CMT) ถ้าผ่านเกณฑ์จึงดำเนินการวิจัย การตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 15 นาที ถ้ากลุ่มตัวอย่างคนใดต้องการยุติการตอบ ผู้วิจัยยินยอมยุติการวิจัยตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง และยกเลิกการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างรายนั้นทันที

3. หลังจากตอบแบบสอบถามครบถ้วน เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม ตอบข้อซักถามของกลุ่มตัวอย่าง ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ จากนั้นจบการตอบแบบสอบถาม และแสดงความขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามกับประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 243 คนครบถ้วนสมบูรณ์ 100% จากนั้นนำแบบสอบถามมาให้คะแนน และนำไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การอธิบายลักษณะข้อมูลทางชีวสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยชีวสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

1. ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านปัจจัยชีวสังคมของผู้สูงอายุบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม่อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ข้อมูลด้านปัจจัยชีวสังคม	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
1.1 ชาย	101	41.6
1.2 หญิง	142	58.4
รวม	243	100.00

ข้อมูลด้านปัจจัยชีวิตสังคม	จำนวน	ร้อยละ
2. อายุ		
2.1 ช่วงอายุ 60-74 ปี	169	69.5
2.2 ช่วงอายุ 75-90 ปี	71	29.2
2.3 ช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไป	3	1.2
รวม	243	100.00
3. BMI		
3.1 น้อยกว่า 18.5 น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน	45	18.5
3.2 ระหว่าง 18.5 - 22.9 น้ำหนักปกติ	137	56.4
3.3 ระหว่าง 23-24.9 อ้วนระดับ 1	28	11.5
3.4 ระหว่าง 25-29.9 อ้วนระดับ 2	28	11.5
3.5 มากกว่า 30 หรือเท่ากับ 30 อ้วนระดับ 3	5	2.1
รวม	243	100.00
4. ระดับการศึกษา		
4.1 ประถมศึกษา	202	83.1
4.2 มัธยมศึกษาตอนต้น	28	11.5
4.3 มัธยมศึกษาตอนปลาย	9	3.7
4.4 ปริญญาตรี	4	1.6
รวม	243	100.00

จากตารางพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเป็นชาย 101 คน ร้อยละ 41.6 หญิง 142 ร้อยละ 58.4 มีอายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุสูงสุด 92 ปี อายุเฉลี่ย 70.34 และมีอายุอยู่ในช่วง 60-74 ปีมากที่สุด จำนวน 169 คน ร้อยละ 69.5 มีระดับ BMI อยู่ในช่วงปกติมากที่สุด จำนวน 137 คน ร้อยละ 56.4 ระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 202 คน ร้อยละ 83.1

2. ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุในหมู่บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

ระดับความรู้	ช่วงคะแนน	ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	มากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} SD$ ถึงสูงสุด	15.11 - 16.00	54	22.2
ระดับปานกลาง	$\bar{X} \pm \frac{1}{2} SD$	13.73 - 15.10	132	56.4
ระดับต่ำ	น้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} SD$ ถึงต่ำสุด	9.00 - 13.72	52	21.4
รวม			243	100.00

$$\bar{X} = 14.42 \quad SD = 1.38$$

จากตารางพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 132 คน ร้อยละ 56.4 รองลงมา มีความรู้ระดับสูง จำนวน 54 ร้อยละ 22.2 และมีความรู้ระดับต่ำ จำนวน 52 คน ร้อยละ 21.4 ตามลำดับ

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของปัจจัยนำด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า โดยรวม อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ($\bar{X} = 3.83$ $SD = 0.34$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ โรคข้อเข่าเสื่อมหากมีอาการรุนแรงจะทำให้ปวดมาก จนทำให้นอนไม่หลับ รองลงมาคือโรคข้อเข่าเสื่อมจะทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ โรคข้อเข่าเสื่อม หากมีอาการรุนแรงจะทำให้มีอาการปวดมากจนเดินไม่ได้ โรคข้อเข่าเสื่อมไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และโรคข้อเข่าเสื่อมทำให้ต้นขาลีบเล็กลง ตามลำดับ

4. ตารางแสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยเสริมของผู้สูงอายุในบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ปัจจัยเสริม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
แรงสนับสนุนจากครอบครัว	4.02	0.97	มาก
แรงสนับสนุนจากเพื่อน	2.85	1.19	ปานกลาง
แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.88	1.38	ปานกลาง
รวม	3.25	1.18	ปานกลาง

จากตารางพบว่า ผู้สูงอายุในบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ได้รับปัจจัยเสริมโดยรวมมากที่สุดคือด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัว อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ด้านแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และด้านแรงสนับสนุนจากเพื่อน อยู่ในระดับปานกลาง

5. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี มีพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม โดยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง ($\bar{X} = 2.89$, $SD=0.26$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับทำนรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม เพราะจะทำให้กระดูกแข็งแรง เช่น ปลาเล็กปลาน้อย ผักใบเขียว รองลงมาคือท่านนั่งเก้าอี้ หรือ นั่งหย่อนขาแทนการนั่งลงกับพื้น เมื่อมีอาการปวดเข่า ท่านซื้อยาแก้ปวด แก้อักเสบหรือยาชุด รับประทานเอง ท่านรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม เพราะจะทำให้กระดูกแข็งแรง เช่น นม ท่านหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่มีการกระโดดหรือมีการกระแทก ท่านหลีกเลี่ยงการยกของหนัก ท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ท่านไปพบแพทย์เมื่อมีอาการปวดเข่ามากผิดปกติ ท่านนั่งยอง ๆ หรือนั่งพับเพียบนานเกิน 30 นาที ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร หวาน มัน เพราะจะทำให้น้ำหนักตัวมากขึ้น ท่าน

หลักเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม เมื่อมีอาการปวดท่อนใช้วิธีการนวดเพื่อบรรเทาปวด ทานออกกําลังกายประเภทการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เช่น รำกระบี่กระบอง ยางยืด รำมวยจีน (ไทเก๊ก) และท่านบรรเทาการปวดเข่า โดยการประคบด้วยเจลหรือลูกประคบสมุนไพรตามลำดับ

6. ตารางแสดง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปร ปัจจัยทางชีวสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และแรงสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ตัวแปร	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈	X ₉	Y
X ₁	-	-.056	.050	-.178**	-.010	.047	-.022	.028	.041	.005
X ₂	-	-	.048	-1.04	.035	-.027	-.075	-.080	-.037	-.009
X ₃	-	-	-	-.114	.038	.031	.005	-.031	-.029	.027
X ₄	-	-	-	-	.102	-.069	-.147*	-.103	.040	.102
X ₅	-	-	-	-	-	.176**	-.111	.118	.446**	.237**
X ₆	-	-	-	-	-	-	.185**	.186**	.104	-.047
X ₇	-	-	-	-	-	-	-	.510	-.123	.145*
X ₈	-	-	-	-	-	-	-	-	.341**	.165**
X ₉	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.264**
Y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

r หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

X₁ หมายถึง เพศ

X₂ หมายถึง อายุ

X₃ หมายถึง BMI

X₄ หมายถึง ระดับการศึกษา

X₅ หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

X₆ หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

X₇ หมายถึง แรงสนับสนุนจากครอบครัว

X₈ หมายถึง แรงสนับสนุนจากเพื่อน

X₉ หมายถึง แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

Y หมายถึง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางพบว่า ความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ 9 ตัวแปร กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเชื้อราของผู้สูงอายุในบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ตั้งแต่ -.047 ถึง .264 ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 3 ตัวแปร คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคเชื้อรา (X5) ($r = .237$) แรงสนับสนุนจากเพื่อน (X8) ($r = .165$) และแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (X9) ($r = .264$) และมีตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 1 ตัวแปรคือ แรงสนับสนุนจากครอบครัว (X7) ($r = .145$)

สรุปผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคเชื้อราของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี อยู่ในระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง ($\bar{X} = 2.89$, $SD=0.26$) กลุ่มตัวอย่างเป็น เพศชาย 101 คน ร้อยละ 41.6 เพศหญิง จำนวน 142 คน ร้อยละ 58.4 อายุสูงสุด 92 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี และส่วนใหญ่มีค่า BMI ปกติ จำนวน 137 คน ร้อยละ 56.4 ระดับส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา 202 คน ร้อยละ 83.1 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเชื้อราอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 132 คน ร้อยละ 56.4 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเชื้อราโดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ($\bar{X} = 3.83$ $SD = 0.34$) และแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.25$ $SD=1.18$)

2. ความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ 9 ตัวแปร กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเชื้อราของผู้สูงอายุในบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ตั้งแต่ -.047 ถึง .264 ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 3 ตัวแปร คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคเชื้อรา (X5) ($r = .237$) แรงสนับสนุนจากเพื่อน (X8) ($r = .165$) และแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (X9) ($r = .264$) และมีตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 1 ตัวแปรคือ แรงสนับสนุนจากครอบครัว (X7) ($r = .145$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ปัจจัยด้านชีวสังคม เป็นปัจจัยที่ส่งผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเชื้อราของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ เพศ อายุ ระดับ BMI และระดับการศึกษา

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเชื้อราของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยเห็นว่า เพศหญิงมีกิจกรรมใน

ชีวิตประจำวันที่เสี่ยงต่อการเกิดข้อเข่าเสื่อมมากกว่าเพศชาย เช่น การทำงานบ้าน การนั่งพับเพียบ การนั่งยอง ๆ นั่งขัดสมาธิ และเพศหญิงเมื่ออยู่ในวัยที่หมดประจำเดือนทำให้ขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสื่อมของข้อเข่า สอดคล้องกับการศึกษาของยุวดี สารบุรณ์ (2557) ที่พบว่าเพศหญิงและเพศชายมีโอกาสที่จะเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมเท่าเทียมกัน เพราะเพศชายก็มีกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่เสี่ยงต่อการเกิดข้อเข่าเสื่อมได้เช่นกันจะเห็นได้จากกิจกรรมที่ต้องใช้แรงของข้อเข่า เช่น การแบกของหนัก การเล่นกีฬาที่มีการปะทะ ได้แก่ ฟุตบอล มวย เป็นต้น ดังนั้นไม่ว่าจะเป็นเพศหญิงหรือชายก็มีโอกาสเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้เท่าเทียมกัน

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยเห็นว่า การศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุซึ่งอยู่ในวัยที่ร่างกายเสื่อมโทรม เนื้อเยื่อรอบข้อไม่แข็งแรง เส้นเอ็นหย่อนยาน ข้อต่อหลวมไม่มั่นคง (นงพิมล นิมิตรอนันท์, 2557) จึงทำให้เสี่ยงต่อการเกิดข้อเข่าเสื่อมมากกว่าวัยหนุ่มสาว สอดคล้องกับการศึกษาของนงพิมล นิมิตรอนันท์ (2561) ที่พบว่าโรคข้อเสื่อมพบในผู้สูงอายุมากกว่าคนวัยหนุ่มสาว

BMI ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยเห็นว่า ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์ใดก็ตามการเกิดข้อเข่าเสื่อมนั้นไม่ได้มาจากการมีน้ำหนักตัวมากเพียงอย่างเดียว แต่มีปัจจัยอื่น ๆ อีกหลายด้านได้แก่ อายุที่มากขึ้น การที่เคยบาดเจ็บที่ข้อเข่ามาก่อน หรือ การใช้งานข้อเข่ามากเกินไป เป็นต้น ดังนั้นไม่ว่าจะมีน้ำหนักมากหรือน้อยก็สามารถมีพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมได้จากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของแต่ละคน สอดคล้องกับผลงานวิจัยของเสาวนีย์ สิงหา และคณะ(2558) ที่พบว่าผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากหรือน้อยก็จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้เหมือนกัน

ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยเห็นว่า ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์ใดก็ตามการเกิดข้อเข่าเสื่อมนั้นไม่ได้มาจากการมีน้ำหนักตัวมากเพียงอย่างเดียว แต่มีปัจจัยอื่น ๆ อีกหลายด้านได้แก่ อายุที่มากขึ้น การที่เคยบาดเจ็บที่ข้อเข่ามาก่อน หรือ การใช้งานข้อเข่ามากเกินไป เป็นต้น ดังนั้นไม่ว่าจะมีน้ำหนักมากหรือน้อยก็สามารถมีพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมได้จากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของแต่ละคน สอดคล้องกับผลงานวิจัยของเสาวนีย์ สิงหา และคณะ(2558) ที่พบว่าผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากหรือน้อยก็จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้เหมือนกัน

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยเห็นว่า การที่ประชาชนไม่มีความรู้ในการดูแลหรือป้องกันตนเองจากโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างถูกต้องจะส่งผลต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมโดยตรงเพราะถ้าไม่มีความรู้แล้วก็จะดูแลตนเองไม่ถูกต้องและเหมาะสม ทั้งในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการรับประทานอาหาร ดังนั้นจะทำให้

มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของยุวดี สารบุรณ (2557) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมและมีอาการของโรคที่รุนแรงขึ้นจากการที่มีความรู้เรื่องโรคและการรับรู้ความเจ็บป่วยที่ต่ำ ซึ่งความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรคเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและจัดการกับโรคได้อย่างถูกต้อง

3. แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยเห็นว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว จากเพื่อน และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การแนะนำให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ส่งผลต่อข้อเข่า การให้ความรู้ในสาเหตุการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม และการให้ความรู้ในการป้องกันการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม มีผลต่อการป้องกันการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมเพราะจะทำให้เกิดความตระหนักถึงการดูแลและป้องกันตนเองจากโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของยุวดี สารบุรณ (2557) ที่พบว่าการได้รับการสนับสนุนโดยกลุ่มครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกิดทำให้การเรียนรู้ที่ดีขึ้นและทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น และจากการศึกษายังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสนับสนุนดูแล ส่วนใหญ่ต้องการบุคคลในการสนับสนุนดูแล เช่น กลุ่มครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งอาจทำให้ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของบุญเรียง พิสมัย (2555) ที่พบว่าแรงสนับสนุนเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล และการได้รับกิจกรรมสร้างเสริมความรู้และทักษะจะทำให้มีมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมมากขึ้น และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีแรงสนับสนุนทางด้านสังคมจะส่งผลต่อแรงจูงใจในการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง

4. พฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี โดยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง ซึ่งยังไม่ถึงระดับปฏิบัติทุกครั้ง เพราะเกิดจากระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วย แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง ส่งผลให้ขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง อีกทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมทางด้านครอบครัวเพื่อนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลางจึงทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสารเพียงพอเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม หากผู้สูงอายุได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และได้รับแรงสนับสนุนทางด้านสังคมเพิ่มมากขึ้น อาจส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปฏิบัติทุกครั้ง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากการวิจัยครั้งนี้พบตัวแปรที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเชื้อเข้เสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคเชื้อเข้เสื่อม แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อน และแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนั้น ควรจัดทำเป็นรูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการให้ความรู้ด้านการป้องกันการเกิดเชื้อเข้เสื่อมซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจและไว้วางใจในความรักและความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้างทั้งบุคคลในครอบครัว เพื่อน รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการป้องกันการเกิดเชื้อเข้เสื่อม

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเชื้อเข้เสื่อมในกลุ่มที่มีบริบทแตกต่างกัน ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ อันจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้

2.2 สำหรับตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเชื้อเข้เสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ในการวิจัยครั้งนี้ก็ไม่ได้หมายความว่าไม่มีความสำคัญต่อการวิจัยอื่น ๆ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปก็ควรนำตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์ในงานวิจัยครั้งนี้ไปใช้ศึกษาในบริบทที่แตกต่างในครั้งต่อไปด้วย

2.3 ควรศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือการสนับสนุนทางสังคม ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยจำแนกและให้ความสำคัญตามแรงสนับสนุน ดังนี้

2.3.1 ครอบครัว ควรจะดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดผลเสียต่อสุขภาพในด้านต่าง ๆ ดูแลด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและสรีระของผู้สูงอายุ รวมทั้งการไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุให้อยู่เพียงลำพัง

2.3.2 ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพแข็งแรง ได้แก่ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและสรีระของผู้สูงอายุ

2.3.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง ให้บริการด้านสุขภาพอย่างเป็นธรรม

2.4 ควรศึกษาถึงความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นภูมิปัญญา วัฒนธรรม ประเพณีท้องถิ่นที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- นงพิมพ์ นิमितอนันท์. (2557). สถานการณ์ทางระบาดวิทยาและการประเมินความเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมในคนไทย. *พยาบาลทหารบก*, 15(3), 185-194. สืบค้นจาก file:///C:/Users/ASUS/Downloads/30482-Article%20Text-67305-1-10-20150209%20(1).pdf
- บุญเรียง พิสมัย และคณะ. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม. *สาธารณสุขศาสตร์*, 42(2), 54-67. สืบค้นจาก <https://www.tci-thaijo.org>
- บุษพร วิรุณพันธ์. (2561). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และคุณภาพชีวิตของผู้หญิงวัยกลางคนจังหวัดอุบลราชธานี. สืบค้นจาก <https://tci-thaijo.org>
- ยุวดี สารบูรณ์ และคณะ. (2557). อาการ ความรู้ และการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน: การศึกษานำร่อง. *วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 30(2). สืบค้นจาก <https://www.tci-thaijo.org>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2559). ประชากรผู้สูงอายุในตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. สืบค้นจาก <http://www.phoubon.in.th/html/data.html>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). บทความวิชาการ การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า. สืบค้นจาก <https://digitaljournals.moph.go.th>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2558. สืบค้นจาก <http://kpo.moph.go.th>
- เสาวนีย์ สิงหา และคณะ. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในเขตเทศบาลตำบลแพรक्षा อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. *มฉก. วิชาการ*, 18(36), 116-129. สืบค้นจาก file:///C:/Users/ASUS/Downloads
- Cronbach, L.J. (1990). *Essentials of Psychology Testing* (5th ed). New York: Harper Collins Publishers Inc.
- Krejcie, R.V. & Morgan, D.W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.

การศึกษาการรับรู้ถึงควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ
ตำบลหนองกินเพล จังหวัดอุบลราชธานี

The Perceived of Self – Esteem among Elderly People at
Nongkinphen Subdistrict Warinchamrap District
Ubonratchathani Province.

อริศรา บรรทะโก¹, อังคณา ตรงกรณ์², อัจฉรา มุสิก³, อินทุอร ว่องไว⁴,
อิศราภรณ์ กมลเลิศ⁵, อิศริยาภรณ์ พิมล⁶, อุดมพล สายแวว⁷,
ชญาณุช พรเพ็ชร⁸ และพัชรภรณ์ วงศ์ษาบุตร⁹

Arissara Banthako¹, Angkana Trongkon², Adchara Musika³, Intuon Wongwai⁴,
Itsaraporn Kamonlert⁵, Itsaraporn Pimon⁶, Audomphol Saiwaew⁷,
Chayanuch Phonpet⁸ and Patcharaporn Wongsabut⁹

บทคัดย่อ

ประชากรผู้สูงอายุถือเป็นวัยที่มีปัจจัยเสี่ยงในการรับรู้ควมมีคุณค่าในตนเองลดลง และการรับรู้ควมมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองกินเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 280 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลเดือนเมษายน 2561 เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามควมมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่าระดับควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70.25 รองลงมาคือ มีควมมีคุณค่าในตนเองระดับมากที่สุด ร้อยละ 27.59 มีระดับควมมีคุณค่าในตนเองระดับปานกลาง ร้อยละ 2.15 และไม่พบผู้สูงอายุที่มีควมมีคุณค่าในตนเองระดับน้อย

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ควมมีคุณค่าในตนเอง

¹⁻⁸ นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี (Faculty of Nursing Ratchani University)

⁹ อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี (Faculty of Nursing Ratchani University) e-mail: poompuiwongsabut@gmail.com 082-1300439

Abstract

The elderly population is considered to have risk factors for perceived low self-esteem and perceived self-esteem correlated with the health of the elderly. This study is a descriptive research were to determine the Perceived of Self – Esteem among Elderly People at Nongkinphen Subdistrict Warin chamrap District Ubon ratchathani Province. The study included 280 cases. Data collected in April 2018. The research instrument were general information query and Rosenberg's Self-esteem questionnaire. The reliabilities was 0.74. The data were analyzed by Frequency, percentage, mean and standard deviation. The results showed that the level of self-esteem of the elderly in the overall was at a high level, 70.25 percent. Followed by the highest self-esteem, 27.59 percent with a moderate level of self-worth 2.15 percent. There were no elderly people with low self-esteem.

Keywords: Aging, Self – Esteem

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) โดยพบในปี พ.ศ. 2561 มีประชากรทั้งสิ้น 66,342,166 คน แบ่งเป็นกลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 11,507,357 คนคิดเป็นร้อยละ 17.3 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561) นั้นแสดงว่าประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งสาเหตุของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุนั้น ได้แก่ เนื่องจากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและการแพทย์ การพัฒนาทางเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศทำให้สามารถเพิ่มสวัสดิการแก่ประชาชนได้มากขึ้น การพัฒนาทางด้านสาธารณสุข มีการบริโภคที่ถูกหลักโภชนาการ มีการศึกษา รู้จักดูแลรักษาสุขภาพอนามัย ทำให้ประชาชนมีอายุยืนมากขึ้น และมีนวัตกรรมใหม่ที่รักษาโรคและควบคุมโรคระบาด และจากนโยบายการวางแผนครอบครัวหรือการควบคุมการมีบุตรมีผลทำให้อัตราการเกิดลดลงอย่างรวดเร็ว จากสถานการณ์ดังกล่าว ยิ่งทำให้สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมิแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และจะสูงขึ้นเรื่อยๆ (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556; Sukhothai Thammathirat, 2014)

วัยสูงอายุเป็นวันของความเสื่อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาเกี่ยวกับการมองเห็นตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ในด้านกายภาพผู้สูงอายุมองเห็นตนเองว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ไม่สวยงามเหมือนเดิม ความแข็งแรงของร่างกายมีน้อยลง ไม่แข็งแรงเหมือนเมื่อก่อน อีกทั้งมีโรคประจำตัวเพิ่มขึ้น (มาธูรี อุไรรัตน์ และมาลี สบายยิ่ง, 2560) การเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่รักษาไม่หายขาด ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา และอาจมีอาการกำเริบเป็นบางครั้งคราว การเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ในชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความบกพร่องทางร่างกายหรือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ลดน้อยลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (อุมาพร

สงวนญาติ, 2557) ในด้านจิตใจและสังคม พบว่าผู้สูงอายุมองว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะถูกลดบทบาทและความสำคัญลงเนื่องจากไม่มีรายได้จะต้องเป็นภาระของบุคคลอื่น ซึ่งการไม่มีรายได้บางครั้งกระทบต่อสัมพันธภาพกับบุตรหลาน ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีมุมมองของความสูงอายุในทางลบ (มารูรี อุไรรัตน์ และมาลี สบายยิ่ง, 2560) สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงควมมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดการแยกตัวออกจากสังคม และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง (Lubkin & Larsen, 2009)

การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นมุมมองแนวคิด และทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเองในด้านบวกหรือด้านลบ ซึ่งการที่บุคคลมีการยอมรับนับถือตนเองสูง จะมีความรู้สึกที่ตนเองมีค่า มีเกียรติ มีความพึงพอใจในตนเอง อีกทั้งการเห็นคุณค่าในตนเองจะทำให้สามารถเผชิญอุปสรรคในชีวิต และสามารถปรับตัวได้ในสังคม สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้คุณค่าในชีวิตอยู่ในระดับสูงจะมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะสูงเช่นกัน (ชุดิมา สิ้นชัยวนิชกุล, 2561)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่า ประชากรผู้สูงอายุถือเป็นวัยที่มีปัจจัยเสี่ยงในการรับรู้ควมมีคุณค่าในตนเองลดลง และการรับรู้ควมมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้สูงอายุ และเนื่องด้วยมหาวิทยาลัยมีนโยบายในการดูแลชุมชนใกล้เคียง คือตำบลหนองกินเพล โดยมีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการวิชาการ และให้ความช่วยเหลือ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชากรในชุมชน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาการรับรู้ควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุตำบลหนองกินเพล เพื่อให้เกิดควมรู้ ความเข้าใจมุมมองในการรับรู้ควมหมายควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแล ป้องกัน และส่งเสริมคุณภาพชีวิต และความผาสุกของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุตำบลหนองกินเพล จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Description Research) ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ตำบลหนองกินเพล อำเภอเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 938 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดให้มีเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่น มีการรับรู้ที่ดี สามารถสื่อความหมายเข้าใจกันได้

3. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม จากการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (Dementia Screening Tool - Region 11)

4. มีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมวิจัย

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของยามาเน (Yamane, 1973) ได้เท่ากับ 280 คน

การสุ่มตัวอย่าง ในการทำวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง มีจำนวนทั้งสิ้น 280 คน ซึ่งในตำบลหนองกินเพลมีจำนวน 9 หมู่บ้าน เลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) โดยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) เพื่อคัดเลือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นตัวแทนของประชากรผู้สูงอายุของแต่ละหมู่ ซึ่งวิธีดังกล่าวสามารถจัดความเอนเอียงในเลือกการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากทั้ง 9 หมู่ และสุ่มตามสัดส่วนประชากรในแต่ละหมู่ ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่ ดังนี้

หมู่ 1 จำนวน 23 คน หมู่ 2 จำนวน 41 คน หมู่ 3 จำนวน 39 คน หมู่ 4 จำนวน 22 คน หมู่ 5 จำนวน 29 คน หมู่ 6 จำนวน 33 คน หมู่ 7 จำนวน 28 คน หมู่ 8 จำนวน 36 คน หมู่ 9 จำนวน 29 คน รวมทั้งสิ้น 280 คน

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากลักษณะตามคุณสมบัติที่กำหนดจนครบตามที่คำนวณไว้ในแต่ละหมู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความรู้สึกคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 12 ข้อ โดยมีคำถามปลายปิดจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ เพศ ความสามารถในการอ่านและเขียน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคำถามปลายเปิดจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ อายุ ศาสนา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระบบสาธารณสุข ปัญหาความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว และกิจกรรมยามว่างหรืองานอดิเรก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก โดยประเมินด้วย Rosenberg Self Esteem Scale ฉบับภาษาไทย (Wongpakaran T. และ Wongpakaran N, 2011) ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86 แบบสอบถามประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อความทางด้านบวกและข้อความทางด้านลบ โดยแบ่งเป็นคำถามด้านบวกจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 4, 7, 8 และข้อ 10 ข้อคำถามด้านลบจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 5, 6 และ

ข้อ 9 ข้อคำถามแต่ละข้อมีลักษณะมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 และแปลผลคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

ค่าเฉลี่ย 3.50 ขึ้นไป	หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49	หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมาก
ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49	หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองปานกลาง
ค่าเฉลี่ยต่ำกว่า 1.50	หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปหาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจำนวน 1 ท่าน ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ 0.97 หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงและนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุจำนวน 24 ราย เพื่อทดสอบความเหมาะสมในด้านภาษา เนื้อหา และความเป็นไปได้ของเครื่องมือ และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุจำนวน 24 ราย จากนั้นจึงนำมาทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดย ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัยและการเก็บข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย การให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และในการรวบรวมข้อมูลจะไม่ระบุชื่อ หรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ไม่ปรากฏชื่อกลุ่มตัวอย่างในแบบสอบถาม การนำเสนอข้อมูลจะกระทำในภาพรวมเท่านั้นและผู้วิจัยจะทำลายแบบสอบถามหลังการวิจัยสิ้นสุด

การวิเคราะห์ข้อมูล ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้แล้วนำมาวิเคราะห์ ดังนี้

ข้อมูลส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ความสามารถในการอ่านและเขียน อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว

ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว ระบบสาธารณสุขปโมค กิจกรรมยามว่างหรืองานอดิเรก และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1.1 ส่วนคำถามปลายปิด (Close-ended questions) วิเคราะห์โดยความถี่ ร้อยละ

1.2 ส่วนคำถามปลายเปิด (Opened- ended questions) วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย

ข้อมูลส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบแล้ว จะนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ไปวิเคราะห์ข้อมูล ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เป็นความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Description Research) เพื่อศึกษาการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองกิงเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย (descriptive statistic) และโปรแกรมสำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุตำบลหนองกิงเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ 2 ระดับความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุตำบลหนองกิงเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Description Research) เพื่อศึกษาการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองกิงเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี นำเสนอข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 280 ราย เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงจำนวน 154 ราย (ร้อยละ 55.2) ผู้สูงอายุเพศชายจำนวน 125 ราย (ร้อยละ 44.8) มีอายุระหว่าง 60-86 ปี อายุเฉลี่ย 69.6 ปี (S.D.= 7.1) ทุกศาสนานับถือศาสนาพุทธจำนวน (ร้อยละ 100) ด้านความสามารถในการอ่านและเขียน สามารถอ่านและเขียนได้จำนวน 156 ราย (ร้อยละ 55.9) สามารถอ่านและเขียนได้เล็กน้อยจำนวน 106 ราย (ร้อยละ 38.0) และไม่สามารถอ่านและเขียนได้ จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 6.1)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพจำนวน 165 ราย (ร้อยละ 59.1) ด้านแหล่งที่มาของรายได้ กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (ร้อยละ 100) รองลงมาได้รับจากบุตรหลาน จำนวน 204 ราย (ร้อยละ 73.1) ซึ่งรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 600-7000 บาท รายได้เฉลี่ย 1,950 บาท/เดือน (SD= 1156) ด้านความเพียงพอของรายได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน

166 ราย (ร้อยละ 59.5) มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย และร้อยละ 40.5 รายได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีหนี้สินจำนวน 180 ราย (ร้อยละ 68.1)

ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่จำนวน 184 ราย (ร้อยละ 65.9) รองลงมาคือ หมายจำนวน 84 ราย (ร้อยละ 30.1) โสดจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 2.2) หย่าร้างจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 1.4) และ แยกกันอยู่จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.4) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวจำนวน 146 ราย (ร้อยละ 52.3) และไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 133 ราย (ร้อยละ 47.7) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวโดยเฉลี่ย 4 คน (S.D.= 1.8) สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีจำนวน 198 ราย (ร้อยละ 70.9) สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีปานกลางจำนวน 78 ราย (ร้อยละ 28.0) และกลุ่มตัวอย่างที่อยู่อาศัยเพียงลำพังจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 1.1)

ด้านระบบสาธารณสุขประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำประปา ไฟฟ้า และ โทรศัพท์มือถือจำนวน 192 ราย (ร้อยละ 37.4) รองลงมาคือ มีน้ำประปาและไฟฟ้าจำนวน 82 ราย (ร้อยละ 29.4) มีเพียง 5 ราย (ร้อยละ 1.8) ที่มีเพียงไฟฟ้าใช้ และใช้น้ำบาดาลแทน ด้านกิจกรรมยามว่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เข้าวัดทำบุญ เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุและช่วยเหลืองานสังคมอยู่เสมอจำนวน 87 ราย (ร้อยละ 31.2) เข้าวัดทำบุญและช่วยเหลืองานสังคมจำนวน 49 ราย (ร้อยละ 17.6) เข้าวัดเพียงอย่างเดียวจำนวน 46 ราย (ร้อยละ 16.5) กลุ่มตัวอย่างที่มีการเข้าวัดทำบุญและเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุจำนวน 35 ราย (ร้อยละ 12.5) ส่วน 4 ราย (ร้อยละ 1) ช่วยเหลืองานสังคมเป็นครั้งคราว ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ติดสังคมจำนวน 277 ราย (ร้อยละ 99.3) และมีเพียง 2 ราย (ร้อยละ 0.7) เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน

ส่วนที่ 2 ระดับความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุตำบลหนองกินเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ตารางแสดงระดับความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุตำบลหนองกินเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แบบประเมินความมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์กพบว่า ระดับความมีคุณค่าในตนเอง ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70.25 รองลงมาคือ มีความมีคุณค่าในตนเองระดับมากที่สุด ร้อยละ 27.59 มีระดับความมีคุณค่าในตนเองระดับปานกลาง ร้อยละ 2.15 และไม่พบ ผู้สูงอายุที่มีคุณค่าในตนเองระดับน้อย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุตำบลหนองกินเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (n=279)

ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	ความถี่	ร้อยละ
ระดับความมีคุณค่าในตนเองมากที่สุด	77	27.59
ระดับความมีคุณค่าในตนเองมาก	196	70.25
ระดับความมีคุณค่าในตนเองปานกลาง	6	2.15
ระดับความมีคุณค่าในตนเองน้อย	0	0
รวม	279	100

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-74) ร้อยละ 77.8 ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุตอนต้นซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระยังไม่มากนัก ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น สอดคล้องกับงานวิจัยของวิไลพร ขำวงษ์ (2554) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะประเมินคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับมากอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น

ด้านศาสนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา คือ เข้าวัด ปฏิบัติธรรม เข้าร่วมงานบุญ ประเพณีอยู่เสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภารดี พูลประภาเอี่ยมเจริญและคณะ (2561) พบว่า หลักทางศาสนาสามารถนำมาพัฒนาชีวิตในกระบวนการเพิ่มควมมีคุณค่าในตนเอง เช่น ในการแก้ไขปัญหาในชีวิตหรือโดยการปฏิบัติตนทำประโยชน์ให้แก่สาธารณะ ช่วยเหลือสังคม เข้ากิจกรรมทางศาสนา และการศึกษาตามหลักคำสอนทางศาสนาเป็นแนวทางหนึ่งที่ยกระดับจิตใจให้ก้าวสู่ถึงความสุข เพื่อให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีจิตใจที่สงบ

ด้านความสามารถในการอ่านและเขียน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.9 สามารถอ่านและเขียนได้ และจากการสังเกต พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านและเขียนได้โดยการทำแบบสอบถาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชุดิเดช เจียนดอนและคณะ (2554) ซึ่งพบว่า ความสามารถในการอ่านและเขียน เป็นทักษะที่ช่วยแสวงหาความรู้เพื่อการดูแลตนเองทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกกว่าตนเองมีศักยภาพในการที่จะดูแลตนเอง การมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้ดี มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาสูงขึ้น ความมีคุณค่าในตนเองมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตก็มีแนวโน้มที่ดีขึ้นเช่นกัน เพราะการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ ส่งผลให้มีความรู้ในการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมเมื่อเจ็บป่วย ส่งผลต่อความรู้สึกพึงพอใจในตนเองที่ยังมีสามารถและมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลภาวะสุขภาพของตนได้

ด้านอาชีพและรายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100 มีรายได้ทุกราย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีหนี้สิน และมีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายมากกว่าครึ่งหนึ่ง ซึ่งรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 1950.7 ต่อเดือน รายได้ส่วนใหญ่ได้มาจากการได้รับเบี้ยยังชีพ ร้อยละ 100 รองลงมาได้จากบุตรหลาน ร้อยละ 73.1 และรายได้ที่ได้มาจากทั้ง เบี้ยยังชีพ บุตรหลาน และการประกอบอาชีพ ร้อยละ 29.4 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและค้าขาย ร้อยละ 59.1 สอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร โชยวรรณ (2552) พบว่า ผู้สูงอายุเกินครึ่งหนึ่ง มีรายได้ที่เพียงพอต่อการใช้จ่าย เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว บุตร และหลาน โดยที่ครอบครัว ลูก หลาน จะคอยดูแลชีวิตความเป็นอยู่ของกลุ่มตัวอย่างในด้านต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของศรีธรรม ธนภูมิ (2535) ที่อธิบายปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขในการดำรงชีวิต คือ การเตรียม

เรื่องการเงิน และการเตรียมยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกายที่ต้องเผชิญในวัยชรา (ภาณุวัฒน์ มีชนะ และคณะ, 2560)

ด้านโรคประจำตัว การศึกษาของอุมพร สงวนญาติ (2557) พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และต้องพึ่งพาผู้อื่นในการเข้ารับการรักษาหรือไปตามแพทย์นัดแต่ละครั้ง ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองลดลง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 52.3 โรคที่พบมากได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขข้อในโลหิตสูง ตามลำดับ แต่เมื่อพิจารณาของกลุ่มตัวอย่างแล้วพบว่า คะแนน ADL อยู่ในช่วง 18-20 จึงสามารถพึ่งพาและดูแลตนเองได้สอดคล้องกับงานวิจัยของนงนุช แยมวงษ์ (2557) พบว่าผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้มีมากถึงร้อยละ 90 มีระดับคุณค่าในตนเองอยู่ในเกณฑ์ที่สูงจากการที่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่า และคุณภาพชีวิตที่ดี

ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.4 คน ร้อยละ 70.9 มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี จากการสังเกตพบว่า ชุมชนหนองกินเพล เป็นชุมชนที่เป็นชนบท แต่ละครัวเรือนมีการอยู่ร่วมกันแบบครอบครัวใหญ่ ซึ่งระแวกใกล้เคียงเป็นบ้านของญาติพี่น้องครอบครัวเดียวกันเสมอ มีการพบปะพูดคุยกัน รับประทานอาหารร่วมกันตอนกลางวัน เสริมสร้างปฏิสัมพันธ์กันอย่างเป็นกันเอง ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของชลกร ศิรวรรณะ (2556) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวในด้านการสื่อสารของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยการที่ได้สื่อสารกันทำให้ความสัมพันธ์ด้านต่างๆ ดีขึ้นไปด้วย สมาชิกทุกคนในครอบครัวมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งการได้รับรู้ถึงความรู้สึกซึ่งกันและกัน ทำให้ยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และรวมไปถึงการได้แสดงบางสิ่งให้ครอบครัวได้รับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง

ด้านสาธารณูปโภค พบว่า สาธารณูปโภคของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีน้ำประปา ไฟฟ้า และโทรศัพท์มือถือใช้คิดเป็นร้อยละ 68.8 มีน้ำประปาและไฟฟ้าคิดเป็นร้อยละ 29.4 และมีไฟฟ้าใช้เพียงอย่างเดียว และใช้น้ำบาดาลแทนน้ำประปาจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.8 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนภัสวรรณ ทรัพย์มา (2557) พบว่า สาธารณูปโภคเป็นทรัพยากรที่มีความจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งการมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีวิตจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีจิตใจที่สงบ มีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งการพึงพอใจในการดำรงชีวิตในแต่ละวัน สัมพันธ์กับระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ด้านกิจกรรมยามว่าง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าชมรมผู้สูงอายุ เข้าวัดทำบุญ และช่วยเหลืองานสังคม ร้อยละ 31.2 ทั้งนี้ในตำบลหนองกินเพลยังมีโรงเรียนผู้สูงอายุ สำหรับให้ผู้สูงอายุร่วมกันทำกิจกรรม ได้พบปะพูดคุย และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่มาเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรณพ ต้นละมัย (2556) พบว่า กิจกรรมยามว่างมีความสัมพันธ์อย่างสูงต่อการพัฒนาทักษะการทำงาน และยังช่วยเพิ่มคุณค่าในชีวิตมากขึ้นเนื่องจาก

มีความภาคภูมิใจในความสามารถของตนเอง นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีผลช่วยให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่เหมาะสมและทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขกายและจิตใจที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. ทุกตำบลควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเอง การบริหารส่งเสริมสัมพันธภาพ การบริหารอารมณ์ด้วยกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุทุกคนได้มีส่วนร่วม เช่น การจัดกีฬาผู้สูงอายุ หรือการจัดงานบุญประเพณี เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีบทบาทและเข้ามามีส่วนร่วม พุดคุย เสริมสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการเห็นคุณค่าในตนเอง นำไปสู่การมองโลกในแง่ดี เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

2. การดำเนินกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุควรดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องและสร้างความยั่งยืนของการดำเนินกิจกรรมด้วยการมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น และมีสุขภาพจิตที่ดีตามไปด้วย

3. ครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ สามารถนำข้อมูลการวิจัยไปใช้ออกแบบกิจกรรมในการสนับสนุนผู้สูงอายุในครอบครัวให้เกิด การยอมรับนับถือและเห็นคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจในการทำงานและการดำเนินชีวิตให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีความสุข

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุตำบลหนองกิงเพลที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

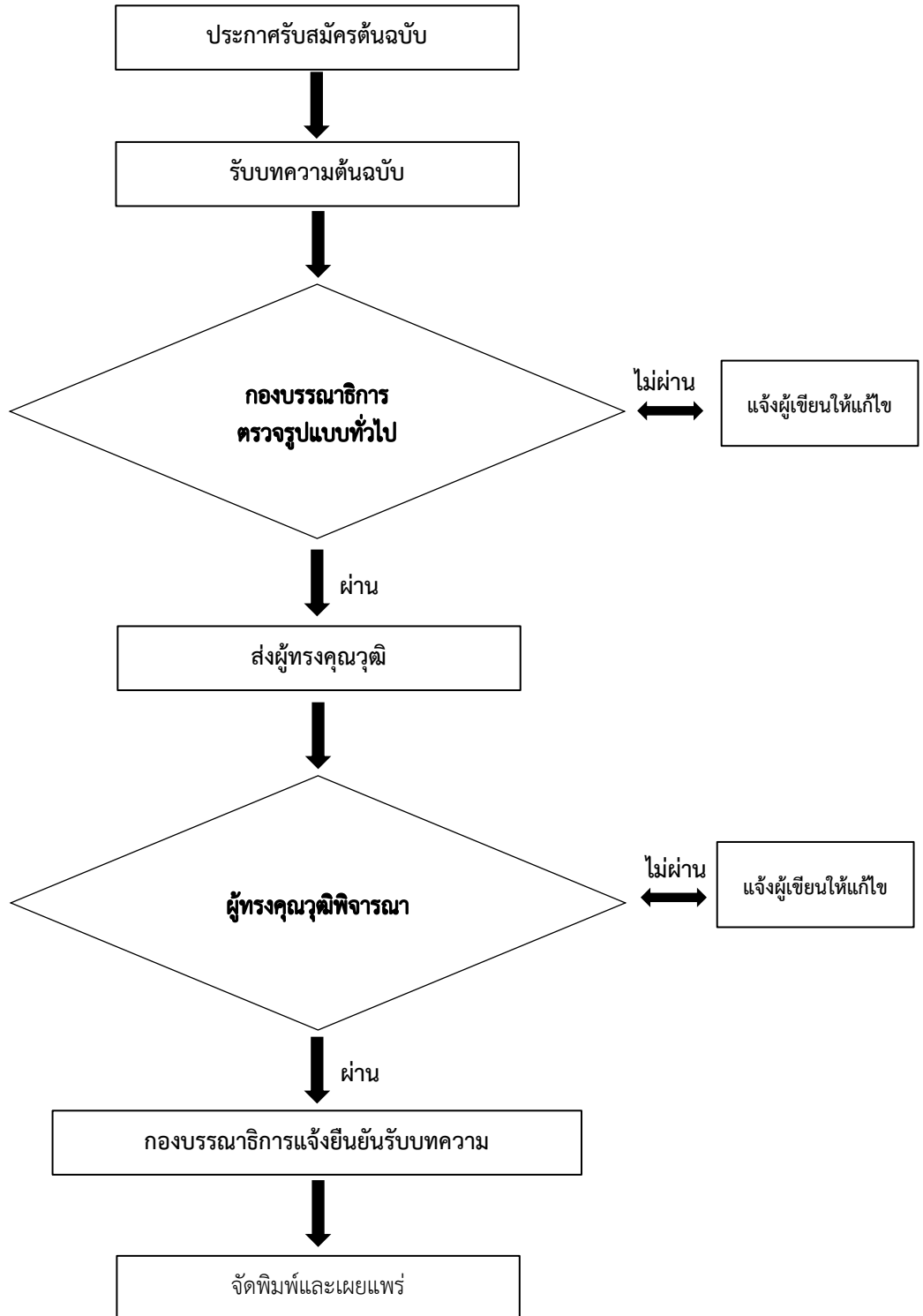
เอกสารอ้างอิง

- กัญญา นพเกตุและคณะ. (2560). ปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ที่มารับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ. Journal of Nursing and Health Care. 35(4), สืบค้นเมื่อ เมษายน 4, 2561, จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ed/article/view/111849>
- จุฑาธิบดิ์ กุลดีและคณะ. (2561). รูปแบบการส่งเสริมการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย. สักทอง : วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ (สทมส.). 24(3), สืบค้นเมื่อ เมษายน 4, 2561, จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/tgt/article/download/169267/121793/>
- ชุตติเดช เจียนดอน และคณะ. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัด นครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์.41(3). สืบค้นเมื่อ พฤษภาคม 15, 2561, จาก <http://repository.li.mahidol.ac.th/dspace/bitstream/123456789/2528/2/ph-ar-nawarat2554.pdf>
- ชุลีกร ปัญญาและคณะ. (2557). ปัจจัยทำนายความหวาดเหวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 22(4), 2-3

- ตรึงตรา พูลผลอำนวย. (2536). การศึกษากิจกรรมการจัดการให้บริการการพยาบาลผู้ป่วย
สูงอายุของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข. ศูนย์วิทย
ทรัพยากรจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- นริสา วงศ์พนารักษ์และคณะ. (2557). คุณภาพชีวิต : การศึกษาในผู้สูงอายุไทย. วารสาร
พยาบาลทหารบก. 15(3). สืบค้นเมื่อ เมษายน 4, 2561, จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/download/30230/26064/>
- นริสา วงศ์พนารักษ์และคณะ. (2558). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง
การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของคนพิการในเขตเมือง. วารสารทหารบก.
16(3). สืบค้นเมื่อ เมษายน 4, 2562, จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/47568>
- มาธูรี อุไรรัตน์และคณะ. (2561). สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการมองเห็นตนเอง ในปัจจุบัน
กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ ผู้สูงอายุในมูลนิธิจึงฮั่ว จังหวัดสงขลา. วารสาร
ปาริชาติ มหาวิทยาลัยทักษิณ. 31(2), สืบค้นเมื่อ เมษายน 4, 2561, จาก
<https://www.tci-thaijo.org/index.php/rusamelae/article/download/91170/71609/>
- นนุช แยมวงษ์. (2557). คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำ วันของ
ผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ. Journal of
Medicine and Health Sciences. สืบค้นเมื่อ เมษายน 4, 2561, จาก
<https://www.tci-thaijo.org/index.php/jmhs/article/download/58680/48391>
- มาธูรี อุไรรัตน์และคณะ. (2560). การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษามูลนิธิ
สงเคราะห์คนชราอนาถาแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา. วารสารกึ่งวิชาการ. 38(1). สืบค้น
เมื่อ เมษายน 4, 2562, จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/rusamelae/article/view/91170>
- วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสาร
วิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 5(2). สืบค้นเมื่อ พฤษภาคม 15, 2561, จาก
<https://www.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/4878/4207>
- วรรัตน์นัท ชูชนะโชติและคณะ. (2561). ปัจจัยปกป้องที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของ
ผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก. 19(ฉบับพิเศษ). สืบค้นเมื่อ เมษายน 4, 2561, จาก
<https://tcithaijo.org/index.php/JRTAN/article/download/134834/100855/>
- สุธน ลิขะไย. (2555). ผลของการใช้โปรแกรมต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนชั้น
มัธยมศึกษา ปีที่ 1-3 โรงเรียนลอยสายอนุสรณ์. ปริญญากการศึกษามหาบัณฑิต
สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. สืบค้นเมื่อ เมษายน 4,
2561, จาก http://thesis.swu.ac.th/swuthesis/Gui_Cou_Psy/Sutaneer_L.pdf

ภาคผนวก

ขั้นตอนการจัดทำวารสาร



แบบเสนอผลงานวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์ใน
วารสารนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว

ชื่อ-สกุล

(ภาษาอังกฤษ)

ตำแหน่งทางวิชาการ (โปรดระบุ)

☐ ศาสตราจารย์

☐ รองศาสตราจารย์

☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์

☐ ดร.

☐ อาจารย์

☐ อื่นๆ

ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ

โทรสาร E-mail

มีความประสงค์ขอส่งผลงานวิชาการ เรื่อง :

ชื่อผลงาน (ภาษาไทย)

.....

ชื่อผลงาน (ภาษาอังกฤษ)

.....

ประเภทผลงานวิชาการ ☐ บทความรับเชิญ ☐ บทความวิจัย ☐ บทความวิชาการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผลงานนี้ ☐ เป็นผลงานของข้าพเจ้าเพียงผู้เดียว

ผลงานนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และจะไม่นำไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์
เผยแพร่ในที่อื่นๆ อีก นับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งผลงานต้นฉบับนี้ มายังกองบรรณาธิการวารสารนวัตกรรมทาง
วิทยาศาสตร์สุขภาพ

.....ลายมือชื่อ เจ้าของบทความ
(.....)

วันที่

**แบบรับรองพิจารณาบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์ใน
วารสารนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**

ข้าพเจ้า ☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์
☐ ดร. ☐ อาจารย์

ชื่อ-สกุล

ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ

โทรสาร E-mail

ขอรับรองว่าได้ตรวจสอบบทความวิจัยจากปริญญานิพนธ์/วิทยานิพนธ์/ดุษฎีนิพนธ์ เรื่อง :

ชื่อผลงาน (ภาษาไทย)

.....

ชื่อผลงาน (ภาษาอังกฤษ)

.....

ของนักศึกษา ชื่อ-สกุล

ว่าถูกต้องตามหลักวิชาการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ซึ่งบทความนี้ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และ
ไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในที่อื่นๆ

..... ลายมือชื่อ
(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

วันที่

ใบสมัครสมาชิก
วารสารนวัตกรรมการทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ชื่อ-สกุล

ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ

E-mail

☐ ขอสมัครเป็นสมาชิกวารสาร “นวัตกรรมการทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ”

☐ หนึ่งปี 4 ฉบับ ราคา 500 บาท

☐ สองปี 8 ฉบับ ราคา 800 บาท

ชำระผ่าน ธนาคารกรุงเทพ เลขที่บัญชี 313-0-73505-4

ชื่อบัญชี วารสารนวัตกรรมการทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชธานี

โดยได้แนบหลักฐานการชำระเงิน :

☐ สำเนาหลักฐานเอกสารยืนยันการชำระเงิน ส่งทางไปรษณีย์มายังมหาวิทยาลัยราชธานี

☐ อัปโหลดหลักฐานเอกสารยืนยันการชำระเงิน มายัง e-mail: jrihs@rtu.ac.th วันที่

ฝ่ายสมาชิกวารสาร สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยราชธานี

261 เลี้ยวเมือง, ตำบลแจระแม อำเภอเมืองอุบลราชธานี อุบลราชธานี, 34000

โทรศัพท์: 0-4531-9900 ต่อ 124 โทรสาร: 0-4531-9911

E-mail : jrihs@rtu.ac.th

คำแนะนำในการเตรียมและการส่งต้นฉบับ วารสารนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานทางวิชาการที่มีคุณภาพ พัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการนำเสนอ แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นเชิงวิชาการ ของ ผู้ทรงคุณวุฒิ คณาจารย์ นักศึกษา และนักวิชาการ
3. เพื่อกระตุ้นให้เกิดการวิจัย การพัฒนานวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในทางทฤษฎีและทางปฏิบัติ ที่จะสามารถนำไปอ้างอิงประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์แก่สังคมโดยรวม

กำหนดการเผยแพร่ ปีละ 4 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม

ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน

ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน

ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม

ขอบเขตของวารสาร (Scope)

วารสาร Journal of Innovative Health Science รับบทความวิชาการ และบทความวิจัย ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทความนั้นต้องนำเสนอให้เห็นถึงการสร้างสรรค์องค์ความรู้ทางวิชาการที่มีประโยชน์และน่าสนใจ รวมถึงการนำเสนอผลการวิจัย ที่เป็นปัจจุบัน เป็นประโยชน์ต่อทั้งแวดวงวิชาการและวิชาชีพ โดยบทความที่จะได้รับการตีพิมพ์นั้น จะต้องผ่านการพิจารณาถ่วงดุลโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถในสาขาที่บทความนั้นเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กัน โดยขอบเขตเนื้อหาทางวิชาการของวารสาร ฉบับภาษาไทย และภาษาอังกฤษ จะครอบคลุมเนื้อหาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ

สำหรับบทความที่จะลงตีพิมพ์ในวารสาร Journal of Innovative Health Science จะต้องเป็นบทความที่ไม่เคยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ หรืออยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ การละเมิดลิขสิทธิ์ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้ส่งบทความโดยตรง การเผยแพร่ต่อไปต้องได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยลิขสิทธิ์

การพิจารณาบทความ (Editorial and Review Process)

บทความจะได้รับการพิจารณาลงตีพิมพ์จะต้องผ่านการพิจารณาจากกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาเพื่อทำการกลั่นกรองและตรวจสอบคุณภาพของบทความ ดังนี้

1. กองบรรณาธิการแจ้ง/ตอบกลับการได้รับบทความตามข้อกำหนดการส่งบทความ จากนั้นกองบรรณาธิการจะตรวจสอบชื่อเรื่องและเนื้อหาของบทความว่าเหมาะสมกับวัตถุประสงค์และอยู่ในขอบเขต (Scope) ของวารสาร

2. เมื่อกองบรรณาธิการพิจารณาเห็นควรว่าบทความเป็นบทความที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์และอยู่ในขอบเขต (Scope) ของวารสารจะดำเนินการส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาเพื่อตรวจสอบคุณภาพของบทความนั้นๆ ต่อไป โดยที่ผู้ทรงคุณวุฒิจะเป็นผู้พิจารณาว่าบทความอยู่ในระดับที่เหมาะสมที่จะลงตีพิมพ์ได้หรือบทความนั้นๆ ควรมีการแก้ไขในบางส่วนก่อนการตีพิมพ์ หรือปฏิเสธการตีพิมพ์ โดยกองบรรณาธิการจะอ้างอิงจากข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3. กองบรรณาธิการส่งหนังสือตอบรับการตีพิมพ์หรือปฏิเสธการตีพิมพ์ให้เจ้าของบทความ

ประเภทของผลงานวิชาการที่เปิดรับตีพิมพ์

1. **บทความวิจัย (Research Article)** เป็นงานเขียนที่เกิดจากการวิจัยของผู้เขียนหรือสมาชิกร่วมในงานวิจัยนั้นๆ อย่างเป็นระบบ และไม่เคยได้รับการตีพิมพ์มาก่อน

2. **บทความวิชาการ (Academic Article)** เป็นบทความทางวิชาการที่น่าเสนอเนื้อหาสาระทางวิชาการที่น่าสนใจ ซึ่งผ่านการวิเคราะห์ หรือประมวลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น จากการวิจัยที่ผ่านมา จากเอกสารอ้างอิง จากความคิดเห็นของผู้เขียนและผู้อื่น อาจมีการนำเสนอในมุมมองใหม่ ที่สนับสนุนหรือคัดค้านต่อทฤษฎี หรือองค์ความรู้ทางวิชาการเดิม หรือเป็นการนำเสนอแนวทางในการวิเคราะห์องค์ความรู้ใหม่ๆ ที่ไม่เคยมีผู้รวบรวมเรียบเรียง หรือวิเคราะห์มาก่อน

การเตรียมบทความเพื่อการตีพิมพ์ในวารสาร

บทความวิจัย ประกอบด้วย

1. ชื่อเรื่อง (Title) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ชื่อผู้เขียน (Author(s)) ใช้ชื่อเต็มทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
3. บทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นเรียงความย่อหน้าเดียว ที่สรุปสาระสำคัญของบทความไว้โดยครบถ้วน และควรมีความยาวไม่เกิน 300 คำ
4. คำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวนไม่เกิน 4 คำ และระบุไว้ท้ายบทคัดย่อ
5. เนื้อหา (Contents) ควรประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้
 1. บทนำ (Introduction)
 2. วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)
 3. ผลการวิจัย (Results)
 4. สรุปและอภิปรายผล (Conclusion and Discussion)
 5. เอกสารอ้างอิง (References)
6. เอกสารอ้างอิง (References) ใช้การอ้างอิงและบรรณานุกรมของ APA 6th Edition Style (American Psychology Association)

บทความวิชาการ ประกอบด้วย

1. ชื่อเรื่อง (Title) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ชื่อผู้เขียน (Author(s)) ใช้ชื่อเต็มทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
3. บทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นเรียงความย่อหน้าเดียว ที่สรุปสาระสำคัญของบทความไว้โดยครบถ้วนและควรมีความยาวไม่เกิน 300 คำ
4. คำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวนไม่เกิน 4 คำ และระบุไว้ท้ายบทคัดย่อ
5. เนื้อหา (Contents) ควรประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้
 1. บทนำ (Introduction)
 2. สาระในประเด็นต่างๆ (Contents)
 3. สรุปและอภิปราย (Conclusion and Discussion)
 4. เอกสารอ้างอิง (References)
6. เอกสารอ้างอิง (References) ใช้การอ้างอิงและบรรณานุกรมของ APA 6th Edition Style (American Psychology Association)

การเตรียมต้นฉบับผลงานที่รับตีพิมพ์ (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยกระดาษ A4 พิมพ์หน้าเดียว ระยะบรรทัด 1 เท่า (Single Space) พร้อมระบุเลขหน้า และตั้งระยะขอบกระดาษ ขอบบน 1 นิ้ว ขอบซ้าย 1.25 นิ้ว ขอบขวา 1.25 นิ้ว

2. ชื่อเรื่อง ต้องมีทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 18 point ตัวหนาถึงกลางหน้ากระดาษ

3. ชื่อผู้เขียน (Author(s)) ใช้ชื่อเต็มทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 point ชิดขวาหน้ากระดาษ โดยระบุชื่อผู้เขียนของแต่ละคนที่มีส่วนในงานวิจัยเรียงตามลำดับความสำคัญ

4. บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อภาษาไทย ให้ใช้คำว่า “บทคัดย่อ” ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 18 point ตัวหนาชิดซ้ายหน้ากระดาษ ส่วนเนื้อหาของบทคัดย่อ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 point จัดแบบกระจายให้สม่ำเสมอ จำนวนไม่เกิน 300 คำ

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ให้ใช้คำว่า “Abstract” ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 18 point ตัวหนาชิดซ้ายหน้ากระดาษ ส่วนเนื้อหาของบทคัดย่อ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 point จัดแบบกระจายให้สม่ำเสมอ จำนวนไม่เกิน 300 คำ

5. เนื้อหา

5.1 เนื้อหาของต้นฉบับของบทความวิจัยและบทความวิชาการ มีความยาวไม่เกิน 15 หน้า กระดาษ A4 (รวมบทคัดย่อ เนื้อหา และเอกสารอ้างอิง)

5.2 เนื้อหาหัวเรื่อง ภาษาไทย ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 point ตัวหนา และเนื้อหาหัวเรื่องภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดซ้ายหน้ากระดาษ

5.3 เนื้อหาบทความภาษาไทยให้ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 point และเนื้อหาบทความภาษาอังกฤษให้ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 point จัดแบบกระจายให้สม่ำเสมอ

6. ให้ใช้ระยะห่างระหว่างบรรทัด (Line Space) 1 บรรทัด

7. ข้อมูลในส่วนเชิงอรรถ

7.1 ข้อมูลผู้เขียน ให้ระบุ ชื่อ-นามสกุลของผู้เขียนทุกคน (ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ) ตำแหน่ง หน่วยงานที่สังกัด E-mail หรือหมายเลขโทรศัพท์ โดยใช้หมายเลขกำกับตามลำดับ และใส่เครื่องหมาย * เป็นตัวยกกำกับท้ายชื่อผู้แต่งหลัก (Corresponding Author) ภาษาไทย ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 14 point และภาษาอังกฤษ ให้ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 14 point

7.2 ส่วนประกอบอื่นหรือแหล่งที่มาของบทความ เช่น แหล่งทุนให้นำไปไว้ในส่วนของกิตติกรรมประกาศ

8. การอ้างอิงเอกสารให้ใช้รูปแบบ APA 6th Edition Style (American Psychology Association)

9. ใช้ตัวเลขอารบิกเท่านั้น และไม่ให้ใช้การตั้งค่าตัวเลขอัตโนมัติ

หมายเหตุ : นักศึกษาที่ส่งบทความวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ หรือสารนิพนธ์ จะต้องมีการรับรองจากประธาน หรือกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์หลักให้พิจารณาลงพิมพ์เผยแพร่

การติดต่อในการส่งบทความ

งานวารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชธานี

เลขที่ 261 ถนนเลียงเมือง ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000

โทรศัพท์ : 045-319-900 ต่อ 138

โทรสาร : 045-319-911

E-mail: jrihs@rtu.ac.th

ผู้ทรงคุณวุฒิกลั่นกรองบทความ (Peer review)

ดร.กัญญารัตน์	กัญยะกาญจน์	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงบัง อ.เมือง
ดร.เพชรมณี	วิริยะสีบพงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ดร.รุ่งรังษี	วิบูลชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ดร.วรรณารถ	พรหมศวร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
ดร.กชพงษ์	สารการ	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
ดร.อุมาพร	เคนศิลา	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
ดร.จิตติมา	โกศลวิตร	มหาวิทยาลัยราชธานี

Contents

บทความวิชาการ

การสร้างเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้มีสุขภาพดีตามวิถีชุมชน
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอคลองสะแก จังหวัดเชียงใหม่
เบญจมาศ ถาดแสง, พิรุณ ลาเซอร์

1

บทความวิจัย

จริยธรรมการสอนของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล
มหาวิทยาลัยราชธานี
ภาวิณี ศรีสันต์

18

ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเขตเมือง
ธนัญธรต เพชรเมือง, ดวงหทัย กลัดนวม, เพ็ญภา เป้งเซ่ง
และอภิญญา กุลทะเล

32

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ
ในชุมชนบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
ชลธิชา อรุณพงษ์

44

การศึกษาการรับรู้ถึงควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ
ตำบลหนองกินเพล จังหวัดอุบลราชธานี
อริศรา บรรทะโก, อังคณา ตรงกรณ์, อัจฉรา มุสิกกา, อินทุอร ว่องไว,
อิศราภรณ์ กมลเลิศ, อิศริยาภรณ์ พิมล, อุดมพล สายแวว,
ชญานุช พรเพ็ชร และพัชราภรณ์ วงศ์ษาบุตร

61

