



ใบรับรองวิทยานิพนธ์  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สูงศึกษา)

ปริญญา

..... สูงศึกษา ..... พลศึกษา  
..... สาขา ..... ภาควิชา

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

Factors Relating Self-Care Behaviors to Prevent Blindness of Open-Angle Glaucoma Patients Received Care at Ophthalmology Clinic, Out Patient Department of Mettaphacharak (Watraikhing) Hospital

นามผู้วิจัย นางพิมพ์ใจ หัสชู

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

( ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรัณการ์รัตน์ บุญช่วยชนาสิทธิ์, Ph.D. )

รักษาราชการแทน

หัวหน้าภาควิชา

( ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรัณการ์รัตน์ บุญช่วยชนาสิทธิ์, Ph.D. )

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

( รองศาสตราจารย์กัญจนา วีระกุล, D.Agr. )

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วย  
โรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก  
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

Factors Relating Self-Care Behaviors to Prevent Blindness of Open-Angle Glaucoma  
Patients Received Care at Ophthalmology Clinic, Out Patient Department of  
Mettaphacharak (Watraikhing) Hospital

โดย

นางพิมพ์ใจ หัสชู

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

พิมพ์ใจ หัสดู 2553: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน  
ตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก  
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง) ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)  
สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก:  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรณิการ์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์, Ph.D. 161 หน้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ  
พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิก  
จักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่จิง)กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคต้อหิน  
มุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา จำนวน 230 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเก็บ  
รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการทดสอบคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้  
ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ได้แก่ ค่าร้อยละ  
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ  
ผลการวิจัยที่สำคัญพบว่า 1) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด  
ที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง)  
อยู่ในระดับต่ำ 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และแรงจูงใจด้าน  
สุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 ส่วนการรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล  
ตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) ความเชื่อในความสามารถของตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม  
การดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 4) แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุน  
ทางด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01  
ในขณะที่แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากรไม่มีความสัมพันธ์กับ  
พฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 5) การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความเชื่อในความสามารถ  
ของตนเอง แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมได้ร้อยละ 18.7 อย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

Pimjai Hussachu 2010: Factors Relating Self-Care Behaviors to Prevent Blindness of Open–Angle Glaucoma Patients Received Care at Ophthalmology Clinic, Out Patient Department of Mettaphacharak (Watraikhing) Hospital. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education.  
Thesis Advisor: Assistant Professor Karuntharat Boonchuaythanasit, Ph.D. 161 pages.

The purpose of this descriptive research was to study factors related to self-care behavior to prevent blindness of Open-Angle Glaucoma patients who received care at Ophthalmology Clinic, Out Patient Department of Mettaphacharak (Watraikhing) Hospital. The samples composed of 230 open angle glaucoma patients. Questionnaires developed by the researcher were used for collecting data. Percentage, Mean, Standard Deviation, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and Multiple Regression Analysis were statistics used to employ the data. The results of this study were as follows: 1) Self-care behavior to prevent blindness of open angle glaucoma patients was at a low level, 2) Perceived susceptibility, perceived severity, and perceived benefits of prevent blindness of open angle glaucoma patients, and health motivation had significant relationship with self-care behaviors at a .01 level. while perceived barrier to prevent blindness of open angle glaucoma patients had no significant relationship with self care behaviors. 3) Self efficacy had significant relationship with self-care behavior at a .01 level, 4) Social support namely information support had significant relationship with self-care behavior at a .01 level while emotional support and instrumental support had no significant relationship with self-care behavior, 5) Perceived susceptibility, self efficacy and information support were found to be significant predictor variables of self care behavior at a .05 level. All predictor variables together shares 18.7 percent of variance in self-care behaviors.

---

Student's signature

---

Thesis Advisor's signature

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ หฤยา อารีวงศ์ ประธานการสอบ รองศาสตราจารย์ วิสูตร กองจินดา ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก และผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย ทั้ง 4 ท่าน ที่กรุณาสละเวลาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งตรวจ สอบแก้ไข ข้อบกพร่อง ใ้งานวิจัยมีความถูกต้อง สมบูรณ์ และมีคุณค่าทางวิชาการ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่ผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) และเพื่อนนิสิตปริญญาโท สาขาสุขศึกษา ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บแบบสอบถาม และผู้ป่วยโรค ต้อหินทุกท่านที่ให้โอกาสและเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ตลอดจนบุคคลอื่นๆ ที่มีได้ กล่าวนาม ที่มีส่วนช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ให้สำเร็จลุล่วง ด้วยดี

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์นายแพทย์ ปานเนตร ปางพุดพงษ์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ทุนมูลนิธิเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ที่ให้ทุนการ สนับสนุนการศึกษาวิจัย พร้อมทั้ง คุณพ่อ คุณแม่ พี่ ๆ น้อง ๆ รวมทั้งญาติ ๆ และบุคคลรอบข้างที่ คอยให้กำลังใจ คอยช่วยเหลือและสนับสนุนปัจจัยต่าง ๆ ทุกอย่าง พร้อมทั้งคอยให้กำลังใจ ด้วย ความรักและความห่วงใย รวมทั้งคณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา สถาบันการศึกษาทุกแห่งตั้งแต่ ต้นจนถึงปัจจุบัน ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนาม ณ ที่นี้ ที่ให้ความช่วยเหลือ ตลอดจนมา ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

พิมพ์ใจ หัสชู

มีนาคม 2553

## สารบัญ

	หน้า
สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(4)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
การตรวจเอกสาร	12
อุปกรณ์และวิธีการ	81
ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	97
ผลการวิจัย	97
ข้อวิจารณ์	122
สรุปและข้อเสนอแนะ	132
สรุป	132
ข้อเสนอแนะ	135
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	138
ภาคผนวก	144
ภาคผนวก ก ราชานามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถาม	145
ภาคผนวก ข แบบสอบถามสำหรับการวิจัย	147
ประวัติการศึกษาและการทำงาน	161

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงแนวทางในการปฏิบัติตามทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	57
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม	99
3	จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด	103
4	จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อหินมุมเปิด	103
5	จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด	104
6	จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด	105
7	จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้เกี่ยวกับแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด	105
8	จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด	106
9	จำนวนและร้อยละของระดับความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด	107
10	จำนวนและร้อยละของระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด	107
11	จำนวนและร้อยละของการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด	108
12	จำนวนและร้อยละของการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากรของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด	108
13	จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด	109
14	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ที่มีต่อการเกิดตาบอด กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด	110

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
15	ความสัมพันธ์ระหว่างการเชื่อในความสามารถของตนกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด	112
16	ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อ ป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด	113
17	แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบเป็นขั้นตอน (Stepwise) ของตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	115
18	แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด	116
19	แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (B) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ถดถอย (SEb) ค่าการทดสอบความมีนัยสำคัญการถดถอย (t) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณและค่าคงที่ของสมการทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	118

## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker	47
2	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับทำนายของ Kirscht	49
3	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย	50
4	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)	52
5	แนวทางในการปฏิบัติตามทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	61
6	แสดงความสัมพันธ์ที่ต่างกันระหว่าง ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถ ของตนเองและ ความคาดหวังเกี่ยวกับผลกรรมที่จะเกิดขึ้น	62
7	ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง และ ความคาดหวังเกี่ยวกับผลกรรมที่จะเกิดขึ้นต่อการตัดสินใจกระทำ พฤติกรรม ของบุคคล	62
8	กรอบแนวคิดในการวิจัยแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปร	79

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรค  
ต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก  
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

**Factors Relating Self-Care Behaviors to Prevent Blindness of Open-Angle  
Glaucoma Patients Received Care at Ophthalmology Clinic, Out Patient  
Department of Mettaphacharak (Watraikhing) Hospital**

คำนำ

ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางประชากรของประเทศไทยมีลักษณะของประชากรวัยเด็กลดลง วัยแรงงาน และวัยผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุต้องประสบปัญหาภาวะโรคเรื้อรัง โรคที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคต่อกระຈก และโรคต้อหิน เป็นต้น

ดวงตาเป็นอวัยวะหนึ่งในประสาทสัมผัสทั้งห้า มีความละเอียดอ่อน ดวงตาทำหน้าที่เกี่ยวกับการมองเห็น มนุษย์เราต้องอาศัยดวงตาร้อยละ 80 ต่อวัน ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการประกอบอาชีพ การดำเนินชีวิต หากดวงตาได้รับอันตรายถึงกับตาบอด จะตกอยู่ในโลกมืด ย่อมส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดภาวะวิกฤต เช่น การสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสังคมรวมทั้งภาระพึ่งพาต่อครอบครัว สังคม ประเทศชาติตามมา การตายก่อนวัยอันสมควรคนตาบอดมีโอกาสได้รับอุบัติเหตุต่างๆ ได้มากกว่า และที่สำคัญยิ่งคือความทุกข์ทรมานทั้งร่างกาย โดยเฉพาะจิตใจเป็นอย่างมาก ดังนั้นการดูแลส่งเสริมสุขภาพตา จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง อัตราอุบัติการณ์ (Incidence rate) ของภาวะตาบอดในขณะนั้นไม่ได้รับการแก้ไข จะมีคนตาบอดทั่วโลกเป็น 2 เท่า คือ 56 ล้านคน ในปี ค.ศ.2000 ซึ่งองค์การอนามัยโลกมีเป้าหมายจะให้เป็นที่มีความสุขที่ดีถ้วนหน้าภายในปี 2543 และจะมีคนตาบอดทั่วโลกเป็น 3 คือ 84 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2020 ฉะนั้นจึงจำเป็นและรีบด่วนที่จะต้องหากกลยุทธ์ที่จะแก้ไขทั่วโลก ในปี ค.ศ. 1976 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้มีคำขวัญว่า ป้องกันล่วงหน้าตาไม่บอด (Foresight Prevent Blindness)

ในประเทศที่ด้อยพัฒนาและกำลังพัฒนา คนตาบอดในประเทศส่วนใหญ่เกิดจากโรคตาบอดที่รักษาได้หรือป้องกันได้ (Curable and Preventable Blind) ซึ่งพบในโรคต้อหิน โรคเบาหวาน เจ้าจอประสาทตา เป็นต้น

ปัญหาดังกล่าวของสถานการณ์ของภาวะตาบอด และสายตาดูเลือนราง องค์การอนามัยโลก ได้มีการรณรงค์เชิงรุกทั่วโลก เพื่อขจัดตาบอดที่หลีกเลี่ยงได้ให้หมดไปในปี ค.ศ. 2020 (The Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness By 2020) ให้มีสุขภาพดวงตาดี ถ้วนหน้า ในปี ค.ศ. 2020 (Vision 2020: The Right to sight) สมสงวน( 2549)

จากการสำรวจสาเหตุของการตาบอดขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2006 พบว่า สาเหตุตาบอดอันหนึ่งได้แก่โรคต้อกระจก สายตาคิดปกติ และต้อหินเป็นอันดับสาม โดยคิดเป็นร้อยละ 39, 18, 10 ตามลำดับ ในประเทศออสเตรเลียได้สำรวจสาเหตุของการตาบอดคือโรคต้อหิน คิดเป็นร้อยละ 17 ในปี 1992-4

จากโครงการสำรวจสภาวะตาบอดในปี 2549 - 2550 ในประเทศไทย สาเหตุของตาบอดในประเทศไทย คือโรคต้อหิน คิดเป็นร้อยละ 9.84 รองจากต้อกระจกร้อยละ 51.64 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 3.36, ร้อยละ 2.15 ถ้าเปรียบเทียบตามอายุพบว่า ความชุกของโรคมีจำนวนเพิ่มตามอายุ ดังนี้ อายุ (40-49 ปี) พบโรคต้อหินร้อยละ 0.84, อายุ (50-55 ปี) พบร้อยละ 1.88, อายุ (60-69 ปี) พบร้อยละ 3.16, อายุ (70-79 ปี) พบร้อยละ 3.68, อายุ 80 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 5.06

โรคต้อหินเป็นโรคเรื้อรังและยังเป็นสาเหตุที่สำคัญของสภาวะตาบอดและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก มีการประมาณการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้ป่วยโรคต้อหินประมาณ 80 ล้านคนและมีผู้ที่ตาบอดจากต้อหินประมาณ 11 ล้านคนโรคต้อหินเป็นโรคตาที่มีความสำคัญและพบมากขึ้นเมื่อความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีของการตรวจรักษาทันสมัยมากขึ้น โดยพบมากในวัยสูงอายุ แต่ก็พบในวัยก่อนสูงอายุด้วยและมีความสำคัญมาก เพราะเป็นสาเหตุของการตาบอด ที่ไม่สามารถกลับมามองเห็นได้ (Irreversible Blindness) แต่ถ้าโรคต้อหินตรวจพบได้ในระยะแรก จะสามารถป้องกันและหลีกเลี่ยงไม่ให้ตาบอดได้ (Preventable and Avoidable Blindness) ปัจจุบันโรคต้อหินหมายถึงโรคที่มีการเสื่อมสภาพของประสาทตาที่มีความดันตาสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงประการหนึ่ง แต่ไม่ใช่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดต้อหิน

วัตถุประสงค์ของการดูแลรักษาต้อหิน คือ พยายามป้องกันการทำลายประสาทตา หรือพยายามให้เกิดการทำลายน้อยที่สุด หรือช้าที่สุด โดยควบคุมค่าความดันตา เป็นปัจจัยประการเดียวที่ปฏิบัติได้ ส่วนปัจจัยอื่นๆ ในการรักษา เช่น ประวัติในครอบครัว กรรมพันธุ์ และอายุที่เพิ่มขึ้นก็ล้วนเป็นปัจจัยที่หลีกเลี่ยงและแก้ไขไม่ได้

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เป็นโรงพยาบาลขนาดกลางที่มีวิสัยทัศน์มุ่งสู่ความเป็นเลิศทางวิชาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ระดับชาติ โดยเน้นสาขาจักษุวิทยา ภายในปี พ.ศ. 2552 และเป็นโรงพยาบาลคุณภาพโดยศึกษาทางด้านการวิจัย การถ่ายทอดเทคโนโลยี การให้บริการผู้ป่วยโดยเน้นทางด้านจักษุวิทยาระดับตติยภูมิและสูงกว่าโดยมีขีดความสามารถในการให้บริการโรคตาได้ทุกชนิดรวมทั้งโรคด้านหลังของลูกตา จากสถิติของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาในปี 2549 – 2551 ของแผนกผู้ป่วยนอกจักษุ ข้อมูลจากหน่วยเวชระเบียนและสถิติ มีดังนี้ 5,237 คน, 5,418 คนและ 6,408 คนต่อปี ตามลำดับ จากสถิติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถานการณ์ดังกล่าวรวมถึงประสบการณ์การเป็นพยาบาลและได้ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุของผู้วิจัย ได้พบปัญหาและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ส่วนใหญ่ที่ยังมีความบกพร่องในด้านการดูแลตนเองทางด้านความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการปฏิบัติและทักษะการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง เช่น เข้าใจว่าโรคต้อหินรักษาให้หายได้ โรคต้อหินเป็นโรคที่มีหินอยู่ในดวงตา ถ้าไม่มีอาการก็ไม่มาตรวจก็ได้ การหยอดยาพบว่าลืมหยอด หยอดยาเกินขนาด หยอดไม่ตรงเวลา หยอดผิดข้างหยอดยาไม่สม่ำเสมอ ยาหยอดตาหมดก่อนนัด การมารับการตรวจรักษาไม่สม่ำเสมอ รวมถึงการไม่ให้ความร่วมมือ ตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะความดันตาสูงซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้อหินมีความเสี่ยงเกิดภาวะตาบอดหรือสายตาดูเลือนรางเพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยตามมา คือทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้เป็นภาระที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น อัตราการเกิดอุบัติเหตุจะเพิ่มขึ้นเนื่องจากมีปัญหาในการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการรักษาพยาบาล ทำให้เป็นภาระของบุคคล ครอบครัว และประเทศชาติ ตามมานั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นและรีบด่วนที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องหาวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น สามารถป้องกันการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรไม่ให้โรคต้อหินลุกลามมากขึ้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เมื่อได้ทราบข้อมูลทางด้านปัจจัยและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดอันจะนำมาซึ่งข้อมูลเพื่อกำหนดเป็นแนวทางเพื่อเป็น

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อหिनนมเปิดที่สำคัญ คือ ภาวะตาบอดที่แก้ไขไม่ได้ ไปประยุกต์ในการวางแผนดำเนินงานโปรแกรมการให้สุศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยอะไรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหिनนมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหिनนมเปิดที่มารับการคลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เป็นอย่างไร

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

### วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อทราบพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ที่มีต่อการเกิดตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอด การรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อหินมุมเปิด การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตาบอด การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตาบอด แรงจูงใจด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเชื่อในความสามารถของตน ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอด ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร แรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากรกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

5. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการรับรู้ที่มีต่อการเกิดตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด การเชื่อในความสามารถของตนเพื่อป้องกันตาบอด แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาคลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

### ประโยชน์ที่จะได้รับ

ในการวิจัยครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ที่สำคัญคือ

1. ผลจากการวิจัย ทำให้ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ซึ่งสามารถนำข้อมูลมากำหนดแนวทางการปรับปรุงและพัฒนางานทางด้าน โปรแกรมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ผลจากการวิจัย เป็นข้อมูลในการวางแผนและพัฒนาปรับปรุงและดำเนินงานสุขภาพเกี่ยวกับโรคต้อหินมุมเปิดแก่ผู้มารับบริการและประชาชนทั่วไป เพื่อให้เกิดแนวทางในการป้องกันการตาบอดและสายตาเลือนรางจากโรคต้อหินมุมเปิดและการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขในสังคม
3. ทีมสุขภาพหรือทีมผู้ให้บริการ สามารถนำผลจากการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพ รวมทั้งจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพลังผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถรับมือกับโรคและจัดการกับสภาวะและการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
4. ผลจากการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า การพัฒนาความรู้และแนวทางการปฏิบัติงาน รวมทั้งงานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยมีรูปแบบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ในเดือน พฤศจิกายน 2552

## ตัวแปรที่ศึกษา

### ตัวแปรอิสระหรือตัวแปรต้น

1. การรับรู้ที่มีต่อการเกิดตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ประกอบด้วย
  - 1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอดของโรคต้อหินมุมเปิด
  - 1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อหินมุมเปิด
  - 1.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตาบอดของโรคต้อหินมุมเปิด
  - 1.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตาบอดของโรคต้อหินมุมเปิด
  - 1.5 แรงจูงใจด้านสุขภาพ
2. การเชื่อในความสามารถของตน ประกอบด้วย
  - 2.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันตาบอด
  - 2.2 ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอด

### 3. แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

#### 3.1 แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์

#### 3.2 แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร

#### 3.3 แรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากร

### ตัวแปรตาม

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง) ในเดือนพฤศจิกายน 2552

### ตัวแปรอธิบาย

ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัว ลักษณะการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล

### นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน ผู้วิจัยได้นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

ปัจจัย หมายถึงสิ่งที่มีอิทธิพลทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเอง ประกอบด้วย

การรับรู้ที่มีต่อการเกิดตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด หมายถึง การรับรู้หรือการแสดงถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ตาบอด โดยแบ่งได้ ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอด หมายถึง ความเชื่อ หรือการคาดคะเนว่าตนมี โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอดจากโรคต้อหินมุมเปิดเพิ่มขึ้น หากตนเองไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำจาก บุคลากรทางการแพทย์

การรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อหินมุมเปิด หมายถึง การรับรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดว่า ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาหรือไม่สามารถควบคุม ระดับความดันตาให้ปกติได้ การดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย คือ ตาบอดและจะไม่มีวิธีที่จะรักษา ให้การมองเห็นได้ดีดังเดิมได้ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพฐานะทางเศรษฐกิจ ทำให้ เป็นภาระต่อครอบครัว สังคม ประเทศชาติ รวมถึงความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตาบอด หมายถึง การรับรู้ ความเชื่อ ความนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดต่อการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ว่า สามารถป้องกันและชะลอการตาบอดได้

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตาบอด หมายถึง การรับรู้ ความเชื่อ ความนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดเกี่ยวกับการปฏิบัติที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ การเดินทางมาตรวจรักษาไม่สะดวก เสียค่าใช้จ่ายเดินทางไกล ระยะเวลารอคอยนานในการรับ บริการลักษณะของโรคต้อหินมุมเปิดเป็น โรคเรื้อรังที่ต้องรักษาตลอดชีวิตขัดต่อการดำเนิน ชีวิตประจำวัน เป็นต้น สิ่งต่างๆ ดังกล่าวจะเป็นอุปสรรคขัดขวางในความร่วมมือในการปฏิบัติตน ตามแผนการรักษาทำให้เกิดการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะ ได้รับและอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลตนเอง หรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ป้องกันตาบอดจากโรค ต้อหินมุมเปิด

แรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันตาบอด หมายถึง ความเข้าใจ ความสนใจ ค้นหา และยอมรับการรักษา ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตาบอดจากโรคต้อหินมุมเปิด

การเชื่อในความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันตาบอด หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยโรค ต้อหินมุมเปิด ในการกระทำพฤติกรรมเพื่อป้องกันตาบอดด้วยความสามารถของตนเอง ได้แก่

การรับรู้ในความสามารถของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอด หมายถึง ความรู้สึกเชื่อมั่น การรับรู้ความสามารถของตนเองที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้วย หยอดยาด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ การมาตรวจตามนัด การผ่อนคลายความเครียด เพื่อป้องกันตาบอด ในผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด

ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอด หมายถึง ความรู้สึกเชื่อมั่น หรือคาดหวังถึงผลดีของการปฏิบัติตัวในด้านการใช้ยาหยอดตามาตรวจักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง การผ่อนคลายความเครียด การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมจะทำให้สามารถควบคุมความดันตาได้ เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดได้รับความช่วยเหลือ ปรึกษาปรึกษา และสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในสังคม ได้แก่

แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ หมายถึง ผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดได้รับการแสดงออกถึงความห่วงใย ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง เป็นการที่ผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดได้รับ ข้อมูลที่เป็นจริงที่จำเป็น คำแนะนำ ข่าวสารที่เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตนอย่างเพียงพอ จนสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสม

แรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากร หมายถึง ผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ได้รับการช่วยเหลือ ด้านต่างๆ เช่น มีบุคคลใกล้ชิดช่วยหยอดยา, พามาตรวจรับการรักษา อุปกรณ์เสริมช่วยหยอดยา

พฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอด หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด กระทำเป็นการปฏิบัติเพื่อป้องกันตาบอดทางด้านพฤติกรรมการใช้ยา การมาตรวจตามแพทย์นัด การผ่อนคลายความเครียด

ผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย จากจักษุแพทย์ว่าเป็นต้อหินมุมเปิด 1 ข้างหรือ 2 ข้าง โดยไม่มีการตาบอดและได้รับการรักษาด้วยยาที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ในเดือน พฤศจิกายน 2552

ตาบอด หมายถึง บุคคลที่มีตาข้างที่ตีกว่าเมื่อได้รับการแก้ไขแล้ว มีสายตาที่อ่านอักษรหรือตัวเลขตามแผ่นมาตรฐานได้น้อยกว่าระยะที่ยืนห่าง 3 ฟุต อ่านบรรทัดแรกได้หรือลานสายตา น้อยกว่า 10 องศา รอบจุดศูนย์กลาง



## การตรวจเอกสาร

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยได้ประมวลไว้ ดังนี้

1. บริบทของโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง)
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน
  - 2.1 คำจำกัดความโรคต้อหิน
  - 2.2 กายวิภาคของลูกตาส่วนหน้า
  - 2.3 ชนิดของโรคต้อหิน
  - 2.4 การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคต้อหิน
  - 2.5 เป้าหมายและหลักการรักษา
3. แนวคิดและทฤษฎีที่ประยุกต์ในการวิจัย
  - 3.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
  - 3.2 ทฤษฎีการเชื่อในความสามารถของตน (Self Efficacy Theory)
  - 3.3 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### บริบทของโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง)

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง) ที่อยู่เลขที่ 52 หมู่ 2 ตำบลไร่จิง อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม เป็นโรงพยาบาลรัฐบาล สังกัด กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขให้บริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยมีแพทย์ สาขา จักษุวิทยา ศัลยศาสตร์ทั่วไป ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ สูติ-นรีเวชวิทยา กุมารเวชศาสตร์ โสต ศอ นาสิก อายุรศาสตร์ ทันตกรรม ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง) (2551)

### ประวัติและโครงสร้างการบริหารของโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง)

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชได้เสด็จพระราชดำเนินถวายผ้าพระกฐินเมื่อวันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ. 2521 ณ วัดไร่จิง อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม ได้มีพระราชดำรัสสรุปความว่าคนไร่จิงมีใจกว้าง สามารถสร้างโรงเรียนใหญ่ๆ แต่ในท้องถิ่นเป็นบริเวณที่มีน้ำเสีย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของนักเรียน ทางวัดน่าจะสร้างสถานพักฟื้นสัก 4 – 5 เตียง จากพระราชดำรัสดังกล่าว พระอุบาลีคุณูปมาจารย์ เจ้าอาวาสวัดไร่จิง จึงได้ดำเนินการตามพระราชประสงค์โดยจัดสร้างโรงพยาบาลขนาด 400 เตียง ใช้เงินบริจาคจากศรัทธาของประชาชนรวมทั้งดินและสิ่งก่อสร้างตลอดจนวัสดุครุภัณฑ์เป็นจำนวนทั้งสิ้น 95,778,494 บาท ประกอบด้วย

1. ตึกผู้ป่วยสูง 4 ชั้น รวม 3 อาคาร
2. ตึกอำนวยการสูง 4 ชั้น 1 อาคาร
3. ตึกโรงครัว ซักฟอก และหน่วยจ่ายกลางสูง 4 ชั้น 1 อาคาร
4. หอพักพยาบาลสูง 3 ชั้น 1 หลัง
5. บ้านพักแพทย์ 8 หลัง
6. อาคารเอกซเรย์สูง 1 ชั้น 1 อาคาร

## 7. อาคารคลังเวชภัณฑ์สูง 1 ชั้น 1 อาคาร

กระทรวงสาธารณสุข ได้มอบหมายให้กรมการแพทย์ดำเนินการตามพระราชประสงค์ โดยกำหนดให้เป็น “ศูนย์พัฒนาการควบคุมโรคไม่ติดต่อ” โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) รับผิดชอบในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

เมื่อวันที่ 27 เมษายน พ.ศ. 2532 เวลา 10.30 น. พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรง พระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีเสด็จพระราชดำเนิน แทนพระองค์ประกอบพิธีเปิดที่ทำการ “ศูนย์พัฒนาการควบคุมโรคไม่ติดต่อ” โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) และได้เปิดบริการผู้ป่วยอย่างเป็นทางการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 เป็นต้นมา ดังนั้นโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ถือเอาวันที่ 27 เมษายนของทุกปีเป็น “วันคล้ายวันสถาปนาโรงพยาบาล”

ปี พ.ศ. 2537 ได้มีการปรับปรุงโครงสร้างของกรมการแพทย์ซึ่งได้ปรับบทบาทหน้าที่ของ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เป็นหน่วยงานที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อมและมีฐานะเป็นหน่วยงานระดับกอง ตามพระราชกฤษฎีกาการแบ่งส่วนราชการของ กรมการแพทย์เมื่อ วันที่ 17 พฤษภาคม 2537 ดังนี้

1. ดำเนินการเกี่ยวกับการศึกษา ค้นคว้า วิเคราะห์ และวิจัยทางวิชาการแพทย์ด้านโรคทั่วไป โดยเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม
2. ดำเนินการเกี่ยวกับการให้การศึกษ และฝึกอบรมแก่แพทย์ และแพทย์ประจำบ้าน เพื่อให้มีความชำนาญเฉพาะทางในสาขาที่รับผิดชอบ ตลอดจนถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์ ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข
3. ให้บริการตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อพัฒนาวิชาการแพทย์ ด้านโรคทั่วไป โดยเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม
4. ปฏิบัติงานร่วมกับ หรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ปี พ.ศ. 2539 โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง) ได้ปรับบทบาทหน้าที่อีกครั้งเป็นโรงพยาบาล ในแผนงานบริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล โดยเน้นงานเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม

ปี พ.ศ. 2541 โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง) ได้ตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพบริการ จึงได้นำโครงการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) เข้ามาดำเนินการโดยครอบคลุมบริการทางคลินิก 20 บริการและบริการสนับสนุน 4 บริการ โดยเน้นงานเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม

ปี พ.ศ. 2545 ตามพระราชกฤษฎีกา (ฉบับที่ 3) เล่มที่ 3 วันที่ 9 ต.ค. 2545) กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมการแพทย์ กำหนดให้โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง) เป็นโรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านจักษุวิทยา เพื่อก้าวสู่สถาบันจักษุวิทยาแห่งชาติในอนาคต โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

1. ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ และเทคโนโลยีทางการแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ในระดับตติยภูมิ โดยเน้นด้านจักษุวิทยา
2. ถ่ายทอดองค์ความรู้ แลเทคโนโลยีทางการแพทย์สาขาต่างๆ ในระดับตติยภูมิโดยเน้นด้านจักษุวิทยาแก่สถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน
3. จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยระดับตติยภูมิสาขาต่างๆ เน้นจักษุวิทยา
4. ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สาขาต่างๆ ในระดับตติยภูมิโดยเน้นด้านจักษุวิทยาแก่แพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพในสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน
5. ปฏิบัติงานร่วมกันหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ปี 2547 ได้ปรับเปลี่ยนโครงสร้างและอัตรากำลังใหม่ ตามกรมการแพทย์ เป็น 3 กลุ่มภารกิจ คือ กลุ่มภารกิจอำนวยการ กลุ่มภารกิจวิชาการ และกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ

ปี 2549 ได้มีการกำหนด ทิศทางนโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ การจัดทำแผนกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการในด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลอย่างชัดเจน

ปี 2550 โรงพยาบาลเปิดเป็นสถาบันอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาจักษุวิทยา

#### วิสัยทัศน์

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เป็นเลิศทางวิชาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ระดับชาติ โดยเน้นสาขาจักษุวิทยา ภายในปี พ.ศ. 2552 และเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ

#### พันธกิจ

1. ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนา องค์ความรู้และประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ โดยเน้นสาขาจักษุวิทยา
2. ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ทุกสาขาโดยเน้นสาขาจักษุวิทยาแก่บุคลากรทางการแพทย์และประชาชน
3. ให้บริการทางการแพทย์ในระดับตติยภูมิและสูงกว่าอย่างมีมาตรฐาน โดยเน้นสาขาจักษุวิทยา
4. มุ่งสู่การเป็นโรงพยาบาลให้ได้รับการรับรองมาตรฐานคุณภาพ

## ยุทธศาสตร์

1. พัฒนามาตรฐานการบริการตติยภูมิและสูงกว่าโดยเน้นสาขาจักษุวิทยา และพัฒนาเครือข่ายด้านจักษุวิทยาในส่วนภูมิภาค
2. เสริมสร้างองค์ความรู้ด้านจักษุวิทยา ระดับตติยภูมิ โดยการวิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี
3. นำเอาความรู้ ความชำนาญของโรงพยาบาลไปแก้ปัญหาสุขภาพเร่งด่วนของประชาชน
4. พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีคุณภาพ

## จุดเน้นในการพัฒนา/เสริมมุ่ง

1. เป็น รพ. ที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน HA ภายในปี 2552
2. เป็นสถาบันผลิตแพทย์ประจำบ้านสาขาจักษุวิทยา ภายใน ปี 2552
3. จัดตั้งเป็นสถาบันทางการแพทย์ที่เน้นสาขาจักษุวิทยา ภายในปี 2552

รวมเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 532 คน ซึ่งประกอบด้วย ข้าราชการ 226 คน, ลูกจ้างประจำ 46 คน, ลูกจ้างชั่วคราว 256 คน, พนักงานราชการ 4 คน มีจำนวนเตียงผู้ป่วยที่เปิดให้บริการ 150 เตียง

## ผลงานเด่นและความภาคภูมิใจของโรงพยาบาล

ด้านบริการ เป็นโรงพยาบาลที่มีความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยด้านจักษุ

ด้านวิชาการ

1. เป็นสถาบันผลิตแพทย์ประจำบ้านสาขาจักษุวิทยา

2. เป็นสถาบันฝึกอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาจักษุวิทยา
3. เป็นสถาบันฝึกอบรมหลักสูตรเจ้าหน้าที่เครื่องมือพิเศษทางสาขาจักษุวิทยา

#### โครงการพิเศษ

##### 1. โครงการธนาคารแว่นตา ได้รับรางวัลโครงการดีเด่น

1.1 ได้รับการคัดเลือกจากคณะกรรมการเอกลักษณ์ของชาติสำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรีประกาศเกียรติคุณเพื่อแสดงว่าโครงการธนาคารแว่นตาเป็นโครงการดีเด่นของชาติ ประจำปี พ.ศ. 2541 และได้รับพระราชทานรางวัลจากสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

1.2 ได้รับรางวัล บุคคลดีเด่นรางวัลมิตรแท้สังคมไทยประจำปี 2549 สาขาสาธารณสุข โดยบริษัทมิตรแท้ประกันภัย

1.3 รางวัลจากโครงการหนึ่งร้อยตัวแทนทำดีเพื่อพ่อจากคณะกรรมการฝ่ายโครงการและกิจกรรมในคณะกรรมการอำนวยการจัดงานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550

##### 2. โครงการแว่นแก้ว ร่วมกับการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย

3. เข้าร่วมทำการผ่าตัดต่อกระจก โครงการแก้วตา ดวงใจเทิดไท้ 72 พรรษา มหาราชินี

4. การออกหน่วยเคลื่อนที่ผ่าตัดตา

5. โครงการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

6. โครงการบรรเทาปัญหาอุทกภัย น้ำท่วม ดิน โคลนถล่ม ผู้ประสบภัยสึนามิ

7. โครงการเมตตาสาสุข วาไรตี้ / โครงการส่งเสริมสุขภาพในผู้ใช้แรงงาน
8. ร่วมโครงการคัดกรองโรคจอประสาทตาในผู้สูงอายุถวายเป็นพระราชกุศลเนื่องในวันคล้ายวันพระราชสมภพ 74 พรรษา สมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ
9. ร่วมโครงการบูรณาการกรมการแพทย์สู่ประชาชนเฉลิมพระเกียรติเนื่องในวโรกาสวันเฉลิมพระชนมพรรษา สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ
10. ร่วมรวมพลังพยาบาลรักษาสุภาพประชาชนเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเนื่องในโอกาสการจัดงานฉลองสิริราชสมบัติ
11. จัดทำโครงการพัฒนาระบบป้องกันโรคตาบอดสายตาทิการ และส่งเสริมสุขภาพตาสำหรับประชาชนในจังหวัดนครปฐม
12. จัดทำโครงการครอบครัวรักตา เป้าหมายคือผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสายตา
13. โครงการตรวจคัดกรองฟื้นฟูสภาพสายตาทิการและส่งเสริมสุขภาพตาในภูมิภาคเพื่อคัดกรองปัญหาสายตาในส่วนภูมิภาคฟื้นฟูสภาพผู้ที่มีปัญหาสายตาเลือนรางและส่งเสริมสุขภาพตาแก่ประชาชน

### ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน

#### คำจำกัดความโรคต้อหิน

โรคต้อหิน (Glaucoma) เป็นกลุ่มโรคทางตาที่มีลักษณะพิเศษร่วมกัน คือ มีความผิดปกติของลานสายตา และข้อประสาทตามีลักษณะเฉพาะเป็นรอยหว้า (Glaucomatous Optic Neuropathy) จากการตายของเส้นใยประสาท (Retinal Ganglion Cell) มักพบร่วมกับภาวะที่ความดันลูกตาสูงยุพิน และ ไพบาสล (2550)

ต้อหิน (Glaucoma) หมายถึง โรคของขั้วประสาทตาซึ่งมีลักษณะเฉพาะของพยาธิสภาพที่ทำให้มีการลดลงของเซลล์ และเส้นใยประสาท (Retinal Ganglion Cell and Nerve Fiber) จนเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ขั้วประสาทตา (Structural Changes) และการทำงาน (Functional Changes) ที่มีลักษณะเฉพาะแบบต้อหิน มักพบร่วมกับภาวะที่ความดันในลูกตาสูง และ/หรือ มีความผิดปกติของการไหลเวียนที่ขั้วประสาทตา หรือเกิดจากปัจจัยอื่นที่มีผลทั้งทางตรงหรือทางอ้อม สกาวรัตน์ (2548)

**ต้อหิน** หมายถึงภาวะที่ประกอบด้วยคุณลักษณะ 3 ประการ คือ

1. ความดันภายในลูกตาสูงเกินขีดปกติ (ความดันภายในลูกตาปกติ มีค่าประมาณ 10-20 มิลลิเมตรปรอท)
2. ขั้วประสาทตาถูกกดให้บุ๋ม (Cupping of the Disc) จากความดันภายในลูกตาที่สูงเกินขีดปกติ
3. มีลานสายตา (Visual Field) แคบกว่าปกติ เนื่องจากความดันภายในลูกตาที่สูงเกินขีดปกติไปกดประสาทตาทำให้เกิดฝ่อของจอประสาทตา ศิริลักษณ์ (2545)

ต้อหินเป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากความดันตา (Intraocular Pressure) สูงขึ้นจนทำให้มีการเปลี่ยนแปลงและทำลายขั้วประสาทตา (Optic Nerve Head) จากนั้นมีผลทำให้มีการสูญเสียของลานสายตา (Visual Field Defect) อภิชาติ และ ญาณี (2540)

#### กายวิภาคของลูกตาส່วนหน้า

การที่จะทำความเข้าใจในกลไกของการเกิดโรคต้อหินได้นั้น จะต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกายวิภาคของลูกตาส່วนหน้าเป็นอย่างดี ลูกตาส່วนหน้า (Anterior Segment) ประกอบไปด้วยกระจกตาช่องค้ำหน้าม่านตา (Anterior Chamber) ช่องค้ำหลังม่านตา (Posterior Chamber) ม่านตา (Iris) และเลนส์แก้วตา เนื้อเยื่อเหล่านี้จะทำงานประสานกันเป็น “Single Functional Unit”

ช่องด้านหน้ามีขอบเขตด้านหน้า คือกระจกตา ด้านข้างเป็นเนื้อเยื่อ Trabecular Meshwork (TM) และด้านหลังเป็นม่านตา เมื่อ Aqueous Humor ซึ่งเป็นของเหลวใสพิเศษที่มีส่วนประกอบคล้ายคลึงกับน้ำเลือด (Plasma) ถูกสร้างมาจากซีเลียรีโปรเซส (Ciliary Body) แล้วจะไหลเข้าสู่ช่องด้านหลังม่านตาผ่านรูม่านตาเข้าไปในช่องด้านหน้าม่านตา เพื่อทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการแลกเปลี่ยนปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีวิตของเนื้อเยื่อกระจกตาและเลนส์แก้วตา (เนื่องจากเนื้อเยื่อเหล่านี้เป็นเนื้อเยื่อที่ไม่มีหลอดเลือดมาเลี้ยง) จากนั้น Aqueous Humor ส่วนใหญ่จะไหลออกจากดวงตาโดยผ่านทางเนื้อเยื่อ Trabecular Meshwork (TM) ที่บริเวณ Anterior Chamber Angle (มุมระหว่างกระจกตาส่วนข้างกับม่านตา) เข้าสู่หลอดเลือดดำที่รอบดวงตา (Trabecular Outflow) ในขณะที่ Aqueous Humor ส่วนน้อยจะไหลออกผ่านทาง Uveoscleral Outflow ยูพิน และ ไพศาล (2550)

### ชนิดของโรคต้อหิน

ชนิดของโรคต้อหินแบ่งตามสาเหตุ สกาวรัตน์ (2532) ได้แก่

#### 1. โรคต้อหินปฐมภูมิ (Primary Glaucoma)

##### 1.1 โรคต้อหินมุมเปิดปฐมภูมิ (Primary Open Angle Glaucoma)

##### 1.2 โรคต้อหินมุมปิดปฐมภูมิ (Primary Closure Angle Glaucoma)

#### 2. โรคต้อหินทุติยภูมิ (Secondary Glaucoma)

#### 3. โรคต้อหินแต่กำเนิด (Congenital Glaucoma)

##### 3.1 โรคต้อหินแต่กำเนิดปฐมภูมิ (Primary Congenital of Infantile Glaucoma)

3.2 โรคต้อหินเกิดร่วมกับความผิดปกติอื่นๆ แต่กำเนิด (Glaucoma Associated with Congenital Anomalies)

## จะกล่าวถึงเฉพาะ โรคต้อหินชนิดปฐมภูมิมุมเปิด

### 1. โรคต้อหินปฐมภูมิ (Primary Glaucoma)

#### 1.1 โรคต้อหินปฐมภูมิมุมเปิด (Primary Open Angle Glaucoma , POAG)

สาเหตุยังไม่ทราบสาเหตุ สันนิษฐานว่าอาจมีความผิดปกติ เช่น มีการตีบตันของรูตะแกรงที่ช่องหน้าลูกตา ทำให้น้ำหล่อตาไหลออกไม่สะดวกมีความดันในลูกตาสูงขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญๆ ที่พบว่ามีโอกาสเป็นโรคนี้นี้ได้มากกว่าคนทั่วไป คืออายุส่วนใหญ่จะมีอายุมากกว่า 40 ปี เชื้อชาติ พบว่าคนผิวดำมีอุบัติการณ์มากกว่าคนผิวขาว ผู้ป่วยเบาหวานมีอุบัติการณ์ของโรคต้อหินปฐมภูมิชนิดมุมเปิดสูงกว่าประชากรทั่วไปไปหลายเท่าตัว ประวัติครอบครัวผู้ที่มีพ่อแม่เป็นโรคนี้นี้มีโอกาสเป็นได้สูงกว่าปกติ สายตาสั้น พบว่ามีโอกาสเป็นได้สูงกว่าคนสายตาทปกติ

อาการโรคต้อหินชนิดนี้เป็นแบบเรื้อรัง (Chronic Open Angle Glaucoma) ผู้ป่วยอาจไม่รู้สึกรู้สียงเลย อาจปวดตาบ้างไม่มาก มักเป็นทั้ง 2 ข้าง สายตายังชัดอยู่แต่ลานสายตา (Visual Field) อาจแคบลงจึงเดินชนโต๊ะบ่อยๆ โรคต้อหินแบบปฐมภูมิแบบมุมเปิด มีลักษณะเฉพาะ 3 ประการคือ 1. มีความดันลูกตาสูงเกิน 21 มม.ปรอท อย่างน้อยในตาข้างใดข้างหนึ่ง 2. เมื่อตรวจมุมตา จะพบว่ามุมเปิด 3. มีการสูญเสียของลานสายตาที่มีลักษณะเฉพาะและ/หรือมีการเปลี่ยนแปลงที่ขั้วประสาทตาในลักษณะที่เรียกว่า Glaucomatous Cupping

#### 2.4 การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคต้อหินมีวิธีการดังนี้

1) การวัดความดันในลูกตา พบความดันลูกตาสูงผิดปกติ อาจวัดได้ประมาณ 25-40 มม.ปรอท ความดันลูกตาเป็นปัจจัยเสี่ยงของต้อหินเพียงอย่างเดียวที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ วัดทุกครั้งเมื่อมาพบแพทย์ อุปกรณ์วัดความดันในลูกตามีหลายชนิด ให้ใช้เครื่องมือที่เหมาะสม เทคนิคการตรวจและการบันทึกข้อมูลการตรวจที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ การวัดความดันในลูกตามีหลายวิธีดังนี้

1.1) Digital Palpation หรือ Finger Test โดยใช้ปลายนิ้วชี้ทั้งสองมือกดลูกตาเบาๆ เมื่อผู้ป่วยหลับตา จากความรู้สึกของปลายนิ้วที่กดจะบอกถึงความดันในลูกตาอย่างคร่าวๆ ว่าสูงหรือต่ำจากความรู้สึกแข็ง ตึง หรือนิ่มจากการกดตรวจนั้น

1.2) การวัดความดันในลูกตาโดยวิธีการกดลงที่กระจกตา (Schiotz Tonometer) โดยให้ผู้ป่วยนอนหงายมองตรงจ้องบนเพดาน หยอดยาชา 0.4% Novesin หลังจากนั้น เปิดหน้าต่างบนและล่าง ค่อยๆ วาง Footplate ของเครื่องวัดความดันตาลงบนกระจกตา อ่าน Scale Reading บนหน้าปัด เริ่มแรกมักจะวัดโดยใช้น้ำหนัก 5.5 กรัม แต่ถ้า Scale Reading อ่านได้น้อยกว่า 4 ซีด ให้เติมน้ำหนักลงไปอีก เช่น 7.5 กรัม 10 กรัม 15 กรัม ตามลำดับ นำค่าที่อ่านได้และน้ำหนักที่ใช้ไปเทียบบนตารางจะได้ค่าออกมาเป็น มม.ปรอทหลังใช้ทุกครั้งให้ทำความสะอาด Schiotz tonometer ด้วย 75% แอลกอฮอล์ให้สะอาดเก็บไว้ในกล่องให้เรียบร้อย (ปัจจุบันการยอมรับน้อยของอุปกรณ์วัดความดันด้วย Schiotz)

1.3) การวัดความดันลูกตาโดยวิธีการสัมผัสที่กระจกตา (Applanation Tonometry) โดยการหยอดยาชาและย้อมสีกระจกตาดำด้วยน้ำยาฟลูออเรสซิน (Fluorescein) หลังจากนั้นใช้ Binocular Biomicroscope ที่ใช้แสง Cobalt Blue ที่มี Applanation Tonometer ติดอยู่ค่อยๆ เลื่อนปริซึมคู่ (Biprism) ที่ติดอยู่ให้วางทับด้านบนตรงส่วนยอดสุดของกระจกตา น้ำยา Fluorescein ที่เคลือบติดอยู่บนกระจกตาจะทำให้ผู้ตรวจมองเห็นขอบ Fluorescein บน Biprism ที่สัมผัสกับกระจกตา ปรับน้ำหนักที่กดบนกระจกตาจนกระทั่งขอบในของครึ่งวงกลมทั้งสองของ Biprism มาต่อกันพอดีอ่านค่าความดันของลูกตา Tonometer โดยอ่านบนปุ่มที่ปรับน้ำหนักซึ่งมีหน่วยเป็น กรัมแล้วคูณด้วย 10 จึงได้ค่าความดันเป็น มม.ปรอท

1.4) การวัดความดันลูกตาดำด้วยเครื่องวัดความดันตาชนิดลมเป่า (Non-Contact Tonometer) เป็นเครื่องที่ทันสมัย ใช้วัดความดันลูกตาในผู้ป่วยได้เกือบทุกรายโดยมีข้อจำกัดน้อยมาก มีความสะดวก รวดเร็ว และปลอดภัย วิธีการวัดความดันลูกตาจะวัดที่ละข้าง ไม่ต้องหยอดยาชา จัดให้ผู้ป่วยนั่งตรงเครื่องวัด มองตรงนิ่งๆ สี่มตาใดๆ ผู้วัดความดันตาอาจเลือกใช้ระบบอัตโนมัติ หรือใช้มือปรับกำลังลมก็ได้ปรับเครื่องให้จุดโฟกัสตรงกับกระจกตาดำ ถ้าใช้ระบบอัตโนมัติเมื่อได้โฟกัส เครื่องจะเป่าลมบนกระจกตาดำและอ่านค่าความดันลูกตา ออกมามีหน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท แต่ถ้าไม่ใช้ระบบอัตโนมัติ เมื่อได้จุดโฟกัสผู้วัดจะต้องกดปุ่มเป่าลมเอง ในกรณีที่ความดันลูกตาสูงมากเกินไปเครื่องจะวัดค่าได้ จะขึ้นคำว่า “Over” และในบางครั้งก็ไม่สามารถวัด

ความดันลูกตาด้วยเครื่องได้ เช่น ในกรณีที่มีต้อเนื้อมากคลุมกระจกตาดำมาก ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการวัดความดันลูกตา เช่น กลอกตาตลอดเวลา ลืมตาไม่ได้ซึ่งผู้วัดจะต้องรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อพิจารณาวัดความดันลูกตาด้วยวิธีอื่นต่อไป

#### ปัจจัยที่มีผลต่อการวัดค่าความดันลูกตา

การเปลี่ยนแปลงในระหว่างวัน ความดันลูกตามีการเปลี่ยนแปลงในระหว่างวัน โดยมักขึ้นสูงสุดในช่วงเช้าและต่ำสุดในช่วงเย็น ตามปกติการ เปลี่ยนแปลงความดันลูกตาในระหว่างวันประมาณ 3-6 มิลลิเมตรปรอท สกาวรัตน์ (2548)

ความหนาของกระจกตา ที่หนากว่าปกติอาจทำให้วัดค่าความดันลูกตาได้สูงกว่าปกติ ส่วนกระจกตาที่บางกว่าปกติอาจทำให้วัดความดันลูกตาได้ต่ำกว่าปกติ ดังนั้นจึงควรปรับค่าความดันลูกตาที่วัดได้ 1-3 มิลลิเมตรปรอทต่อความหนาของกระจกตาทุกๆ 40 ไมครอนที่เปลี่ยนแปลงไปจาก 525 ไมครอน

ความดันโลหิต ความดันลูกตามีความเกี่ยวข้องกับความดันโลหิต โดยเฉพาะความดันโลหิตตัวเลขค่าบน

อายุ ในคนไทยยังไม่มีข้อมูลแน่นอน แต่ในคนผิวขาวทุกๆ ปี หลังจากอายุ 40 ปี อาจมีความดันลูกตาสูงขึ้น 1 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งอาจเป็นผลจากความดันโลหิตที่สูงขึ้น

การออกกำลังกายบางชนิดอาจทำให้มีความดันลูกตาสูงขึ้น (เช่น การเล่นโยคะท่าเอนศีรษะลง, การเล่นยกน้ำหนัก) หรืออาจทำให้ความดันลูกตาดำลง (จากภาวะการณ้ขาดน้ำและ/หรือความเป็นกรดในกระแสเลือด) ความดัน ลูกตาอาจเปลี่ยนแปลงได้ระหว่าง 2-6 มิลลิเมตรปรอท

รูปแบบการดำเนินชีวิตการดื่มน้ำปริมาณมากๆ ในคราวเดียวทำให้ความดันลูกตาสูงขึ้น ส่วนแอลกอฮอล์และกัญชาทำให้ความดันลูกตาดำลง

ท่าทางของผู้ป่วยการนอนราบ หรือนอนศีรษะต่ำ ทำให้ความดันลูกตาสูงขึ้น

2. การส่องตรวจภายในลูกตา (Ophthalmoscopy) ใช้ออฟัลทโมสโคป (Ophthalmoscope) ตรวจขั้วประสาทตาพบว่า เกิดเป็นแอ่งบวม (Glaucomatous Cupping) หรือขั้วประสาทตาเสื่อมฝ่อไปเล็กน้อยเพียงใด ลักษณะที่สนับสนุนว่าน่าจะเป็น POAG คือมี Cup ต่อ Disc สูงกว่า 0.5 ลึกและส่วนกลางขยายกว้าง

### 3. การตรวจลานสายตา (Visual Field Examination)

การตรวจลานสายตา โดยใช้เครื่องตรวจเรียกว่า Perimeter ผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อหินจะพบความผิดปกติของลานสายตาซึ่งมีลักษณะเฉพาะโรค ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัยการตัดสินใจในการวางแผนการรักษา และการดำเนินของโรคภายหลังการรักษาความผิดปกติของลานสายตาจะมีบริเวณที่มองไม่เห็น (Scotoma) สกาวรัตน์ (2532)

### 4. การตรวจมุมตา (Gonioscopy)

เพื่อวินิจฉัยว่า เป็นต้อหินมุมปิด (Angle-Close Glaucoma) หรือต้อหินมุมเปิด (Open-Angle Glaucoma) เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคว่า เป็นต้อหินชนิดใดและจะรักษาอย่างไร การตรวจมุมตาทุกรายในครั้งแรกหรือตรวจเป็นระยะๆ ในผู้ป่วยที่มีภาวะมุมปิด

## 2.5 เป้าหมายและหลักการรักษา

เพื่อป้องกัน ไม่ให้เกิดการสูญเสียการมองเห็นในระดับที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพของผู้ป่วย (Visual Related Quality of Life) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ เพื่อให้ผู้ป่วยมี functional Vision ตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วย โดยมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยน้อยที่สุด สกาวรัตน์ (2548)

## หลักการรักษาต้อหิน

1. หยุดหรือลดการทำลายของขั้วประสาทตา จากจากสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ปัจจุบันการลดความดันตา เป็นวิธีการรักษาที่มีข้อมูลสนับสนุนทางการแพทย์ การที่น่าเชื่อถือที่สุดการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น การเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนของเลือดไปยังขั้วประสาทตา (Optic Nerve Head Blood Flow) และการปกป้องเซลล์ประสาทตา (Neuroprotection) รวมทั้งวิธีอื่นๆ ยังต้องรอหลักฐานทางการแพทย์เพิ่มขึ้น เพื่อยืนยันและพิสูจน์ถึงประสิทธิภาพของการรักษา
2. แก้ไขหรือลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค หรือทำให้มีความรุนแรงของโรคต้อหินเพิ่มขึ้น ความดันตาสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดที่ควรได้รับการแก้ไข ส่วนใหญ่มักไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของความดันตาสูง ยกเว้นในกรณีของโรคต้อหินมุมปิด ซึ่งมีปัจจัยทางกายวิภาคที่ผิดปกติของตาส่วนหน้า ที่ควรได้รับการแก้ไขในกรณีที่มีโรคทางตา เช่น ม่านตาอักเสบ หรือเส้นเลือดอุดตัน (Neovascularization) ซึ่งผลทำให้เกิดภาวะความดันตาสูง ก็ควรได้รับการแก้ไขให้ถูกต้อง และสาเหตุที่เกิดจาก Steroid Induce Ocular Hypertension ซึ่งทำให้โดยการลดยา Steroid ทั้ง Oral และ Systemic ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่เกี่ยวกับความดันตาสูง เช่น โรคทางร่างกาย ซึ่งอาจจะส่งผลทำให้ขั้วประสาทตาอ่อนแอ ควรได้รับการวินิจฉัย และแก้ไขด้วยสำหรับปัจจัยอื่นๆ เช่น อายุและลักษณะทางพันธุกรรม อาจเป็นเรื่องที่ไม่สามารถแก้ไขได้ แต่ควรได้รับการวินิจฉัยถึงความสัมพันธ์กับการเกิดโรค
3. ติดตามและแก้ไขการเปลี่ยนแปลงของขั้วประสาทตา และ Visual Function หลังเริ่มการรักษาจะต้องทำการติดตามการ Progression ของโรคว่ามีการเปลี่ยนแปลงของขั้วประสาทตา และเส้นใยประสาทเพิ่มขึ้นหรือไม่ (Structural Change) นอกจากนี้ยังควรต้องติดตามการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการทำงานของตา เช่น ตรวจ Functional Change โดย Visual Field ซึ่งเป็นตัวบ่งบอกการดำเนินไปของโรคต้อหิน
4. การตรวจวินิจฉัยโรคต้อหินในระยะเริ่มต้น มีความสำคัญมากต่อการรักษาด้วยเทคโนโลยี และวิธีการรักษาที่มี ในปัจจุบัน เราไม่สามารถจะรักษาขั้วประสาทตา ที่สูญเสียจากโรคต้อหินให้กลับมาเป็นปกติได้ ไม่ว่าจะเป็นตัวเซลล์ประสาทหรือ Visual Function ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นการวินิจฉัยโรคต้อหินได้ในระยะเริ่มต้น หรือเร็วที่สุด จึงมีความสำคัญมากต่อการรักษาเพื่อป้องกันการสูญเสียการมองเห็นในโรคต้อหิน

5. การรักษาต้อหิน ควรยึดหลักความเหมาะสมต่อผู้ป่วยแต่ละรายการเลือกวิธีการรักษาด้วยยา เลเซอร์ หรือการผ่าตัดให้เหมาะกับผู้ป่วยรายนั้น โดยคำนึงถึงระยะของโรค ความรุนแรง และชนิดของโรคในกรณีของการรักษาด้วยยา ให้คำนึงถึงการใช้จ่ายจำนวนน้อยชนิดที่สุด เพื่อให้ได้ผลสูงสุดต่อการรักษา และเพื่อลดปัญหาภาวะข้างเคียงทั้งทางด้าน Systemic และ Ocular Side Effect รวมทั้งหลีกเลี่ยงปัญหาเกี่ยวกับ Compliance ต้องคำนึงถึงภาวะทาง Socio-Economy และความสามารถของผู้ป่วยในการติดตามการรักษาเป็นรายๆ ไป

### การรักษาต้อหิน

การรักษาต้อหินมีหลายวิธี จะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับชนิดของต้อหิน

การรักษาต้อหินแบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การรักษาต้อหินด้วยยา (Medical Therapy of Glaucoma)
2. การรักษาต้อหินด้วยแสงเลเซอร์ (Laser Surgery in Glaucoma)
3. การรักษาต้อหินโดยการผ่าตัด (Glaucoma Surgery)

1. การรักษาต้อหินด้วยยา (Medical Therapy of Glaucoma) สุวภัทร (2548)

วัตถุประสงค์ของการใช้ยา ในระยะสั้นก็คือ การลดความดันในลูกตาลง ในระยะยาวการใช้ยามีเป้าหมายในการป้องกันการสูญเสียการมองเห็นโดยที่ให้มีผลข้างเคียงจากยาน้อยที่สุด ยาที่ใช้มีหลายชนิดด้วยกัน ซึ่งมีกลไกทางเภสัชวิทยาในการลดความดันในลูกตาแตกต่างกัน อาจจะมีการลดการสร้างหรือไม่ก็เพิ่มการไหลเวียนของน้ำในช่องหน้าลูกตา (Aqueous Humor) เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างการสร้างและการระบายของ Aqueous Humor

กลุ่มของยาที่ใช้ในการรักษาต้อหิน มี 6 กลุ่ม สกวรัตน์ (2532)

กลุ่มที่ 1. Miotics เป็นยาที่ใช้กันมากในการรักษาโรคต้อหิน เนื่องจากใช้รักษาได้ทั้ง โรคต้อหินมุมเปิด และมุมปิด ที่นิยมใช้กันมา คือ Pilocarpine เนื่องจากราคาไม่แพง ลดความดันตาได้ผลดี ผลข้างเคียงมีน้อย ได้แก่

- ยาหยอดตา Pilocarpine 1% 2% และ 4% เป็นอัลคาลอยด์ มีผลกระตุ้นตัวรับคอลิเนอร์จิกคล้ายอะเซทิลโคลีน ทำให้ม่านตาหดตัว (Parasympathomimetic) และลดความดันในลูกตา โดยเพิ่มการไหลเวียนออกของน้ำหล่อตา เพิ่มการหลั่งของสารคัดหลั่งและกระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบหดตัวใช้ลดความดันในลูกตา โดยจากผลที่ม่านตาหดตัว ทำให้ม่านตาถูกดึงห่างจากท่อระบายน้ำในลูกตา ใช้ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ตรวจตา และต้านผลม่านตาขยายตัว หรือต้องการทำให้ม่านตาหดตัวสลับกับขยายตัวเพื่อทำลายการติดแน่นระหว่างม่านตา และเลนส์ตา

การดูดซึมและการขับออกจากร่างกาย

สามารถซึมผ่านเยื่อตาอย่างรวดเร็ว วัตถุประสงค์ภายใน 15-30 นาที มีฤทธิ์สูงสุดใน 75 นาที และทำให้ม่านตาหดตัวได้นาน 8 ชั่วโมง ยาส่วนใหญ่จะถูกขับออกทางไต

ขนาดและวิถีทางที่ให้

หยอดตาวันละ 3 ครั้ง หรือใช้ตามแพทย์สั่ง

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ไม่ค่อยพบ อาจพบม่านตาหดเกร็ง ปวดศีรษะ ปวดลูกตา เห็นภาพไม่ชัด มีอาการแพ้ยา เช่น เยื่อบุตาอักเสบ ระคายเคือง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเป็นตะคริว ท้องเดิน แน่นอึด อึดท้อง เหงื่อ น้ำตาและน้ำลายหลั่งมากขึ้น ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นแรง เพิ่มการหลั่งของสารคัดหลั่งในหลอดลม หลอดลมหดตัว หากให้เป็นเวลานานอาจทำให้ม่านตาและขอบของรูม่านตาแข็งตัว และเกิดถุงน้ำ

### การดูแล

1) ขณะหยอดตาควรกดบริเวณท่อน้ำตาเบาๆ 1-2 นาที เพื่อป้องกันไม่ให้ยาไหลเข้าสู่เยื่อจมูก และระบบการไหลเวียนโลหิต

2) จากการที่ยามีผลทำให้การมองเห็นภาพไม่ชัด ควรแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอันตราย เช่น ขับรถ หรือทำงานกับเครื่องจักร จนกว่าจะมองเห็นได้ชัดเจน เช่นเดิม

3) สังเกตอาการข้างเคียงจากยา เช่น เห็นภาพไม่ชัด มีด ปวดตา ปวดศีรษะ มีเหงื่อและน้ำลายออกมาก คลื่นไส้ ท้องเป็นตะคริว ให้รายงานแพทย์ทันที

กลุ่มที่ 2. Sympathomimetic เป็นยาที่กระตุ้นทั้ง Alpha และ Beta-Adrenergic Receptors ใช้ได้เฉพาะผู้ป่วยโรคต้อหินแบบมุมเปิด ห้ามใช้ในผู้ป่วยต้อหินแบบมุมปิดเนื่องจากยานี้จะมีผลทำให้รูม่านตาขยาย ได้แก่ยา Epinephrine

ยาหยอดตา Epifrin 1% , 2%

กลไกการออกฤทธิ์ โดยการเพิ่ม Trabecular Facility และ Uveoscleral Outflow โดยผ่านทาง Beta-2 Adrenergic Receptor Mediated Effect ที่ Trabecular Endothelium และ Ciliary Muscle โดยที่ Epifrin ที่ให้ระดับต้นจะเพิ่ม Aqueous Formation โดยกระตุ้น Beta-2 Adrenergic Receptors ใน Non Pigmented Ciliary Epithelium แต่พอนานเข้ากลับลด Aqueous Formation โดยกลไกยังอธิบายไม่ได้

ขนาดและวิธีใช้

ตามแผนการรักษาของแพทย์

## อาการข้างเคียง

ปวดศีรษะ ตาแดง เคืองตา ตามัว ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นแรง ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติ ถ้าใช้ไปนานๆ จะมีสีดำตาค้างที่เยื่อตา กระจกตา ท่อน้ำตา

## การดูแล

- เพิ่มขึ้น
- 1) ความวัดความดันโลหิตทุกครั้งก่อนหยอดตา เนื่องจากทำให้ความดันโลหิตสูง
  - 2) ถ้ามีอาการแพ้ยาให้รายงานแพทย์ทราบ แพทย์อาจพิจารณาหยุดยา
  - 3) หากจำเป็นต้องหยอด ให้กดหัวตาทุกครั้งหลังหยอด เพื่อป้องกันการดูดซึมยาเข้าสู่ร่างกาย
  - 4) ระวังระวังและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดในการใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจหากมีอาการผิดปกติให้หยุดยา และรายงานแพทย์ทันที

กลุ่มที่ 3. คือ  $\beta$ -adrenergic inhibitors เป็นยาที่มีฤทธิ์ลดการสร้างน้ำหล่อตา ยาที่ใช้มีหลายตัว เช่น Timolol , Betoptic. Arteoptic. Betaxolol และ Levobunolol

ยาหยอดตา Timoptal. Glauco-Oph 0.25% , 0.5% (Timolol Maleate)

Timolol Maleate เป็น Nonselective Beta-Adrenergic Receptor Blocking Agent ที่ไม่มีผลกระตุ้น Intrinsic Sympathomimetic กดกล้ามเนื้อหัวใจโดยตรง หรือสูญเสียความรู้สึกบางส่วน เป็นยาที่ออกฤทธิ์ได้เร็ว หลังหยอดตาจะเห็นผลภายใน 20 นาที ความดันโลหิตจะลดลงมากที่สุด ใน 1-2 ชั่วโมง และลดอยู่ได้นานถึง 24 ชั่วโมง และลดอยู่ได้นานถึง 24 ชั่วโมง การที่ออกฤทธิ์ได้นานทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้แม้ในขณะที่นอนหลับ กลไกการออกฤทธิ์ลดความดันโลหิตยังไม่ทราบแน่นอน แต่การออกฤทธิ์ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการลดการสร้างของเหลวในลูกตา เป็นยาหดรูมาตาที่ไม่มีผลหรือมีน้อยมากต่อรูมาตา ดังนั้นจะไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ความสามารถ ในการมองเห็น ที่เนื่องมาจากการปรับเปลี่ยนเลนส์ตา และไม่พบการมองเห็นภาพไม่ชัด รวมทั้งอาการตาบอดในเวลากลางคืน ที่เกิดจากยากลุ่ม Miotic ด้วยอย่างไรก็ตาม ในบางกรณีพบว่า Timolol เพิ่มการขับออกของของเหลวด้วย

#### ขนาดและวิธีการใช้

หยอดตาวันละ 2 ครั้ง หรือตามแพทย์สั่ง

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

เคยมีรายงานว่าผู้ป่วยใช้ Timolol มีผลข้างเคียงเกี่ยวกับทางเดินหายใจ และหัวใจ รวมทั้งการตายเนื่องมาจากภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยที่รับประทานยา Beta-Adrenergic Blocking อยู่เมื่อใช้ Timolol ให้ระวังการเสริมฤทธิ์กันของยาที่จะมีผลต่อลูกตา และผลทาง Systemic ด้วยยังไม่มีการศึกษาการใช้ Timolol ในสตรีมีครรภ์

อาการข้างเคียงที่พบส่วนมากได้แก่ อาการระคายเคืองตา รวมทั้งเยื่อตาขาวอักเสบ เยื่อเปลือกตาอักเสบ กระจกตาอักเสบ ความไวของ Cornea ลดลง การมองเห็นเลื่อม รวมทั้งเกิดการเปลี่ยนแปลงของการหักเหแสงของนัยน์ตา เห็นภาพซ้อน และหนังตาหย่อน หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ เต้นไม่เป็นจังหวะ ภาวะความดันโลหิตต่ำ เป็นลม หลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจผิดปกติ สมองขาดเลือดภาวะหัวใจล้มเหลว หัวใจเต้นเร็ว หัวใจหยุดเต้น หลอดลมหดรัดเกร็ง ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว หายใจลำบาก ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ เวียนศีรษะ ชิมเสว้า เหน็ดเหนื่อย

#### การดูแล

- 1) ผู้ป่วยที่มีประวัติของโรคหัวใจ ควรคอยสังเกตอาการที่แสดงถึงภาวะหัวใจล้มเหลว และตรวจอัตราการเต้นของชีพจรด้วย
- 2) ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคปอด หลอดลม หรือทางเดินหายใจ ให้คอยสังเกตอาการ หลอดลมหดรัดเกร็ง การหายใจลำบาก ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว

3) ควรหลีกเลี่ยงการขับรถยนต์ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร เพราะอาจเกิดอันตรายจากการมองเห็นภาพซ้อน การเปลี่ยนแปลงของการหักเหของแสงของนัยน์ตาได้

ยาหยอดตา 0.5% Betoptic

ข้อบ่งใช้

เป็นกลุ่ม Beta-1 Selective Adrenergic Blocking Agent ใช้ในการลดความดันภายในลูกตา ในผู้ป่วย โรคต้อหินแบบเรื้อรังแบบมุมเปิด (Chronic Open-Angle Glaucoma)

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

มีอาการเคืองตาเล็กน้อย น้ำตาไหล ความไวของกระจกตาลดลง (Decrease Cornea Sensitivity) ตาแดง คันตา กระจกต้ออักเสบ อาจเกิดอาการกลัวแสงสว่างได้แต่พบน้อยควรใช้อย่างระมัดระวังในผู้ป่วยโรคหัวใจ เบาหวาน ไทรอยด์

ขนาดและวิธีใช้

หยอดยาตา 1 หยด เช้า – เย็น

การดูแล

- 1) สังเกตอาการเคืองตา น้ำตาไหล ตาแดง ถ้าเกิดขึ้น ให้หยดยาไว้ก่อน
- 2) ในผู้ป่วยโรคหัวใจ เบาหวาน ไทรอยด์ ให้สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด

ยาหยอดตา Arteoptic 1% และ 2%

Arteoptic เป็น Beta-Blocker, Carteolol Hydrochloride ใช้ในการลดความดันลูกตา โดยมีฤทธิ์แรงและออกฤทธิ์ได้นาน กลไกการออกฤทธิ์โดยทำให้น้ำที่เกิดในลูกตาน้อยลง

ขนาดและวิธีใช้

หยอดตาเช้า – เย็น หรือ ตามแพทย์สั่ง

อาการข้างเคียงและพิษของยา

ตาพร่า แดง กระจกตาอักเสบ หัวใจเต้นเร็วเป็นบางครั้ง ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ทำให้หายใจขัด

ข้อห้ามใช้

- 1) ในรายที่เลือดมาเลี้ยงหัวใจไม่พอ ไม่สามารถควบคุมอาการได้
- 2) รายที่มีอาการหอบหืด หลอดลมเกร็งตัว
- 3) แพ้ Arteoptic ห้ามใช้ในเด็กเล็ก และสตรีมีครรภ์

การดูแล

1) หลังหยอดตาควรระวังเรื่องตาพร่ามัว อาจเกิดอันตรายจากการทำงานกับเครื่องจักร หรือขับรถ ควรรอจนมองเห็นภาพชัดเจนก่อน

2) ในผู้ป่วยโรคหัวใจ ให้สังเกตอาการ เจ็บอก หัวใจเต้นเร็ว หรือผิดปกติ ให้รายงานแพทย์ทราบ

3) หลังหยอดตาให้สังเกตระบบหายใจว่าผิดปกติ หอบ หืด หรือมีหลอดลมเกร็งหรือไม่

4) สังเกตอาการข้างเคียง เช่น ตาแดง ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ถ้ามีหยุดยาไว้ก่อน แล้วรายงานแพทย์ทราบ

กลุ่มที่ 4. คือ Carbonic anhydrase inhibitor เป็นยาที่ออกฤทธิ์ลดการสร้างน้ำหล่อตาได้ถึงร้อยละ 40-60 ห้ามใช้ในคนที่แพ้ Sulfonamide เนื่องจากเป็นอนุพันธ์ของ Sulfonamide ยาที่นิยมใช้ คือ Acetazolamide (Diamox), Neptazane

ยา Acetazolamide (Diamox, Glaupace, Odemin)

เป็นยาในกลุ่มที่ขัดขวางการทำงานของเอนไซม์คาร์บอนิก แอนไฮเดรส (Carbonic Anhydrase Enzyme) ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานที่ Proximal Tubule Cells เป็นยาในกลุ่มที่ให้ผลดีทั้งรับประทานและฉีด ไม่ทำให้เกิดการรวมตัวของน้ำกับคาร์บอนไดออกไซด์ ในเซลล์ของทิวบูลจึงไม่มีไฮโดรเจนไอออนเกิดขึ้น เพื่อไปแลกเปลี่ยนกับไบคาร์บอเนตไอออนจึงทำให้เสียไบคาร์บอเนตไอออนในปัสสาวะ ดังนั้นปัสสาวะจะเป็นด่าง และมีโซเดียมไอออน โปตัสเซียม ไอออนคาร์บอเนตไอออน ถูกขับมาพร้อมกับน้ำ กระบวนการสร้างกรดในปัสสาวะ (Acidification Process) เกิดไม่ได้ยา Acetazolamide ให้ผลขับปัสสาวะได้ เมื่อให้เป็นระยะๆ ให้ติดต่อกันไม่ได้ฤทธิ์ในการขับปัสสาวะจะหมดไปหลังจากให้ขนาดของยาเริ่มแรกไปแล้ว 6 ชั่วโมง เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่มนี้ ทำให้ร่างกายเกิดภาวะเป็นกรดอย่างอ่อน เมื่อใช้ไปนานๆ ภาวะเป็นกรดนั้นจะทำให้ฤทธิ์ในการขับปัสสาวะเสียไป ดังนั้น จึงเป็นยาขับปัสสาวะที่ใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะตัวอื่น เพื่อแก้ไขภาวะเป็นด่างหรือเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาขับปัสสาวะชนิดอื่นๆ

ยาจะถูกดูดซึมได้ดีทางระบบทางเดินอาหาร และออกฤทธิ์ภายใน 30 นาที ภายหลังจากได้รับยาครั้งแรก และฤทธิ์สูงสุดในเวลา 2 ชั่วโมง และยังคงมีฤทธิ์นานถึง 12 ชั่วโมง ยานี้จะถูกขับออกทางปัสสาวะ ในรูปที่ไม่เปลี่ยนแปลงภายในเวลา 12-24 ชั่วโมง

### ขนาดและวิธีการใช้

โดยการรับประทาน 125-250 มก. หรือ 0.5-1 กรัม/วัน โดยให้วันละ 2 ครั้ง ทุก 4 ชั่วโมง ในบางครั้งอาจให้สลับกันกับยาขับปัสสาวะอื่นๆ ไม่ควรใช้ยาเกิน 1 กรัม/วัน

### ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ผู้ป่วยอาจมีอาการ ง่วงซึม สับสน ชา ถ่ายปัสสาวะมาก เมื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ระดับ โปตัสเซียมในกระแสเลือดต่ำ ร่างกายเกิดภาวะกรดจากเมตาบอลิซึมและมีพิษคล้ายกับยาในกลุ่ม Sulfonamide เช่น มีไข้ มีอาการแพ้ นิ้วที่ไตอาจทำให้เกิดปัสสาวะเป็นเลือดมีความผิดปกติของเลือด บางครั้งอาจเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารและตับทำงานน้อยลง

### การดูแล

- 1) ยาจะมี pH ประมาณ 9.2 ซึ่งเป็นด่าง ดังนั้นจึงไม่ควรใช้ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เนื่องจากจะทำให้เจ็บปวดบริเวณที่ฉีดมาก
- 2) บันทึกและประเมินภาวะสมดุลของน้ำดื่มและปัสสาวะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าจำนวนปัสสาวะออกน้อยลงควรรายงานแพทย์ ซึ่งอาจเกิดเนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาด
- 3) ชั่งน้ำหนักตัวผู้ป่วยหรือวัดความดันโลหิตทุกวัน เพื่อประเมินผลการรักษา
- 4) ไม่ควรใช้ยาในกลุ่มนี้ในผู้ป่วยที่มีประวัติ แพ้ยา พวก Sulfa ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการทำงานของตับและไต
- 5) ขณะที่ผู้ป่วยได้รับยาควรสังเกตอาการของภาวะกรด และภาวะ โปตัสเซียมในกระแสเลือดต่ำ
- 6) แนะนำอาหารที่เพิ่ม โปตัสเซียม และดูแลการได้รับยาที่เพิ่ม โปตัสเซียมตามแผนการรักษา

7) ผู้ป่วยที่ได้รับยาเป็นเวลานาน ควรได้รับการตรวจปริมาณเซลล์ของเม็ดเลือด และระดับอิเล็กโทรไลต์ในเลือดเป็นระยะๆ

8) ควรเก็บยาไว้ในที่มืดซิด และภาชนะที่ป้องกันแสง

ยา Neptazene

เนปทาเซน เมตาโซลาไมค์ เป็นอนุพันธ์ซัลโฟนาไมค์ เป็นผลึกสีขาวมีฤทธิ์ เป็นกรดอ่อนละลายได้เล็กน้อยในน้ำ ประกอบด้วยสารอื่นๆ ได้แก่ อะคาเซีย กรดแอลจินิก แป้ง ข้าวโพด แคลเซียมฟอสเฟตได-เบสิก เจลาติน และแมกนีเซียมสเตียเรท

กลไกการออกฤทธิ์

เป็นยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งไซม์คาร์บอนิกแอนไฮเดรตอย่างแรง ถูกดูดซึมอย่างช้าๆ จากทางเดินอาหาร และคงอยู่ในพลาสมาได้นานกว่าอะเซตาโซลาไมค์ จึงออกฤทธิ์ได้ช้ากว่าแต่มีระยะเวลาการออกฤทธิ์นานกว่าอะเซตาโซลาไมค์ ยานี้กระจายไปทั่วร่างกายและสามารถวิเคราะห์พบในพลาสมา น้ำไขสันหลังของเหลวในตาเม็ดเลือดแดง น้ำดี และของเหลว นอกเซลล์ ในคนเพียงร้อยละ 15 ของเนปทาเซน ที่จับที่ทางปัสสาวะ ไม่พบการสะสมในร่างกาย ยานี้ไม่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย และไม่มีฤทธิ์ยับยั้งอาการชัก แม้ว่าพบความเข้มข้นของยานี้สูงในน้ำไขสันหลัง

เนปทาเซน มีฤทธิ์ขับปัสสาวะ จึงเพิ่มปริมาณปัสสาวะ และปริมาณการขับทิ้งของโซเดียม, โปตัสเซียม และคลอไรด์ แต่มีฤทธิ์น้อยกว่าอะเซตาโซลาไมค์ เนื่องจากยานี้ให้ผลขับปัสสาวะได้น้อยและฤทธิ์คงอยู่เพียงชั่วคราว จึงไม่นำมาใช้เป็นยาขับปัสสาวะ ระดับโซเดียม โปตัสเซียม และคลอไรด์ ในซีรัมเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย และกลับสู่ระดับปกติได้หลังจากได้รับยาติดต่อกันเป็นเวลา 3-4 วัน

ยานี้มีผลยับยั้งการดูดกลับ ไบคาร์บอเนตที่ไต ปัสสาวะ จึงมีฤทธิ์เป็นด่าง ทำให้ระดับไบคาร์บอเนตในพลาสมาลดลงชั่วคราว และอาจทำให้ร่างกายมีภาวะเป็นกรดได้ เนื่องจากความไม่สมดุลของการขนส่งคาร์บอนไดออกไซด์ในเม็ดเลือดแดง ภาวะนี้กลับสู่สมดุลโดยกลไกทดแทนในร่างกาย ปริมาณการขับทิ้งของซีเตรทในปัสสาวะลดลง 40% เมื่อได้รับยาขนาด 100

มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง ปริมาณการขับทิ้งของกรดยูริก ลดลง 36% ภายใน 24 ชั่วโมงแรก ยานี้มีผลยับยั้ง เอนไซม์คาร์บอนิกแอนไฮเดรส ในเนื้อเยื่อตาทำให้ลดอัตราการสร้างของเหลวในลูกตา โดยทั่วไปความดันในลูกตาลดลงภายใน 2-4 ชั่วโมง โดยมีผลสูงสุดที่ 6-8 ชั่วโมง และให้ผลนานถึง 10-18 ชั่วโมง หลังใช้ยา

### ข้อบ่งใช้

ใช้เป็นการร่วมในการรักษาอาการต่อไปนี้ ต้อหินเรื้อรังธรรมดาชนิดไม่อุดตัน ต้อหินทุติยภูมิ และสำหรับเตรียมผ่าตัด ในโรคต้อหินชนิดอุดตันแบบเฉียบพลัน เมื่อต้องการเลื่อนการผ่าตัดออกไป เพื่อให้ความดันในลูกตาลดลง

### ข้อห้ามใช้

ห้ามใช้ในต้อหินชนิดรุนแรง และต้อหินชนิดอุดตันเรื้อรังที่ไม่มีการกั้งของเหลวและไม่ควรใช้ในต้อหินชนิดรุนแรงที่มีการยึดติดของฐานจอตา และกระจกตา หรือต้อหินที่เกิดจากเลือดออกในจอตา ผู้ป่วยที่มีต่อมหมวกไตล้มเหลว ตับและไตทำหน้าที่บกพร่อง มีภาวะอเล็กโตรไลต์ที่ไม่สมดุล เช่น ระดับโซเดียม หรือโพแทสเซียมในเลือดต่ำหรือร่างกายมีภาวะเป็นกรด เนื่องจากมีระดับคลอไรด์ในเลือดสูง

ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในเด็ก และสตรีมีครรภ์ โดยเฉพาะในระยะ 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์

### ข้อควรระวัง

การใช้เนปตาเซน มีผลเพิ่มการขับทิ้งโพแทสเซียม ในระยะแรกในผู้ป่วยตับแข็ง หรือมีการทำงานของตับลดลง จะส่งเสริมให้เกิดโคมาที่ตับได้ ควรใช้อย่างระมัดระวังในผู้ป่วยที่ได้รับยาพวกสเตียรอยด์ร่วมด้วย เพราะจะส่งเสริมการเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ผู้ป่วยที่มีภาวะของอเล็กโตรไลต์ที่ไม่สมดุลจำเป็นต้องเสริมอเล็กโตรไลต์ให้เพียงพอ และอยู่ในภาวะสมดุลผู้ป่วยที่มีการอุดตันที่ปอด หรือเนื้อเยื่อปอดที่มีผลทำให้การแลกเปลี่ยนอากาศที่ถุงลมบกพร่องควรใช้ยานี้อย่างระมัดระวัง เพราะอาจส่งเสริมการเกิดภาวะร่างกายเป็นกรดได้

## อาการข้างเคียง

เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ง่วงซึม อาการรู้สึกหมน สับสน ความรู้สึกห่อเหี่ยว และอาการฟั่นเฟือน โดยเฉพาะความรู้สึกผิดปกติที่นิ้วมือนิ้วเท้า บางครั้งอาจพบที่ริมฝีปาก ทวารหนัก อัตราการขับทิ้งซีเตรท และกรดยูริกในปัสสาวะลดลง ระหว่างใช้ยา เนปทาเซน อาจมีการตกผลึกในปัสสาวะ กดไขกระดูกทำให้โลหิตจาง

## ขนาดและวิธีใช้

50-100 มิลลิกรัม วันละ 2-3 ครั้ง อาจใช้ร่วมกับยาที่ทำให้รูม่านตาหรี และสารออสโมติก

## การดูแล

- 1) สังเกตอาการข้างเคียงต่างๆ หากพบให้รายงานแพทย์ทราบ
- 2) ติดตามผลเลือดเกี่ยวกับ อิเล็กโตรไลต์ เกร็ดเลือด และความเข้มข้นของเลือด หากพบผิดปกติให้รายงานแพทย์ทราบ
- 3) ในผู้ป่วย โรคตับ ต่อมหมวกไต ไต ทำหน้าที่บกพร่อง ต้องสังเกตอาการ อย่างใกล้ชิด และใช้อย่างระมัดระวัง

กลุ่มที่ 5. คือ Hyperosmotic Agents เป็นยาที่มักนำมาใช้ในรายที่ต้องการลดความดันตาอย่างรวดเร็วและใช้ในระยะสั้น เช่น ในรายที่เป็นต้อหินมุมปิดเฉียบพลัน (Acute Closure-Angle Glaucoma) หรือต้อหินทุติยภูมิ (Secondary Glaucoma) ที่มีความดันลูกตาสูงมากจนอาจจะทำให้มีการทำลายประสาทตา ให้ก่อนทำการผ่าตัดต่อกระจก หรือต้อหินในรายที่มีความดันสูง มีฤทธิ์ทำให้วิเทียสมีปริมาตรลดลง ความดันตาก็ลดลงด้วย โดยแบ่งเป็น 2 พวก คือ ชนิดรับประทาน ได้แก่ Glycerol, Isosorbide ชนิดให้ทางหลอดเลือด ได้แก่ Mannitol และ Urea

ชนิดรับประทาน ได้แก่ Glycerol, Isosorbide

เมื่อถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย จะออกฤทธิ์โดยการเพิ่มแรงดึงดูน้ำและเกลือแร่ (Blood Osmolality) โดยเฉพาะการแลกเปลี่ยนระหว่าง เลือด และน้ำหล่อตา การดึงน้ำออกจากลูกตาทำให้ ความดันตาลดลง การให้ปริมาณที่มากและรวดเร็วพอ ทำให้ความดันตาลดลงอย่างรวดเร็ว

ขนาดและวิธีใช้

รับประทานขนาด 1-2 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ทุก 6-8 ชั่วโมง

อาการข้างเคียง

ปวดหลัง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อาจมีอาการสับสน (Mental Confusion) เคยมี รายงานว่าพบมีเลือดออกที่ Subdura และ Subarchnoid เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) และร่างกายเกิดภาวะเป็นกรดจาก Ketone (Ketoacidosis) เนื่องจาก Glycerine ถูกสลายกลายเป็น น้ำตาลและ Ketone ได้ ภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากมีน้ำนอกเซลล์มากเกินไป

การดูแล

- 1) สังเกตอาการข้างเคียง ถ้าพบให้รายงานแพทย์
- 2) ในรายที่มีโรคประจำตัว เบาหวาน โรคหัวใจ โรคตับ หากแพทย์มีแผนการรักษาให้ Glycerine ให้รายงานแพทย์ทราบ หากจำเป็นต้องให้ยาควรสังเกตอาการต่างๆ อย่างใกล้ชิด เช่น เหนื่อย หอบ เจ็บอก กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม เป็นต้น และรายงานแพทย์ทันที
- 3) ติดตามประเมินระดับ อิเล็กโทรไลต์ และภาวะกรดด่างในร่างกายเป็นระยะๆ

### ชนิดให้ทางหลอดเลือด Manitol (Osmotic Diuretic)

ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ โดยที่ตัวยามีคุณสมบัติในการคุดน้ำจากเนื้อเยื่อต่างๆ ในร่างกายเข้ามาในกระแสเลือด ทำให้น้ำและเกลือแร่ที่ผ่านไตมีมากขึ้น เป็นผลให้มีการขับถ่ายน้ำ และเกลือแร่เพิ่มขึ้นด้วย ยากลุ่มนี้ทำให้ปัสสาวะมากขึ้น โดยไม่เกี่ยวข้องกับกลไกของไตโดยตรงแต่ออกฤทธิ์โดยเมื่อถูกกรองผ่านออกทางโกลเมอรูล (Glomeruli) มาอยู่ในท่อไต (Tubular Lumen) ยาจะไปเพิ่มความเข้มข้นออสโมลาร์ ของสารเหลวในทิวบูล น้ำจะไหลจากส่วนที่มีความเจือจางไปสู่ส่วนที่สารเข้มข้น เพื่อปรับระดับความเข้มข้น จึงทำให้น้ำถูกขับออกทางร่างกายมากขึ้น ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์อ่อน และต้องใช้ปริมาณมาก จึงจะได้ผล โดยออกฤทธิ์ Proximal Convolved Tubule และถูกขับออกทาง โกลเมอรูลทางเดียว ไม่ถูกดูดซึมกลับ จะทำให้ปริมาณเพิ่มขึ้นไปจนถึง Loop of Henle โดยทั่วไปมีข้อบ่งชี้ในการใช้ดังนี้

- 1) เพื่อลดอาการบวมในสมอง ลดความดันในสมอง และความดันในลูกตา
- 2) ใช้ทดสอบการทำหน้าที่ของไต
- 3) เพื่อใช้ป้องกันภาวะ Anuria ที่จะเกิดตามหลังปฏิกิริยาที่มีการแตกทำลายเม็ดเลือดแดง หรือกษัยนตรายและภาวะเลือดออกจากอวัยวะต่างๆ
- 4) ใช้เพื่อคงไว้ของจำนวนปัสสาวะที่มากๆ ในระหว่างรักษา ภาวะพิษของ Barbiturate, Salicylate หรือสารพิษอื่นๆ ที่ถูกขับทางไต

#### ขนาดและวิธีการใช้

100-200 มก. ของสารละลาย 5-10% ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ อาจให้ในขนาดสูงถึง 50 กรัม ทางหลอดเลือดครั้งเดียว

## ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ถ้าให้ทางหลอดเลือดดำในอัตราเร็ว อาจทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ หนาวสั่น หรือเจ็บหน้าอก

### การดูแล

- 1) บันทึกปริมาณน้ำและปัสสาวะให้ถูกต้องแน่นอน เพื่อเป็นการประเมินผลของยา และประเมินภาวะสมดุลของน้ำในร่างกาย
- 2) ตรวจสอบจำนวนหยดของยาให้ตรงตามแผนการรักษา
- 3) สังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ภายหลังจากได้รับยา เช่น อาการเจ็บหน้าอก หนาวสั่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งอาจเกิดเนื่องจากภาวะโซเดียมในกระแสเลือดต่ำ
- 4) ติดตามประเมินระดับ อิเล็กโทรไลต์ และภาวะกรดต่างในร่างกายเป็นระยะๆ
- 5) ระวังภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากปริมาณน้ำในร่างกายมากเกินไป

กลุ่มที่ 6.คือ Prostaglandins ได้แก่ Latanoprost, Unoprostone, Travaprost, Brimatoprost

กลไกการออกฤทธิ์ เพิ่ม Uveoscleral Outflow โดยการเพิ่ม Extracellular Matrix Turnover ใน Ciliary Body Face

ผลข้างเคียง เพิ่มการเกิดเม็ดสี Melanin ในม่านตา, ตามัว, เปลือกตาแดง, จุดรับภาพบวม (Cystoid Macular Edema)

ข้อห้ามใช้ หญิงตั้งครรภ์ (Pregnancy)

## การดูแลผู้ป่วยต่อหินที่รักษาด้วยยา สุวภัทร (2548)

### 1) การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยหยุดตาอย่างสม่ำเสมอ

1.1) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องโรคต่อหินและวิธีการรักษาผลเสียที่จะตามมา ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการรักษา

1.2) อธิบายถึงความจำเป็นในการหยุดตาแก่ผู้ป่วยและญาติว่ามีความสำคัญมาก ในการรักษาต่อหิน เพราะจะช่วยควบคุมความดันในลูกตาให้อยู่ในภาวะปกติ สอนวิธีการหยอดตา เวลาในการหยอดตา ความสม่ำเสมอในการหยอดตา รวมถึงควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าต้องใช้ยาต่อเนื่อง และไม่สามารถหยุดยาที่ใช้ลดความดันในลูกตาได้ เพราะจะทำให้ความดันในลูกตาสูงขึ้นอีก แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยซื้อยาหยอดตาเอง และควรมาพบแพทย์ก่อนที่ยาจะหมด

1.3) ติดตามการตอบสนองต่อยา พร้อมทั้งประเมินความต้องการและผลที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา พุดคุยถึงผลข้างเคียงของยาบางครั้งแพทย์อาจต้องปรับเปลี่ยนยาเพื่อให้ได้ผลทางการรักษาที่ดีที่สุด และเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

1.4) เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้พุดคุยระบายความรู้สึก หรือซักถามข้อสงสัยต่างๆ

1.5) อาจจะใช้ วีดีโอ เทป แผ่นพับ เพื่อให้ความรู้ และแนะนำเกี่ยวกับโรคต่อหิน และวิธีการใช้ยารักษา

### 2) การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นต่อหิน

2.1) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยว่าต่อหินเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดไม่ได้ แต่สามารถควบคุมความดันในลูกตาให้ปกติได้โดยการใช้ยา และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสริมที่จะทำให้ความดันในลูกตาสูงขึ้น เช่น ความเครียด การยกของหนัก การดื่มสุรา กาแฟ เป็นต้น

2.2) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง เพื่อติดตามผลการรักษา ตรวจหาอาการข้างเคียง อื่นๆ อาจมีการตรวจพิเศษ เช่น การตรวจลานสายตา เพื่อดูความก้าวหน้าของโรค ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม และป้องกันไม่ให้อาการของโรครุนแรงขึ้น

2.3) แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางตาของตัวเอง เช่น ปวดตา ตาแดง ตามัว น้ำตาไหล หรืออาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาต้อหิน เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อ่อนแรง ใจสั่น ปวดศีรษะ ฯลฯ เมื่อมีอาการผิดปกติควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

2.4) ในผู้ป่วยที่ลานสายตาแคบ ควรแนะนำให้ระมัดระวังเรื่องการเดินทางเกิดอุบัติเหตุ เช่น เดินชน หรือหกล้ม ควรจัดสถานที่ภายในบ้านให้เป็นระเบียบ และให้มีแสงสว่างเพียงพอ

2.5) เนื่องจากโรคต้อหิน บางชนิดสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ จึงควรแนะนำให้พาบุคคลในครอบครัวมาตรวจด้วยว่ามีภาวะต้อหินหรือไม่

## 2. การรักษาต้อหินด้วยแสงเลเซอร์ (Laser surgery in glaucoma)

Laser Peripheral Iridotomy เป็นการผ่าตัดโดยใช้ Argon laser หรือ Nd-Yag laser ในการเจาะม่านตาให้ทะลุเพื่อรักษาภาวะ Pupillary Block และทำเพื่อป้องกันในผู้ป่วยที่ตาข้างหนึ่งมีต้อหินมุมปิดเฉียบพลัน หรือ ในต้อหินมุมปิดเรื้อรัง รวมทั้งในผู้ป่วยที่มีม่านตาแคบ

Argon Laser Trabeculoplasty (ALT) มีข้อบ่งชี้ในการทำ คือ ผู้ป่วยต้อหินชนิดมุมเปิดที่ไม่สามารถช้ยาหยอดตาควบคุมความดันในลูกตาได้ ใช้เป็นทางเลือกแทนการผ่าตัด โดยยิงเลเซอร์ไปที่ Trabecular Meshwork อาจยิง 180 องศา หรือ 360 องศา ก็ได้

Laser Peripheral Iridoplasty หรือ เรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Gonioplasty เป็นการยิงเลเซอร์ไปที่ม่านตาใกล้กับมุมม่านตา ทำให้ผิวของม่านตาหดตัว เข้าหากัน ซึ่งจะทำให้มุมม่านตาวางขึ้น

การรักษาด้วยเลเซอร์วิธีอื่นๆ เช่น Transpupillary Argon Laser Ciliophotocoagulation, laser Pupilloplasty และ Goniophotocoagulation เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนจากการยิงเลเซอร์

- 1) การอักเสบ (Inflammation)
  - 2) เลือดออกในช่องหน้าม่านตา (Hyphema)
  - 3) กระจกตาไหม้ (Corneal Burn)
  - 4) ม่านตาอักเสบ (Iritis)
3. การรักษาต้อหิน โดยการผ่าตัด (Glaucoma Surgery)

เป็นการทำการผ่าตัดเพื่อควบคุมความดันในลูกตา ทำให้ผู้ป่วยต้อหินชนิดต่างๆ เพื่อป้องกันการสูญเสียการมองเห็น หรือในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของต้อหิน ซึ่งการผ่าตัดจะช่วยลดความเจ็บปวดจากภาวะความดันในลูกตาสูงได้ วิธีการผ่าตัดมีหลายวิธี โดยวิธีการผ่าตัดที่นิยมทำ ได้แก่

1) Peripheral Iridectomy เป็นการผ่าตัดที่รักษาต้อหินชนิดมุมปิด (Angle-Closure Glaucoma) รายที่ไม่สามารถใช้ Laser Iridotomy ได้ นอกจากนี้การผ่าตัดชนิดนี้มักจะทำร่วมกับการผ่าตัด Filtering Surgery และเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้เพื่อป้องกันการเกิดต้อหินมุมปิดเฉียบพลันที่เกิดจาก Pupillary Block ในต้อหินข้างของผู้ป่วยต้อหินชนิดมุมปิด

2) Filtering Operation มีข้อบ่งชี้ในการทำ คือ เมื่อรักษาด้วยยา และแสงเลเซอร์ไม่ได้ผล การผ่าตัดเป็นการทำให้เกิดรูรั่ว (Fistula) เพื่อเป็นทางระบาย Aqueous Humor ออกจากช่องหน้าลูกตา (Anterior Chamber) ผ่าน Scleral Flap สู่ Subconjunctival Space เป็นการทำให้เกิด Filtering Bleb ที่ถาวร ซึ่งลักษณะของ Bleb ที่ทำหน้าที่ได้ดีจะประกอบไปด้วย เนื้อเยื่อ Subconjunctiva ที่เรียงตัวกันอย่างหลวม ๆ

## แนวคิดและทฤษฎีที่ประยุกต์ในการวิจัย

### แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้าน จิตวิทยาสังคม เพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรก ได้นำมาใช้ในการทำนาย และอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบาย พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัว ตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick Role Behavior) กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2542)

### พัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ในช่วงศตวรรษที่ 20 นักวิชาการได้หันมาสนใจพฤติกรรมของมนุษย์กันมากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถศึกษาทำความเข้าใจ และทำการควบคุมได้ โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับความสนใจศึกษากันมากในตอนต้นของช่วงปี ค.ศ. 1950-1960 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในระบายนั้ การจัดการด้านสาธารณสุขที่เน้นกิจกรรมด้านการป้องกันโรคมกกว่ากิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล ไม่ได้ได้รับความสนใจจากประชาชน คือ ประชาชนมีปัญหาประชาชนมารับบริการการป้องกันโรคกัน น้อยท้่งๆ ที่บริการที่จัดให้นั้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ หรือเสียค่าใช้จ่ายต่ำมากก็ตาม ดังนั้น นักพฤติกรรมศาสตร์ และนักวิชาการสาธารณสุขจึงสนใจจะทำความเข้าใจว่าอะไรเป็นสาเหตุ และสภาวะการณ์ใดที่เหมาะสมที่จะทำใ้บุคคลมีการปฏิบัติในการป้องกันโรค และการไปตรวจสุขภาพ เพื่อคัดกรองหรือวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะแรกเริ่มที่ยัง ไม่มีอาการใดๆ เช่น ในกรณีการตรวจสุขภาพ และป้องกันโรค วัณโรค มะเร็งปากมดลูก โรคฟัน ไข้รูมาติก โรคโปลิโอ โรคไขหวัดใหญ่ เป็นต้น

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกิดจากกลุ่มบุคคลที่ได้ทำการศึกษาวิจัยสภาพ ปัญหาของการบริการสาธารณสุขดังกล่าวมาแล้ว ได้แก่ Godfrey M. Hochbaum, S. Stephen kegeles, Howard Leventhal และ Irwin M. Rosenstock เนื่องจาก Rosenstock เป็นบุคคลที่นำแบบ

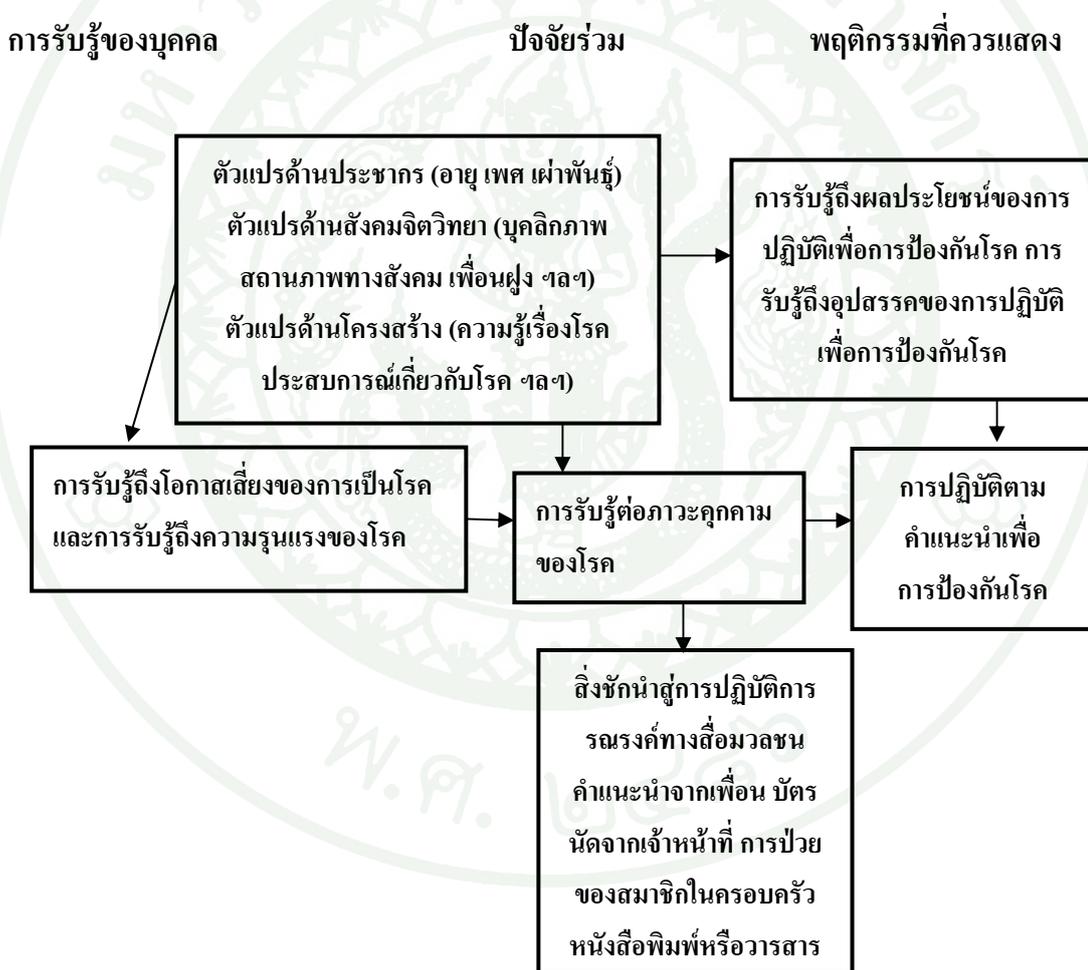
แผนความเชื่อด้านสุขภาพออกมาเขียนอธิบายและเผยแพร่ให้ผู้อื่นได้เข้าใจเกี่ยวกับโมเดลดังกล่าวมากขึ้น ในฐานะเป็นผู้ริเริ่มแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นที่คุ้นเคยและถูกอ้างถึงมากกว่าบุคคลอื่นๆ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมของ Kurt Lewin ซึ่งได้อธิบายว่าในชีวิตของบุคคล (Life Space) จะมีทั้งส่วนที่เป็นแรงด้านบวก (Positive Valence) แรงด้านลบ (Negative Valence) และส่วนที่เป็นกลาง (Relative Neutral) แรงด้านบวกจะเป็นสิ่งที่ดึงดูดบุคคลให้เข้าสู่เป้าหมายที่ตนปรารถนา ส่วนแรงด้านลบจะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเคลื่อนหนีออกจากสิ่งที่ไม่ปรารถนา สำหรับส่วนที่เป็นกลาง คือ ส่วนที่มีความสมดุลระหว่างแรงด้านบวกและลบพฤติกรรมหรือการแสดงของบุคคลจึงถูกมองว่าเป็นกระบวนการของการถูกดึงโดยแรงด้านบวกและการถูกผลักโดยแรงด้านลบ นอกจากนี้ Lewin ยังอธิบายถึงการตั้งเป้าหมายของบุคคลในสภาพการณ์ที่มีระดับความยากง่ายในการจะบรรลุเป้าหมายแตกต่างกันว่าบุคคลจะเลือกโดยเปรียบเทียบระดับของผลดี และผลเสียของ ความสำเร็จหรือความล้มเหลวกับโอกาสที่เขาจะบรรลุถึงความสำเร็จนั้นๆ ซึ่ง Lewin และคณะ ได้ตั้งสมมุติฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากตัวแปรที่สำคัญ 2 ประการ คือ (1) คุณค่าของผลลัพธ์จากการกระทำที่มีต่อบุคคลที่กระทำ และ (2) การคาดคะเนของบุคคลต่อ โอกาสของการเกิดผลลัพธ์จากกระทำนั้นๆ

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในครั้งแรก โดย Hochbaum และคณะนั้น ได้เริ่มจากแนวความคิดตามแนวทฤษฎีของ Kurt Lewin ที่กล่าวว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ “คือสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่มีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคลยกเว้นแต่สิ่งแวดล้อมเหล่านั้นได้ไปปรากฏอยู่ในใจหรือการรับรู้ของบุคคล ด้วยเหตุนี้บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่เขาเชื่อถือแม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่ถูกต้องตามที่ผู้อยู่ในวิชาชีพคิดก็ตาม

แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ “การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า (1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (2) อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร (3) การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีเขาโดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ และการปฏิบัติ ดังกล่าวไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา” เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น ต่อมา ค.ศ.1976 ยังได้เสนอเพิ่มเติมว่าในการอธิบายพฤติกรรมกันไป

ตรวจสอบสุขภาพ เพื่อวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกนั้น นอกจากจะต้องประกอบด้วยปัจจัยดังกล่าวมาแล้ว ยังจะต้องเพิ่มปัจจัยด้านความเชื่อว่าเขาสามารถจะป่วยเป็นโรคได้ถึงแม้จะไม่มีอาการก็ตาม

การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมาได้พบว่า นอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยตัวอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ Becker และคณะ (1974) จึงได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่า มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ดังภาพที่ 1



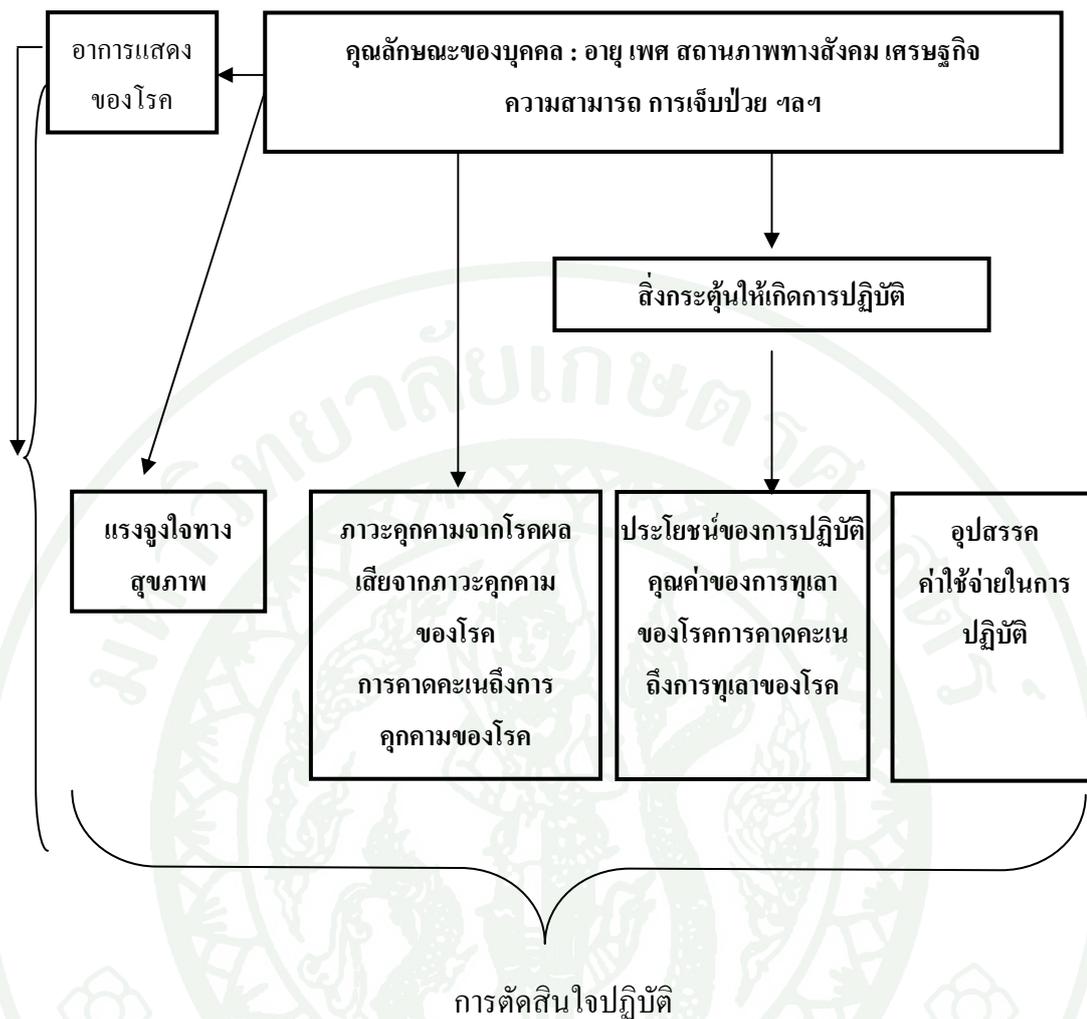
ภาพที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค

ที่มา: Becker (1974)

จากการที่ Kasl and Cobb (1974) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Health-Related behavior) ว่า “พฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมการป้องกันโรค” (Preventive Health Behavior) คือกิจกรรมของบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกที่ยังไม่ปรากฏอาการ “พฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness Behavior) คือ กิจกรรมของบุคคล ที่รู้สึกไม่สบาย โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะแสวงหาการตรวจวินิจฉัย และการเฝ้าระวังรักษาที่เหมาะสม และ “พฤติกรรมของผู้ป่วย” (Sick-Role Behavior) คือ กิจกรรมของบุคคลที่รู้ว่าตนเองป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้น ๆ จากความหมายดังกล่าวทำให้เห็นได้ว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีหลายลักษณะ ซึ่งแตกต่างกันทั้งในระยะที่ยังไม่เจ็บป่วย ในระยะที่รู้สึกไม่สบาย และในระยะที่ป่วยเป็นโรค แล้วจึงได้มีการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเดิมที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค เพื่อให้สามารถนำไปใช้อธิบาย และทำนายพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

Kasl and Cobb ได้ดัดแปลงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับนำไปใช้ทำนายพฤติกรรมเจ็บป่วย โดยได้ให้ความสำคัญกับอาการของการเจ็บป่วย ซึ่งเปรียบเสมือนตัวแทนของสิ่งคุกคามที่เขาประสบอยู่ ในขณะที่เดียวกันอาการของการเจ็บป่วย จะมีส่วนไปกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ หรือการปฏิบัติ ซึ่งเปรียบเสมือนสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติตนเอง ในการอธิบายการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมของบุคคลที่รู้สึกไม่สบายจะเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ 4 ประการ คือ

1. แรงจูงใจด้านสุขภาพที่เกิดจากประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ซึ่งจะแสดงถึงระดับของความสนใจด้านสุขภาพของบุคคล
2. สิ่งคุกคามที่เกิดจากอาการ ได้แก่ อันตรายต่อร่างกายและการรบกวนต่อการทำหน้าที่
3. ประโยชน์หรือคุณค่าของการกระทำที่จะช่วยลดสิ่งคุกคาม
4. อุปสรรคหรือค่าใช้จ่ายของการกระทำนั้นๆ ดังภาพที่ 2 Kirscht (1974)



ภาพที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วย

ที่มา: Kirscht (1974)

ได้ปรับปรุง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเพิ่มปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) และปัจจัย อื่นๆ ที่จัดอยู่ในปัจจัยร่วมและปัจจัยสนับสนุน (Modifying and Enabling Factor) รวมทั้งสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) มาใช้ในการอธิบาย และทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) ดังภาพที่ 3

ความพร้อมที่จะให้ความร่วมมือ

ปัจจัยร่วม

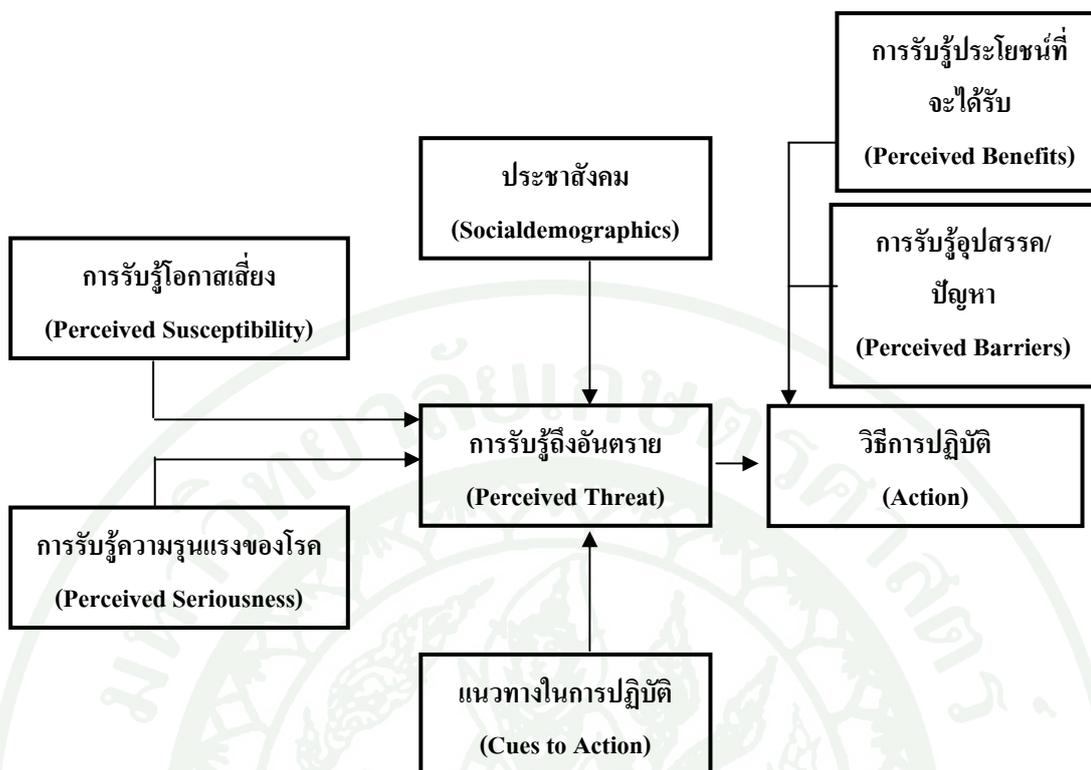
พฤติกรรมความร่วมมือ



ภาพที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย

ที่มา: Becker et al. (1974)

ได้เสนอแนะเพิ่มเติมว่าสำหรับพฤติกรรมการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง (Chronic Illness Behavior) เช่น ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งมีลักษณะแตกต่างไปจากพฤติกรรมป้องกันโรค พฤติกรรมการเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยจึงควรจะมีการพิจารณาปรับเปลี่ยนแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ให้เหมาะสมเพื่อให้สามารถอธิบายพฤติกรรม ดังกล่าวได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากพฤติกรรมการเจ็บป่วยเรื้อรังมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกับพฤติกรรมอื่นๆ ใน 3 ประเด็นที่สำคัญ คือ (1) บุคคลที่ป่วยเรื้อรังจะมีภาวะเสี่ยง (At Risk Status) ปรากฏอยู่ในขณะที่ตัวบุคคลนั้นจะรู้สึกสบายดี ลักษณะดังกล่าวทำให้ พฤติกรรมของผู้เจ็บป่วยเรื้อรังไม่สามารถจัดอยู่ในพฤติกรรมใดโดยเฉพาะ แต่ดูเหมือนว่าจะอยู่ระหว่างพฤติกรรมป้องกันโรค และพฤติกรรม การเจ็บป่วย (2) การที่ผู้ป่วยเรื้อรังจะต้องได้รับการรักษาและปฏิบัติตนตามคำแนะนำในการรักษา เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่างๆ เป็นระยะเวลายาวนาน ดังนั้นการที่บุคคลซึ่งรู้สึกว่าจะสบายดีแต่ต้องมา สวมบทบาทผู้ป่วยในการรับการรักษา รวมทั้งการสนับสนุนจากสังคมและสถาบันต่างๆ จะน้อยมาก เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลที่ผู้ป่วยเป็น โรคเฉียบพลัน ทำให้การอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยเรื้อรัง ในการรักษาสุขภาพจะมีลักษณะ ที่แตกต่างออกไป (3) แพทย์มักจะสั่งการรักษาโดยให้ผู้ป่วยเรื้อรังปรับเปลี่ยนนิสัยบางอย่าง เช่น เลิกสูบบุหรี่ หรือเปลี่ยนบริโภคนิสัย โดยที่แพทย์มักไม่ได้เป็นผู้ใช้ความพยายามในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเรื้อรังปรับเปลี่ยนนิสัย ดังกล่าว ประเด็น 3 ประการ ข้างต้นนี้ ทำให้การอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยเรื้อรังในการมารับการรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนนิสัย หรือการลดกิจกรรมบางอย่างในชีวิต ฯลฯ จำเป็นต้องใช้กรอบแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีลักษณะที่แตกต่างจากการใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันพฤติกรรมเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยดังที่กล่าว มาแล้วตามที่ได้กล่าวถึงพัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แสดงให้เห็นว่า แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกปรับปรุงและพัฒนาเป็นระยะๆ โดยมีการเพิ่มเติมปัจจัยภายนอกอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยภายใน ทั้งนี้เพื่อให้มีความสอดคล้องเหมาะสม และสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งพฤติกรรมป้องกันโรค พฤติกรรมการเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งมีรายละเอียดดัง ภาพที่ 4



ภาพที่ 4 แสดงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ที่มา: จีระศักดิ์ และ เฉลิมพล (2550)

#### องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

กองสุศึกษา (2542) องค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วย มี 6 ประการ คือ

##### 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของปัจเจกบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อหรือการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ระดับการศึกษาของแต่ละบุคคล

สังคม ศาสนา เป็นต้น ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงมีหลักการในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคที่ไม่เหมือนกันด้วย กล่าวคือ ผู้ที่มีระดับการรับรู้สูงต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ย่อมให้ความร่วมมือในการปฏิบัติมากกว่าผู้ที่ไม่รับรู้หรือมีการรับรู้ในระดับต่ำ สำหรับผู้ที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ ควรได้รับการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้นด้วยกลวิธีต่างๆ เช่น โรเซ็นสตัดด์ ได้เสนอวิธีพัฒนาระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไว้ 2 วิธีด้วยกัน คือ วิธีการสอน (Teaching Techniques) และวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior Modification Techniques) จีระศักดิ์ และ เฉลิมพล (2550)

วิธีการสอน เป็นวิธีการที่มีความสำคัญในระดับต้นในการที่จะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ซึ่งวิธีการสอนสามารถทำได้หลายวิธีด้วยกัน เช่น การใช้โสตทัศนูปกรณ์ การใช้อิทธิพลของบุคคล (Personal Influence) และการใช้อิทธิพลของกลุ่ม (Group Influence) มาเป็นส่วนประกอบในการเรียนการสอน ซึ่งโรเซ็นสตัดด์ ได้แบ่งวิธีการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคออกเป็น 3 ระดับด้วยกัน คือ ระดับบุคคล ระดับกลุ่ม ระดับชุมชน

1) ระดับบุคคล (Individual Level) ถือว่าเป็นวิธีการสอนแบบรายบุคคล เพื่อเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค และผลประโยชน์ที่บุคคลจะได้รับจากการมีพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรค นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือของบุคคลมากขึ้น การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการให้สุขศึกษาระดับบุคคล และยังมีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

2) ระดับกลุ่ม (Group Level) เป็นการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโดยการใช้แรงผลักดันทางสังคม เช่น การจัดให้มีการอภิปรายโต้แย้ง (Debate) และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ภายในกลุ่ม (Group Discussion)

3) ระดับชุมชน (Community Level) เป็นการเปลี่ยนแปลง ลักษณะความเชื่อด้านสังคม และสิ่งแวดล้อมในทิศทางที่จะเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และพฤติกรรมของบุคคล โดยให้แต่ละบุคคลในสังคมฝึกหัดตนเองในการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค โดยการคัดแปลงสิ่งแวดล้อมและสังคมให้เอื้ออำนวยต่อการเพิ่มพฤติกรรมที่พึงปรารถนา ซึ่งเป็นวิธีการ

ปรับพฤติกรรมที่มีประโยชน์ และกระตุ้นให้บุคคลที่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ แต่ไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง เช่น การรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ การเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น โดยให้บุคคลในสังคมมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว และให้เขามองเห็นความสำคัญของตนเองที่มีต่อสังคมด้วย

## 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2542)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived Threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

## 3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย (Perceived benefits and Costs)

เมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อ โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนแล้วยังรวมถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย การเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วย บุคคลจะทำการประเมินค่าใช้จ่ายแล้วนำไปสัมพันธ์กับทรัพยากรที่มีอยู่ หรือ ที่จะหามาได้ตลอดจนประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ แม้บุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามเหล่านั้น โดยการแสวงหาการป้องกันหรือรักษาโรค ดังกล่าว แต่การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้น จะเป็นผลจากความเชื่อว่าวิธีการนั้นๆ เป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่สุดจะทำให้ไม่ป่วยเป็นโรค หรือหายจากโรคนั้น ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นข้อเสีย หรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกัน และรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ

#### 4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers)

การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อปัญหาหรืออุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งอาจได้แก่ปัญหาด้านค่าใช้จ่ายผลที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษ ที่อาจทำให้เกิดความเจ็บปวด ไม่สุขสบาย การมารับบริการ ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยบางอย่าง อาจขัดกับอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวันการบริการของเจ้าหน้าที่ซึ่งปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวอาจเป็นผลอันจะก่อให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัย กล่าวคือ ในการที่บุคคลจะตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน หรือมีพฤติกรรมต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยนั้น เขาจะต้องประเมินถึงประโยชน์ที่จะได้รับอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นในการปฏิบัติ หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของพวกเขา ดังนั้นการรับรู้ต่ออุปสรรคจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรม การป้องกัน โรคและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาได้

#### 5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)

แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสนใจ และความห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ (Interested in and Concern About Health Matters) ความปรารถนาที่จะดำรงรักษาสุขภาพ และการหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย แรงจูงใจนี้อาจเกิดจากความสนใจสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคล หรือเกิดจากการกระตุ้นของความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติ รวมทั้งสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของแพทย์ ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้ กองสุขศึกษา (2542)

แรงจูงใจสามารถวัดได้จากความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไป ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่างๆ มีรายงานการวิจัยที่พบว่ามารดาของเด็กป่วยที่มีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไปของบุตร เช่น มีความวิตกกังวล เกี่ยวกับสุขภาพของบุตร การจัดหาให้บุตรได้รับประทานวิตามิน การมีเทอร์โมมิเตอร์ไว้สำหรับวัดอุณหภูมิร่างกายของบุตรมารดาเหล่านี้จะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เป็นอย่างดี และการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์จะมีการปฏิบัติในการรับปรึกษา การมาพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอกว่ากลุ่มที่ไม่มีเจตจำนงตั้งใจในเรื่องดังกล่าว Becker (1974)

## 6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors)

ปัจจัยร่วม นับเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วยตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ของบุคคล ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความซับซ้อน และผลข้างเคียง ของการรักษา ลักษณะของความยากง่ายของการปฏิบัติตามการให้บริการ ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น ชนิด คุณภาพ ความต่อเนื่อง และความสม่ำเสมอของความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ และตัวแปรด้านสนับสนุน (กล่าวในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับพฤติกรรมของผู้ป่วย) หรือสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action กล่าวในแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพสำหรับพฤติกรรมป้องกันโรค) ได้แก่ สิ่งกระตุ้น (Trigger) ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ตัวแปรเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่อยู่ในตัวบุคคล เช่น อาการไม่สุขสบาย เจ็บปวด อ่อนเพลีย ที่เกิดขึ้น ในตัวบุคคลนั่นเอง หรือเป็นสิ่งที่ภายในตัวบุคคล เช่น อาการไม่สุขสบาย เจ็บปวด อ่อนเพลียที่เกิดขึ้น ในตัวบุคคลนั่นเอง หรือเป็นสิ่งที่ภายนอกที่มากระตุ้น เช่น การรณรงค์ หรือข่าวสารจากสื่อมวลชน คำแนะนำที่ได้จากเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้อื่น แหล่งหรือผู้ให้คำแนะนำ บัตรนัดหรือไปรษณียบัตรเตือน การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว แรงกดดันหรือแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ หรือตัวกระตุ้น จะต้องเกิดขึ้นสอดคล้องเหมาะสมกับพฤติกรรมระดับความเข้มของสิ่งกระตุ้นที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม แตกต่างกันไปตามระดับความพร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรม คือถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจน้อย จำเป็นต้องอาศัยสิ่งชักนำมาก แต่ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจสูงอยู่แล้วจะต้องการสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยสรุปได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคล ในการที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และการรักษาโรคว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรครับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้นนอกจากนี้ แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้าง ปฏิสัมพันธ์ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ นับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติสุขภาพของบุคคลนั้นๆ ด้วย ดังตารางที่ 1

### ตารางที่ 1 แสดงแนวทางในการปฏิบัติตามทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

เนื้อหา (Concepts)	ความหมาย (Definition)	แนวทางปฏิบัติ (Application)
การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility)	จะต้องมีโอกาสรับรู้ถึงภาวะเสี่ยง ต่อโรคนั้นๆ	ศึกษาประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงระดับ ความเสี่ยง : ความเสี่ยงของบุคคลโดย ยึดตามมาตรฐานบุคลิกลักษณะ หรือ พฤติกรรม ของบุคคลที่แสดงออกใน การรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการเป็น โรค
การรับรู้ถึงความรุนแรงของ โรค (Perceived Seriousness)	จะต้องรับรู้ถึงความรุนแรงและผลที่ จะได้รับจากการเป็น โรคนั้นๆ	ระบุผลของการเป็น โรคตลอดจน เงื่อนไขต่างๆ ที่จะได้รับจากการ เป็น โรค
การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ (Perceived Benefits)	จะต้องรับรู้ถึงผลประโยชน์และ ประสิทธิผลในการปฏิบัติ เพื่อ ป้องกันและรักษาเกี่ยวกับ โรคนั้นๆ	หาวิธีการปฏิบัติว่าควรทำอย่างไร ทำเมื่อไหร่ ทำที่ไหน และประสิทธิผล ที่คาดว่าจะได้รับ
การรับรู้ถึงอุปสรรค/ปัญหา (Perceived Barriers)	จะต้องรับรู้ถึงอุปสรรคตลอดจน ปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการ ปฏิบัติ	วิเคราะห์ถึงปัญหา/อุปสรรคที่เกิดขึ้น และคาดว่าจะเกิดขึ้นเพื่อหาแนวทางใน การแก้ไขและลดการเกิดปัญหา ตลอดจนวิธีการให้ความช่วยเหลือ
แนวทางในการปฏิบัติ (Cues to Action)	แนวทางในการปฏิบัติ เพื่อ หลีกเลี่ยงจากการเป็น โรคจะขึ้นอยู่กับ การรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงและความ รุนแรงของโรค	มีขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง ชัดเจน เกี่ยวกับการป้องกัน การรักษา ตลอดจนการแก้ไขปัญหาต่างแก่ทุกคน ที่เกี่ยวข้อง
ความสามารถในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ ตนเอง(Self-Efficacy)	ผู้ปฏิบัติมีความมั่นใจในการปฏิบัติ ตามขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติที่ ถูกต้องเหมาะสม เพื่อเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพของตนเอง	มีการให้ความรู้ การฝึกอบรม การให้ สุขศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองเพื่อ สุขภาพที่ดีขึ้น เพื่อก่อให้เกิดความ เชื่อมั่นในการปฏิบัติดังกล่าวได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

ที่มา: จิระศักดิ์ และ เฉลิมพล (2550)

กองสุศึกษา (2542) ตามที่ได้กล่าวมาแล้วว่า การปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันโรค หรือ การให้ความร่วมมือ ในการรักษาโรค หรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพ แรงจูงใจ และ ปัจจัยร่วมที่ชักนำ หรือ สนับสนุน ให้เกิดการปฏิบัติ ดังนั้นการจัดโครงการสาธารณสุขสำหรับ ประชาชน หรือผู้ป่วยที่มุ่งให้บุคคลมีพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้องนั้น จำเป็นต้องมีการสำรวจ หรือ ตรวจสอบความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอยู่เดิม ของบุคคลก่อน ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของ การเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่มีส่วน กระตุ้นการปฏิบัติของบุคคล หลังจากนั้นจึงจัด โปรแกรมสุศึกษาที่มีเนื้อหาและกระบวนการมุ่งส่งเสริม บุคคลให้มีความเชื่อต่อ โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อประโยชน์ที่จะได้รับ จากการปฏิบัติตามคำแนะนำร่วมกับการปรับปรุงรูปแบบของ โครงการสาธารณสุขนั้น ๆ ให้มีความ สะดวก ลดขั้นตอนที่ยุ่งยาก หลีกเลี่ยงการทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกกลัวอาย หรือต้องเสีย ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ มากเกินไป การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจต่อบริการและการเลือกสิ่งชักนำที่จะเป็นตัวกระตุ้น ให้บุคคลมีการปฏิบัติ พฤติกรรม สุขภาพที่ดีขึ้น เช่น แรงสนับสนุนจากญาติหรือกลุ่มเพื่อน การทำข้อตกลงระหว่าง ผู้รับบริการกับเจ้าหน้าที่ (Patient Provider Contract) การให้บัตรนัด การส่งไปรษณียบัตรเตือน ฯลฯ ซึ่งได้มีการนำแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้การศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง เป็นจำนวนมากที่ให้ผลสนับสนุนว่าการจัดรูปแบบ โครงการส่งเสริมสุขภาพหรือโปรแกรมสุ ศึกษิตามกรอบแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถส่งเสริมให้ประชาชนหรือผู้ป่วย มีพฤติกรรมในการป้องกันโรค หรือร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรคได้ดียิ่งขึ้น

นอกจากนี้ยังมีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปศึกษากับพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมการรักษาโรคต่าง ๆ อีกเป็นจำนวนมาก เช่น พฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูก พฤติกรรมการป้องกันกามโรค โรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการปฏิบัติในการรักษาโรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่ให้ผลสนับสนุนตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพตามที่ได้กล่าวมาแล้ว

## ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory)

กongsuxศึกษา (2542) นักจิตวิทยาทางสังคมได้ทำการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการเรียนรู้ทางสังคมมาเป็นเวลานาน และได้ขยายขอบเขตการศึกษาให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น เนื้อหาที่มีความแตกต่างกันไปบ้างการศึกษาเกี่ยวกับปฏิริยาสังสรรค์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ผู้ซึ่งได้ศึกษาค้นคว้าในรายละเอียดเรื่องนี้ คือ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) เป็นนักจิตวิทยาชาวอเมริกัน และเป็นศาสตราจารย์ทางสังคมศาสตร์ที่มหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด เขาศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ตามแนวทางทฤษฎีของสกินเนอร์ (B.F.Skinner) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเริ่มแรกของการศึกษา เขาสนใจศึกษาเรื่องของตัวแบบ (Modeling) ในปี 1974 เขาได้รับเลือกเป็นประธานสมาคมจิตวิทยาแห่งอเมริกา

### แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎี

ทฤษฎีพื้นฐานแนวความคิดเกี่ยวกับความสามารถของตัวเองผู้ที่ได้พัฒนาและทดสอบทฤษฎีนี้คือ แบนดูราเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ แนวความคิดของคำว่า “Self-Efficacy” คือ ความสามารถของตัวเองมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ทฤษฎีนี้ได้นำมาใช้กันแพร่หลายทางด้านจิตวิทยา สังคม การศึกษา และทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพในโรงพยาบาลในการจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้ความสามารถของตัวเอง และทักษะการเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้การปฏิบัติให้กับตัวเอง ดังคำกล่าวของแบนดูราว่า กระบวนการเรียนรู้ของมนุษย์เป็นกระบวนการสลับซับซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของพฤติกรรม

แบนดูรา ได้รายงานถึงความเชื่อของบุคคลในเรื่องความสามารถที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยความสามารถของตัวเอง ทฤษฎีของ Bandura’s Self-Efficacy ได้เสนอแนะให้บุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตัวเอง ดังนั้น Self-Efficacy จึงมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติงานเฉพาะอย่างได้ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญที่จะเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่ทราบว่าต้องทำอะไร (Knowing What to Do) กับสิ่งที่จะต้องปฏิบัติจริง ๆ (Actually Doing It)

ทฤษฎีพื้นฐานแนวความคิดเกี่ยวกับความสามารถของตัวเอง แบนดูรา เชื่อว่า การศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไข และสิ่งเร้าของพฤติกรรม ซึ่งเน้นการเสริมแรงโดยเงื่อนไขนั้น ๆ ให้คงอยู่ แบนดูราเชื่อว่า การศึกษาพฤติกรรมของบุคคลในปัจจุบันควรลดความสำคัญของการควบคุมภายใน แต่คงศึกษาถึงตัวควบคุมภายนอกด้วยตัวเสริมแรงต่าง ๆ การมีปฏิริยาสัมพันธ์ของพฤติกรรมอาจจะอธิบายได้ว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่าง 3 องค์ประกอบ คือ

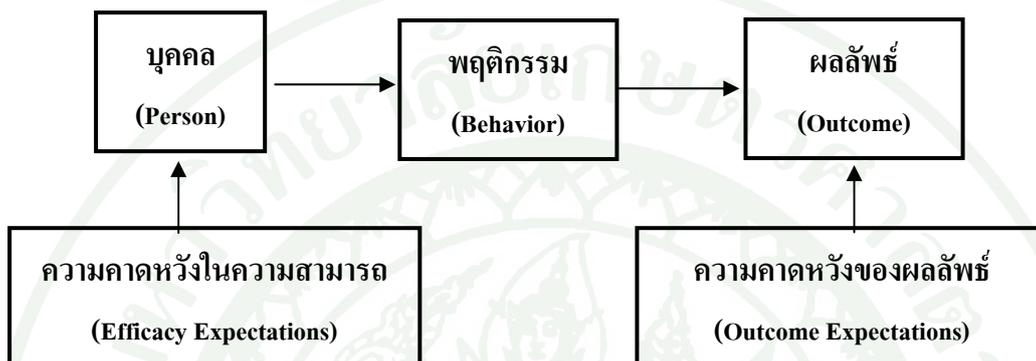
1. พฤติกรรมเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง
2. บุคคล เช่น ผู้ป่วย
3. สิ่งแวดล้อม

จะเห็นได้ว่าแนวคิดของ แบนดูรา มองพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมไม่แยกจากกัน แบนดูราเชื่อว่ามนุษย์มักจะใช้สภาพเงื่อนไขของสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของบุคคลจะมีส่วนในการตัดสินใจในการปฏิบัติครั้งต่อไป พฤติกรรมของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใดขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ที่ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อมจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นในบุคคล เช่น ความคิด อารมณ์ ความคาดหวัง การศึกษาพฤติกรรมของบุคคลนั้น จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไขและสิ่งเร้าที่มีต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งสิ่งเร้าเหล่านี้จะเป็นตัวเสริมแรงที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

จากแนวคิดข้างต้น แบนดูรา ได้พัฒนาและทดสอบทฤษฎีใหม่ขึ้นมา เรียกว่า Self-Efficacy Theory หรือทฤษฎีความสามารถของตัวเอง สมมุติฐานของทฤษฎี คือ ถ้าบุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตาม ดังกล่าว

ทฤษฎีโครงสร้างที่สำคัญมีดังนี้

Bandura ได้ประมวลบทบาทของ Self-Efficacy ในโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งมีโครงสร้างดังต่อไปนี้

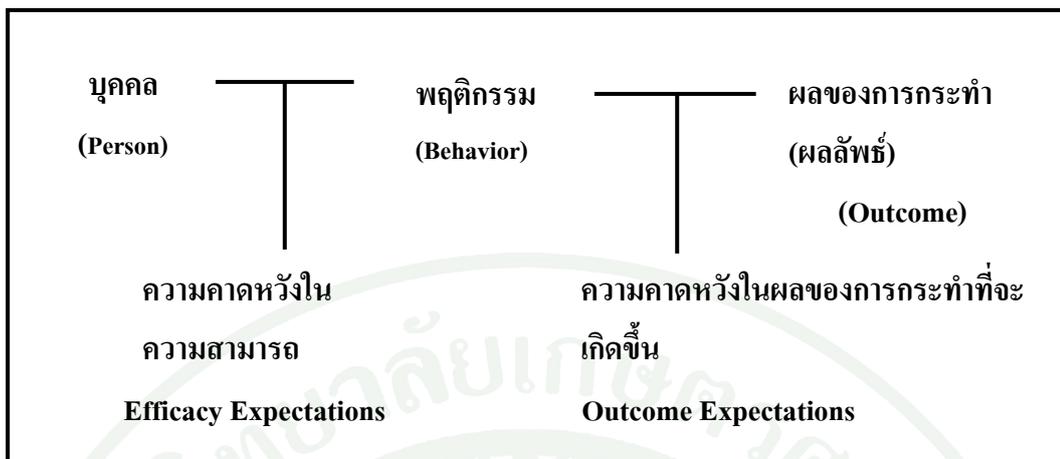


ภาพที่ 5 แนวทางในการปฏิบัติตามทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ตามโครงสร้างของทฤษฎี แสดงให้เห็นว่า ส่วนประกอบที่สำคัญของทฤษฎี คือ

1. ความคาดหวังในความสามารถ (Efficacy Expectations) แบนดูราให้ความหมาย ความคาดหวังในความสามารถว่า เป็นความเชื่อของผู้ป่วยที่ว่า ตนสามารถทำพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ กำหนดไว้ได้ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ
2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectations) หมายถึง การที่ผู้ป่วยจะประมาณค่า ถึงพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่จะปฏิบัติ จะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง

จีระศักดิ์ และ เณลิมพล (2550) ดังนั้นความคาดหวังทั้ง 2 ประการ จึงมีความสัมพันธ์กัน ดังแสดงใน ภาพที่ 6



ภาพที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ที่ต่างกันระหว่าง ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองและ ความคาดหวังเกี่ยวกับผลกรรมที่จะเกิดขึ้น

ที่มา: Bandura (1977)

ความคาดหวังเกี่ยวกับผลกรรมที่จะเกิดขึ้น

		สูง	ต่ำ
ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ภาพที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง และความคาดหวังเกี่ยวกับผลกรรมที่จะเกิดขึ้นต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรม ของบุคคล

ที่มา: Bandura (1977)

จากภาพที่ 7 จะเห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง กับความสามารถของตนเองสูงจะมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลกรรมที่จะเกิดขึ้นสูงเช่นเดียวกัน บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน

ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำ จะมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลกรรมที่จะเกิดขึ้น ต่ำ ด้วยหรือความคาดหวังส่วนใดส่วนหนึ่งเป็นไปในทางตรงกันข้าม บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้น Bandura (1977)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง

Bandura (1977) กล่าวว่า ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลพัฒนามาจากปัจจัยหลัก 4 ปัจจัย ดังนี้

1. Performance Accomplishment หมายถึง ความสามารถจากการกระทำเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลมากที่สุด เนื่องจากความสำเร็จจากการกระทำนั้นเป็นประสบการณ์ที่บุคคลได้รับโดยตรง การที่บุคคลทำงานแล้วประสบความสำเร็จซ้ำ ๆ กันหลาย ๆ ครั้ง จะทำให้บุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้นแม้ว่าบางครั้งงานนั้นจะเกิดความล้มเหลวบ้างก็ตาม แต่ก็จะไม่ล้มเหลวมากนักเพราะบุคคลมองว่า การที่เขาประสบความสำเร็จนั้นมาจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความพยายามไม่พอ หรือใช้วิธีการทำงานที่ไม่เหมาะสมมากกว่าที่จะบอกว่าเขาไม่มีความสามารถและบุคคลจะใช้ความล้มเหลวเป็นบทเรียนให้ตนใช้ความพยายามในการทำงานให้มากขึ้น ส่วนบุคคลที่ทำงานแล้วประสบความสำเร็จเสมอ ๆ จะส่งผลให้บุคคลประเมินความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำลง

2. Vicarious Experience หมายถึง การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นประสบความสำเร็จ ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลนั้น ส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลมาจากการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น ประสบความสำเร็จจากการทำพฤติกรรม การที่บุคคลได้เห็นผู้อื่นกระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน แล้วประสบความสำเร็จก็จะทำให้บุคคลรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นได้ หากแต่บุคคลจะต้องมีความสามารถในการกระทำกิจกรรมนั้นได้อยู่ก่อนแล้ว เมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น บุคคลจะบอกกับตนเองได้ว่า ถ้าผู้อื่นสามารถทำงานแล้ว ประสบความสำเร็จได้ เขาจะต้องสามารถทำงานนั้นได้เช่นเดียวกัน ถ้ามีความตั้งใจและมีความพยายาม

3. Verbs Persuasion หมายถึง การที่ผู้อื่นใช้ความพยายามในการพูดกับบุคคลเพื่อให้เขาเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้ประสบความสำเร็จได้ การได้รับการเกลี้ยกล่อมจากผู้อื่นจะมีส่วนช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความพยายามกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จ มีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น แต่ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับบุคคลที่พูดเกลี้ยกล่อมให้ความเชื่อถือ ไว้วางใจและมีความสำคัญต่อตัวเขา เช่น พ่อ แม่ ครู เพื่อน

4. Emotional Arousal หมายถึง สภาวะทางสรีรวิทยา การที่ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลจะสูงหรือต่ำ ส่วนหนึ่งจะขึ้นอยู่กับสภาวะทางสรีรวิทยาของเขาเอง เช่น ในสภาวะที่ร่างกายเกิดความตื่นตัว เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ตื่นเต้น มีอาการอ่อนเพลีย เมื่อยล้า หรือเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ถูกดู ว่ากล่าวตักเตือน หรือในสภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นมาก ๆ มักจะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมได้ไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งจะทำให้บุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถตัวเองต่ำ

Bandura (1977) ได้เสนอลักษณะความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลเป็น 3 มิติ คือ

มิติที่ 1 เกี่ยวกับปริมาณของความคาดหวัง (Magnitude) ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลในการกระทำพฤติกรรมหนึ่ง หรือบุคคลเดียวกันจะแตกต่างกันในพฤติกรรมที่แสดงออกมาในความยากง่าย เป็นการคาดหวังของบุคคลว่าตนจะทำงานสำเร็จถึงระดับไหน

มิติที่ 2 เกี่ยวกับการนำไปใช้ (Generality) ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่น ซึ่งประสบการณ์การปฏิบัติงานบางอย่างก่อให้เกิดความสามารถในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่นที่คล้ายกันแต่ในปริมาณที่แตกต่างกันได้ประสบการณ์บางอย่างไม่อาจนำความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นได้

มิติที่ 3 เกี่ยวกับความเข้มหรือความมั่นใจ (Strength) ถ้าความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนมีความเข้มน้อย บุคคลจะไม่มั่นใจในความสามารถของตน เมื่อประสบการณ์ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังจะทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองลดลง ตรงกันข้ามถ้าความเข้มหรือความมั่นใจมากบุคคลจะมีความบากบั่น มานะ พยายาม แม้ว่าจะประสบเหตุการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความคาดหวังบ้างก็ตาม

#### การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตัวเอง

กองสุขศึกษา (2542) ได้มีผู้นำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในด้านสุขภาพ และสุขศึกษา เพื่อช่วยให้ประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาโรค โดยการเพิ่มความต้องการของบุคคลในการเพิ่มความสามารถของตัวเองที่จะปฏิบัติในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ เช่น ประยุกต์ใช้ใน โปรแกรมงดสูบบุหรี่ การลดความอ้วน การออกกำลังกาย การคุมกำเนิด การงดดื่มสุรา การเลิกยาเสพติด ความสามารถในการควบคุมความเจ็บปวดในการดูแลตัวเองใน โรคเรื้อรัง

จากผลการวิจัยการนำ Self-Efficacy มาใช้ในการแก้ปัญหาโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ ผู้เชี่ยวชาญได้เตือนนักสูบบุหรี่ทั้งหลายว่า อย่าเพิ่งถอดใจในความพยายามที่จะงดสูบบุหรี่ เขาได้เสนอแนะว่าสภาพการเช่นนี้ นักสูบบุหรี่ยังขาดทักษะที่จำเป็นในการงดสูบบุหรี่ จึงทำให้เขาไม่อาจงดสูบบุหรี่ได้ แต่ละคนจึงควรมีความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้ (สามารถงดสูบบุหรี่ได้) ความรู้สึกลักษณะนี้จะต้องมีก่อนหรือสร้างให้มีก่อนที่จะใช้ความพยายามที่จะทำกิจกรรม ทฤษฎี Self-Efficacy จึงได้เสนอแนะให้บุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตัวเอง Self-Efficacy ซึ่งมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติงานเฉพาะอย่าง (งดสูบบุหรี่) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังที่เบนดูราได้กล่าวว่า

1. บุคคลจะเลือกพฤติกรรมและสภาพการบางอย่าง ซึ่งบุคคลมักจะหลีกเลี่ยง หรือพยายามที่จะทำหรือไม่อยากทำ เช่น ความพยายามที่จะงดสูบบุหรี่ งดดื่มกาแฟ งดดื่มสุรา การงดอาหารลดความอ้วน การออกกำลังกาย พฤติกรรมที่ขัดต่อความเคยชิน ความชอบความพอใจ มักจะเปลี่ยนแปลงไม่อยากทำ

2. ความพยายามบางอย่างที่จะปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ จะต้องมีการวางแผนการแห่งความพยายาม อาจจะต้องใช้ความพยายาม ใช้แรงงาน เพื่อให้สามารถทำได้เลิกพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ เช่น งดสูบบุหรี่ งดยาเสพติด เป็นต้น

3. บุคคลจะต้องใช้เวลาในการปฏิบัติต่อสิ่งนั้น ๆ เป็นเวลานาน ให้ติดต่อกันไป มีความสม่ำเสมอ บางครั้งอาจเกิดความเบื่อหน่าย เช่น การจะต้องออกกำลังกายให้สม่ำเสมอติดต่อกันไป

4. ด้านอารมณ์ Self-Efficacy มีผลกระทบต่ออารมณ์ของบุคคล บุคคลอาจเผชิญกับความวิตกกังวล ความกดดัน ความเครียด อารมณ์ไม่ดี ซึ่งก่อความให้เกิดความล้มเหลว ในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ให้ตลอดไป

ดังนั้น คนที่มี Self - Efficacy ต่ำในการปฏิบัติงานเฉพาะอย่าง จึงเป็นอุปสรรค หรือ ทำลายความสามารถของบุคคลในการทำงานให้ประสบความสำเร็จ หรือทำให้ขาดความสนใจที่จะติดตามงานที่รับผิดชอบอยู่ ทำให้งานไม่ประสบความสำเร็จหรือประสบความสำเร็จได้ แต่ไม่ได้ผลดี ดังนั้น การให้บุคคลมีความรู้สึกว่าจะทำงานอะไร จะต้องสร้างให้เกิดความรู้สึกว่า สามารถจะทำได้และทำได้เป็นอย่างดีซึ่งไม่ใช่จะเป็นเรื่องของการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่จะทำเท่านั้น แต่บุคคลจะต้องทราบว่าจะทำอะไร ทำอย่างไร หมายถึง การมีทักษะมีความรู้ในเรื่องนั้น และข้อสำคัญ ต้องมีความรู้สึกมีความต้องการที่จะทำพฤติกรรมนั้น ๆ เช่น มีความรู้สึกว่าการงดอาหารพวกแป้ง และการได้ออกกำลังกายสามารถช่วยลดความอ้วน ลดน้ำหนักได้ แค่นี้ไม่เพียงพอ บุคคลนั้นจะต้องมีทักษะในการคำนวณคุณค่าอาหาร จำนวนแคลอรีที่จะกินในแต่ละวัน รูปแบบของการออกกำลังกายที่ถูกต้องกับบุคคลมีกำลังใจที่จะปฏิบัติ กำหนดเวลาที่จะทำ เมื่อบุคคลมีความเชื่อถึงคุณค่าและประโยชน์ของการปฏิบัติ ที่จะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง รูปร่างสวยงาม และสามารถป้องกันโรคได้ ดังนั้น โปรแกรมสุขศึกษาที่นำ Self-Efficacy มาใช้จึงต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ต้องรวบรวมความรู้ที่จะทำ What to Do และมีทักษะที่จะทำ Skill to Do ที่เหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการที่จะนำไปปฏิบัติตลอดจนแรงจูงใจที่จะทำ

### ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

ซูปรียา (2548) เป็นความจริงที่ว่าคนเราเกิดมาแล้วไม่ได้อยู่คนเดียวในสังคม ต้องมีการติดต่อพบปะกับบุคคลอื่นเสมอบางคนอาจจะใกล้ชิดกันมาก บางคนอาจจะใกล้ชิดกันน้อย การติดต่อกันทำให้รู้จักกัน ทำให้เกิดความสัมพันธ์กับคนอื่นหลายคน จนกลายเป็นเครือข่ายทางสังคม (Social Network) ขึ้น เครือข่ายทางสังคม เป็นเครือข่ายโยงใยที่แสดงให้เห็นว่าคนนั้นมีการติดต่อสัมพันธ์กับใครบ้าง เช่น กับคนในครอบครัวและญาติ เป็นต้น จากคนใกล้ชิดด้วยยวงกว้างออกไปถึงเพื่อนบ้าน เพื่อนที่เรียนหนังสือด้วยกัน เพื่อนร่วมงาน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสมาชิกชุมชน หรือสมาคมต่าง ๆ เป็นต้น

การได้ติดต่อกัน และการได้สื่อสารกันทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร สร้างความสนิทสนมคุ้นเคยทำให้มีโอกาสเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือกัน บางครั้งบุคคลหนึ่งอาจจะเป็นฝ่ายให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น แต่บางครั้งอาจจะเป็นผู้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นด้วยการสนับสนุนเกื้อกูลกันทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม มีพื้นฐานมาจากการศึกษาทางด้านสังคมและจิตวิทยา ซึ่งในช่วงเวลาที่ผ่านมามีการศึกษาถึงผลกระทบของแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ รวมทั้งต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย ซึ่งถ้าแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้คนมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพก็จะทำให้สุขภาพของบุคคลนั้นหรือกลุ่มนั้นดีไปด้วย

ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

คำว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีผู้ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

Cobb (1976) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ค่อนข้างกว้าง โดยกล่าวว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่ามิบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Norbeck( 1982) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้บุคคลมีความเครียดลดลงจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เรียนรู้วิธีการเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลง สามารถป้องกันการเกิดโรค และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล

Thoits (1982) ให้ความหมายว่า เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ และข้อมูล ซึ่งเกิดจากมีการติดต่อกับบุคคลอื่น โดยการช่วยเหลือนี้จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียด และการตอบสนองต่อความเครียด ได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

สรุปแล้วแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากการปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นในสังคม การช่วยเหลือมีอยู่หลายประเภท เช่น ข้อมูลข่าวสาร เงิน และแรงงาน เป็นต้น แรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย บุคคล 2 ฝ่าย คือ ฝ่ายผู้ให้ เช่น บิดา มารดา และครู กับฝ่ายผู้รับ เช่น บุตร หรือ นักเรียน ได้รับคำแนะนำตักเตือนจากบุคคลดังกล่าว เป็นต้น

#### แหล่งแรงสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาของแคปแลน และคณะ พบว่าคนที่ขาดการติดต่อกับคนในสังคม จะทำให้เกิดโรคสังคมแตกแยก (Social Breakdown Syndrome) คือ เป็นอาการที่ไม่เป็นตัวของตัวเอง ตัดสินใจไม่ได้ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และไม่สามารถดูแลตัวเองได้ และในการตรงกันข้ามคนเราอยู่ในสังคม เมื่อประสบปัญหาหมักจะได้รับความช่วยเหลือ และการสนับสนุนจากบุคคลในเครือข่ายของบุคคลนั้นๆ ซึ่งจะทำให้ความคาดหวังของแต่ละคนเป็นจริง แรงสนับสนุนทางสังคมจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ได้จำแนกบุคคลที่เป็นแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 กลุ่ม ตามลักษณะความสัมพันธ์ คือ

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาท การทำงาน หรือวิชาชีพ ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติ หรือเพื่อนฝูง

2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่น โดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ ซึ่งจะมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจง ประเภทใดประเภทหนึ่งเป็นส่วนมาก เช่น แพทย์ พยาบาล/ทีมสุขภาพ เป็นต้น

Pender ( 1987) แบ่งแหล่งของแรงสนับสนุนทางสนับสนุนทางสังคมออกเป็น

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Natural Support Systems) ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ เช่น บิดา และมารดา คอยดูแลช่วยเหลือบุตรให้กำลังใจและให้คำแนะนำแก่บุตรหรือสมาชิกของครอบครัว

2. กลุ่มเพื่อน (Peer Support Systems) คนกลุ่มนี้ส่วนมากเคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบที่รุนแรงในชีวิตประสบความสำเร็จในการปรับตัว และมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้คนกลุ่มนี้มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกิดขึ้นในตนเอง จึงสามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาในส่วนที่คล้ายคลึงกับประสบการณ์ที่เขาเคยประสบมากับเพื่อนได้

3. กลุ่มองค์กรทางศาสนา (Organized Religious Support Systems) เป็นกลุ่มองค์กรที่มีการพบปะกันในสถานที่ทางกลุ่มศาสนาจัดไว้ เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลในศาสนาอื่นๆ

4. กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ หรือการให้ความช่วยเหลือขององค์กรทางวิชาชีพ (Organized Support Systems of Care Giving or Helping Professional) ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ช่วยที่มีทักษะ และการบริการที่เฉพาะเจาะจงที่ให้แก่ผู้รับบริการ บุคคลจะแสวงหา กลุ่มสนับสนุนทางสังคมกลุ่มนี้ ก็ต่อเมื่อได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และเพื่อนไม่เพียงพอ หรือแรงสนับสนุนนั้นไม่ได้ผล กลุ่มบุคคลในวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ และพยาบาล จะเข้ามาให้การช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนนี้ได้

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized Support Groups Not Directed by Health Professional) ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัคร และกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือบุคคลที่ไม่สามารถจะจัดหาบริการให้แก่ตนเองได้ ส่วนกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่มบุคคลที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิก

หรือส่งเสริม การปรับตัวไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงชีวิต ความเป็นอยู่ เช่น กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพ  
เรื้อรัง กลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต หรือกลุ่มบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีเหมือนกัน

### ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

การช่วยเหลือเกื้อกูลแก่กันและกัน หรือการให้แรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นอยู่ในแต่ละ  
สังคมนั้นมีหลายอย่าง ซึ่งถ้าจัดเป็นประเภทก็จะสามารถแบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมได้หลาย  
ประเภท

ได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ชนิด คือ

1. ความผูกพันและรักใคร่สนิทสนมเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากความใกล้ชิด ซึ่งจะทำให้  
บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่รัก และได้รับความเอาใจใส่ดูแลเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ  
ซึ่งมักจะได้รับความจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส ญาติพี่น้อง สมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ถ้าบุคคล  
ขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้
2. การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีโอกาสเข้าร่วมใน  
กิจกรรมของสังคม ทำให้มีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ทั้งในด้านความคิด กำลังทรัพย์  
และกำลังบุคคลตามโอกาสอันสมควร รวมทั้งทำให้เกิดความหวังซึ่งกันและกัน ถ้าบุคคลขาดแรง  
สนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคม รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดเพื่อน ขาดที่ปรึกษา  
เป็นผลทำให้บุคคลขาดกำลังใจ สิ้นหวังและรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิตอยู่
3. การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อื่น หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูหรือ  
ช่วยเหลือบุคคลอื่น แล้วทำให้ตัวเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึ่งพาได้  
ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจ และรู้สึกชีวิตนี้ไร้ค่า
4. การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับ ยกย่อง และ  
ชื่นชมจากสถาบันครอบครัวหรือเพื่อน ที่บุคคลนั้นสามารถแสดงบทบาททางสังคม ซึ่งอาจจะเป็น  
บทบาทในครอบครัว หรือในอาชีพ ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้ความเชื่อมั่นหรือ  
ความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง

5. ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี แรงสนับสนุนนี้เป็นความช่วยเหลือห่วงใยซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลขาดความมั่นคง และถูกทอดทิ้ง

6. การได้รับการชี้แนะ หมายถึง การได้รับความจริงใจในการช่วยเหลือทางอารมณ์ และชี้แนะข้อมูลข่าวสารจากบุคคลที่ตนศรัทธา และเชื่อมั่น เมื่อเกิดความเครียดหรือภาวะวิกฤต เพื่อผ่อนคลายภาวะตึงเครียดที่กำลังประสบอยู่ ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง

แรงสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่องเห็นคุณค่าความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย และการรับฟัง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ
2. แรงสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือข้อมูลที่น่าไปใช้ประเมินตนเอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเปรียบเทียบกับสังคม
3. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้
4. แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้เงิน การให้แรงงาน การให้เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการให้บริการด้วย

Pender (1987) ได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนการมีส่วนร่วม ซึ่งอาจเป็นการช่วยในสถานะซึมเศร้า

2. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดความเข้าใจว่าควรทำอะไร จึงจะมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

3. การช่วยเหลือด้านทรัพยากร (Instrumental Aid) เป็นการให้ความช่วยเหลือในเรื่องงาน เช่น ช่วยเตรียมอาหาร หรือช่วยดูแลบุตรให้ เพื่อให้มารดาได้มีเวลาในการทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ

4. การยอมรับ (Affirmation) การยอมรับช่วยให้บุคคลแต่ละคนเข้าใจภาวะและศักยภาพที่เป็นจริงของตนเอง

แรงสนับสนุนทางสังคมนับเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ที่สามารถสนับสนุนชักจูง หรือเอื้ออำนวยให้บุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนเกิดการปฏิบัติตัว หรือมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำหรือแรงสนับสนุนของผู้ให้ จึงน่าจะนำมาประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุข โดยเฉพาะงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพของประชาชนได้เป็นอย่างดี ซึ่งปกติสังคมไทยมีการเกื้อกูลต่อกันมาเป็นเวลาช้านานแล้ว

ถ้าจะนำแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในกิจกรรมการสร้างเสริม หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพของประชาชนน่าจะต้อง

1. คัดเลือกหาบุคคลที่จะเป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งอาจจะถามจากกลุ่มเป้าหมายก็ได้ ว่าบุคคลใดที่กลุ่มเป้าหมายเชื่อถือ ศรัทธา ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมอาจจะหนึ่งคนหรือมากกว่าก็ได้

2. เตรียมความพร้อมให้กับผู้ที่จะให้แรงสนับสนุนทางสังคม ให้มีความรู้ความเข้าใจในสิ่งที่จะให้กับกลุ่มเป้าหมายหรือผู้รับ เช่น ผู้ให้แรงสนับสนุนถ้าจะทำหน้าที่แนะนำหรือกระตุ้นเตือนให้กลุ่มเป้าหมายแปร่งฟันให้ถูกต้อง ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมจะต้องปฏิบัติได้ถูกต้อง และสามารถสาธิตให้แก่คนอื่นได้ (บางครั้งอาจจะต้องฝึกอบรมผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมก่อนที่จะให้ไปทำหน้าที่)

3. กำหนดบทบาทให้ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมได้ทราบ และเข้าใจ เพื่อจะได้นำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง เช่น ให้แรงสนับสนุนประเภทใด แก่ใคร บ่อยแค่ไหน และที่ไหน และอาจต้องมีการติดตามการปฏิบัติงานของผู้ให้แรงสนับสนุนด้วย

นอกจากนี้อาจประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากฝ่ายผู้รับ โดยการสอบถาม หรือสัมภาษณ์ หรือให้ผู้รับจัดบันทึกก็ได้

การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับนั้น มีผู้ประเมินแตกต่างกันตามแนวคิดของแต่ละบุคคล โดยอาจจะมีการประเมินแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมเพียงอย่างเดียว เช่น แบบประเมินของ แคปแลน และนอร์เบค หรือมีการประเมินทั้งแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับและความพึงพอใจของบุคคล เช่น แบบประเมินแหล่งประ โยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 1 นอกจากนี้ยังมีการประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับในรูปแบบต่าง ๆ เช่นแบบประเมินแรงสนับสนุนทางด้านความช่วยเหลือในรูปแบบของสิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร ของ เซฟเฟอร์ คอยเน่ และลาซารัส ในการประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนของเครือข่ายของแหล่งสนับสนุนทางสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ ที่บุคคลได้รับเพียงเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประเมินได้โดยการรับรู้ของบุคคล ซึ่งเป็นการประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลนั้น ซึ่งมีผู้ประเมินไว้เช่นกัน

#### ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพथ์ทหารเรือ (2550) นักพฤติกรรมศาสตร์ ชื่อ กอทต์ลิบ ได้แบ่งระดับ แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro Level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจ และการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มด้านภัยเอเดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้าน เกษตรกร เป็นต้น

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคล ที่มีสัมพันธ์ภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเครือข่ายาติชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

3. ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro Level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าแรงสนับสนุน คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ ให้การสนับสนุนทางจิตใจ แสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)

ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ

มีรายงานการวิจัยมากมายที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพอนามัย พอสรุปได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

ผลต่อสุขภาพกาย แบ่งออก

ผลโดยตรงจากรายงานการศึกษาวิจัยของ เบอร์กแมน และ ซึ่งคิดตามผลในวัยผู้ใหญ่จำนวน 7,000 คน ที่อาศัยอยู่ในเมือง อลามีดาร์รัฐแคลิฟอร์เนีย เป็นเวลานาน 9 ปี โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไป ด้านสุขภาพอนามัย และสถิติชีพที่สำคัญ รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคม และการเข้าร่วมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ ผลการติดตามศึกษาพบว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยมีอัตราป่วยและตายมากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากถึง 2.5 เท่า ความสัมพันธ์นี้เกิดขึ้นในทุกเพศ ทุกเชื้อชาติ และทุกระดับเศรษฐกิจ

การศึกษาของ Cobb (1976) พบว่าผู้ป่วยเป็นวัณโรค ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เป็นผู้ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายของแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้การศึกษาทางระบาดวิทยาสังคมยังพบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมนจะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลงอีกด้วย

ผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล (Compliance to Regimens) ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตาม คำแนะนำของแพทย์ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมมากจะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำดี หรือมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

ผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค จากการศึกษาของคอบบี Cobb ( 1976) ได้รายงาน การศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพทางร่างกายเป็นประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรม การป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

#### ผลต่อสุขภาพจิต

ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิต ก็เช่นเดียวกับสุขภาพกาย คือ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในตัวของ บุคคลช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียดซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่ม ความต้านทาน โรคของบุคคล ได้อีกด้วย การศึกษาหาในผู้ช่วยว่างงานจำนวน 110 คน พบว่าผู้ที่ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ จะมีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจมากกว่าผู้ที่ได้รับแรง สนับสนุนทางสังคมในระดับที่สูงกว่า Caplan (1974 ) ได้ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางอารมณ์ เป็นสิ่งที่ช่วยลดผลของความเครียดที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจในวัย ทำงาน โดยศึกษาพบว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิต สูง และโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศศิธร (2540) การศึกษาเปรียบเทียบผลของการสอน โดยใช้สื่อการสอนกับ การสอนตามปกติในผู้ป่วยโรคต่อหิน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการสอนสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคต่อหิน 2 วิธี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการ วิจัยเป็นผู้ป่วยต่อหินที่มารับบริการที่ห้องตรวจจักษุ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยทำการเลือกกลุ่ม ตัวอย่าง แบบเจาะจงจำนวน 60 คน ระหว่างเดือนตุลาคม 2536 ถึงกันยายน 2537 เครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัย พบว่าก่อนการสอน ทั้งสองกลุ่มไม่มี

ความแตกต่างกันในด้านความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคคอตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $P > 0.05$ ) ส่วนภายหลังการสอนพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $P < 0.05$ ) และพบว่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

นภาพร (2541) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคคอตีบชนิดเรื้อรัง การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคคอตีบชนิดเรื้อรัง ซึ่งมารับการตรวจตามนัดที่ห้องตรวจตา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา และโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี ในระหว่างเดือนธันวาคม 2540 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2541 จำนวน 100 คน โดยผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคคอตีบชนิดเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ( $r = .5643, .5175, .3532, .5878$  ตามลำดับ)

สุชาดา (2542) การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคคอตีบเรื้อรัง การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคคอตีบเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อารมณ์ ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลด้านสัมพันธภาพ อิทธิพลด้านสถานการณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคคอตีบเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = .750, .783, .756, .662, .86$ ) การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคคอตีบเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = -.828$ )

ชนิษฐา (2544) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคคอตีบปฐมภูมิมุมเปิด โรงพยาบาลพหลพลุฑเสนา จังหวัดกาญจนบุรี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกัน ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินปฐมภูมิมุมเปิดหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีความรู้เรื่องโรค และพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่า ก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $p\_value < 0.0001$ )

ธีรา (2544) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อหินที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 300 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินที่มี เพศ อายุ อาชีพ ต่างกัน มีการดูแลไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตัวแปรที่ร่วมการทำนายการดูแลของผู้ป่วยต่อหิน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ สามารถร่วมการทำนายการดูแลของผู้ป่วยต่อหิน ได้ร้อยละ 14.10

สมใจ (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองศึกษาตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลตนเอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ทางด้านแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (.01, 0.5 ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความสามารถในการดูแลตนเองแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง ตัวแปรทุกตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้ดีกว่าการทำนายจากตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรระดับ 0

ชลธิชา (2549) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคต่อหินที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนก ผู้ป่วยนอกวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาลการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้

แบบสอบถาม ผลการวิจัยโดยผู้วิจัยได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎี แรงสนับสนุนทางสังคมมาร่วมกันวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม เจตคติต่อการดูแลตนเองแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่อหีน การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหีน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหีน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สัมมนา และ สุกัญญา (2550) ได้ศึกษา ผลของ โปรแกรมสุขศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองและผลการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดปฐมภูมิ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลอง เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมสุขศึกษาที่ออกแบบโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง และผลการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดปฐมภูมิกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดปฐมภูมิเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 170 ราย ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมสุขศึกษามีผลทำให้ผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดปฐมภูมิเข้ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังนี้ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ( $p < 0.001$ ) การรับรู้ความรุนแรง ( $p < 0.001$ ) การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ( $p < 0.001$ ) พฤติกรรมดูแลตนเองในการใช้ยาถูกต้อง ( $p < 0.001$ )

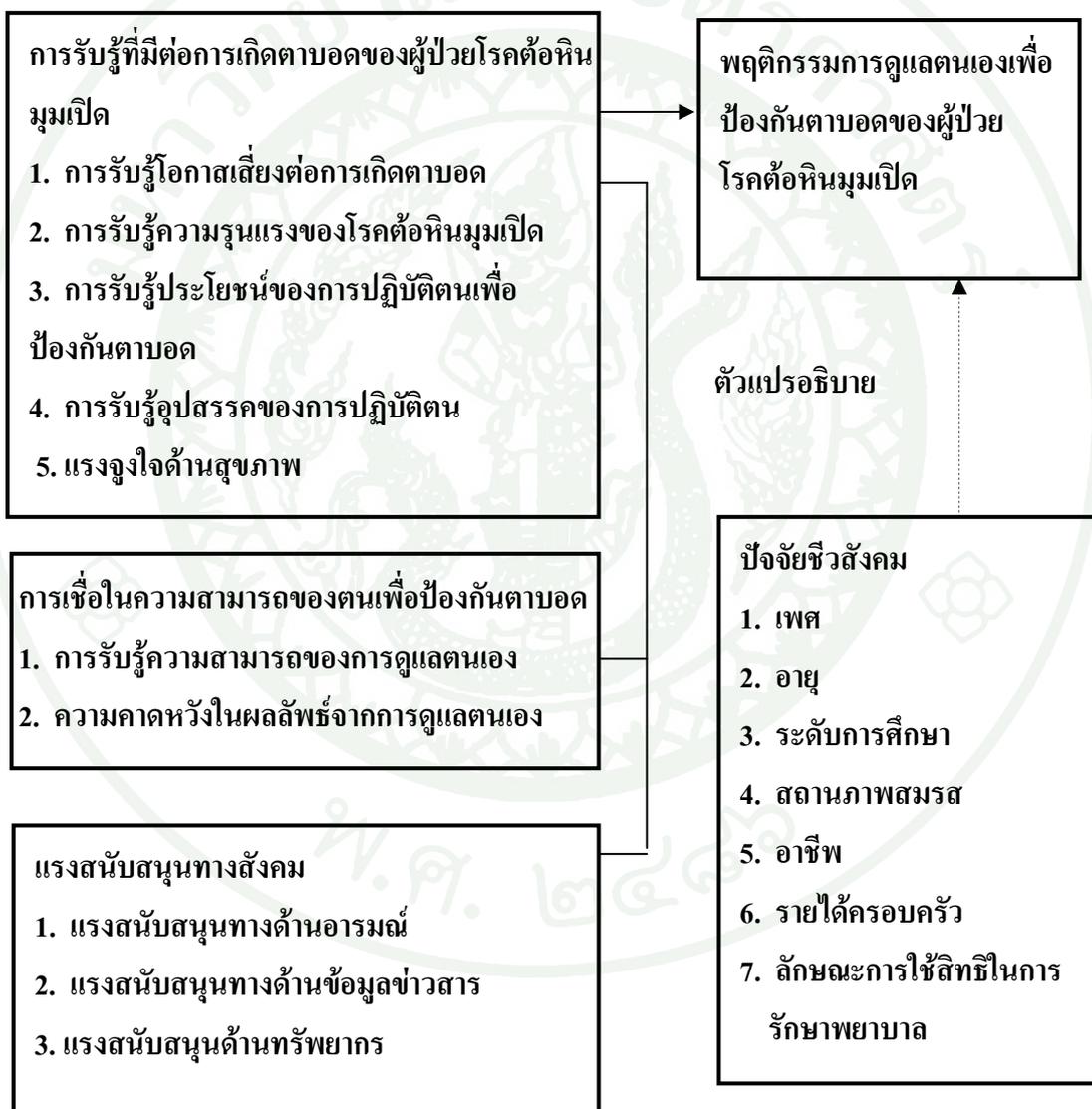
จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี งานวิจัย ความรู้เรื่อง โรคต่อหีน ช้างต้น สรุปได้ว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดออกมา บุคคลนั้นจะต้องมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีการรับรู้ความสามารถตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาเสริม ช่วยให้มีการแสดงพฤติกรรมที่ต้องการ ซึ่งองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าวประกอบด้วย 6 ด้าน การรับรู้ต่อโรค ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ที่มีต่อการกระทำพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค แรงจูงใจและปัจจัยร่วมในการแสดงพฤติกรรมที่ต้องการยังไม่เพียงพอ จึงได้นำทฤษฎีความสามารถในการดูแลตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพราะ โรคต่อหีน มุมเปิดเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาไปตลอดชีวิตพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันตาบอดที่ไม่กลับคืนมา นอกจากนั้น โรคต่อหีนมุมเปิด เป็นโรคที่ไม่มีอาการต่าง ๆ ที่เด่นชัด ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎี และแบบจำลองทั้ง 3 อย่าง มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

แบบแผนพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอด ของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ซึ่งผลของการศึกษาดังกล่าวจะนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน จัดโปรแกรมการสอนสุขศึกษา ที่ครอบคลุมเหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดในการป้องกันตาบอดต่อไป

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 8 กรอบแนวคิดในการวิจัยแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปร

### สมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาและประมวลเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 การรับรู้ที่มีต่อการเกิดตาบอด ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอด การรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อหินมุมเปิด การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน แรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด

สมมติฐานที่ 2 การเชื่อในความสามารถของตนเพื่อป้องกันตาบอด ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด

สมมติฐานที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด

สมมติฐานที่ 4 ตัวแปรจากการรับรู้ที่มีต่อการเกิดตาบอด การเชื่อในความสามารถของตน แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ได้ดีกว่าการทำนายจากตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียว

## อุปกรณ์และวิธีการ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหिनมุมเปิด เพื่อป้องกันตาบอด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้าน การรับรู้ที่มีต่อการเกิดตาบอด การเชื่อในความสามารถของตน แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหिनมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง) โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

### ประชากร

ประชากรที่นำมาใช้ในการวิจัยนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต่อหिनมุมเปิด ที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง) จำนวน 6,408 คนต่อปี เฉลี่ย 538 คนต่อเดือน จากงานเวชระเบียนและสถิติ ( 2551)

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคต่อหिनมุมเปิด ซึ่งยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะตาบอดทั้ง 2 ข้าง เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง) ในเดือน พฤศจิกายน 2552 ซึ่งการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอน ดังนี้

#### 1. การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างของ Yamane ( 1973) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{N}{1 + N(e)^2} \\
 &= \frac{538}{1 + 538(0.05)^2} \\
 &= \frac{538}{2.345} \\
 n &= 229.42
 \end{aligned}$$

เมื่อ

n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ประชากรทั้งหมด

E แทน ค่าความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงหรือค่าพารามิเตอร์ ที่มีระดับ

นัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จากการคำนวณได้จำนวนตัวอย่าง 229.42 ปัดตัวเลขให้เป็นจำนวนเต็ม และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล หรือการผิดพลาดจากการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 230 คน

2. กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง เพื่อเป็นหน่วยในการศึกษา ดังนี้

2.1 เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยโรคต่อหिनมุมเปิด เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างมี ดังนี้

2.1.1 เป็นผู้ป่วยโรคต่อหिनมุมเปิดทั้งเพศ ชายหรือหญิง

2.1.2 เป็นผู้ป่วยโรคต่อหिनมุมเปิด 1 ข้าง หรือ 2 ข้าง

2.1.3 เป็นผู้ป่วยโรคต่อหिनมุมเปิดที่ไม่มีภาวะตาบอด ทั้ง 2 ข้าง

2.1.4 ผลการตรวจลานสายตาไม่น้อยกว่า 10 องศา ทั้ง 2 ข้าง

2.1.5 เคยได้รับการรักษาที่ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ตั้งแต่ 2 ครั้ง

ขึ้นไป

2.1.6 ได้รับการรักษาทางยา

2.1.7 ยินดีเข้าร่วมวิจัย

2.1.8 เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะปกติ มีการได้ยินที่ปกติ

2.2 เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยโรคต่อหिनมูมเปิดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างมี ดังนี้

2.2.1 ผู้ป่วยที่แพทย์ตรวจและให้พักรักษาในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน)

2.2.2 ระหว่างสัมภาษณ์ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจ และขอยุติการให้ข้อมูล

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ของการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire Form) โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้น และมีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางด้านชีวสังคม

แบบสอบถามข้อมูลทางด้านชีวสังคม ประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ การสมรส อาชีพ รายได้รวมของครอบครัว ลักษณะการใช้สิทธิรักษาพยาบาล ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ (Open ended) จำนวน 7 ข้อ

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ที่มีต่อการเกิดตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด

ส่วนที่ 2.1 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ สร้างตามแบบการวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) บุญใจ(2550) นำไปปรับแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 อันดับ ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้ตอบ ซึ่งมีข้อความที่สร้างขึ้นเป็นประโยคบอกเล่ามีความหมายเชิงบวก (Positive Statement) โดยกำหนดเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4
เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

เกณฑ์การประเมินผล แบ่งระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$  สุวิมล (2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับดี	หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	หมายถึง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับไม่ดี	หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 2.2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อหินมุมเปิดที่ทำให้ตาบอด ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ สร้างตามแบบการวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้ตอบ ซึ่งมีข้อความที่มีความหมายเชิงบวก (Positive Statement) โดยกำหนดเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนนข้อความ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4
เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

เกณฑ์การประเมินผลแบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหินมุมเปิด แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากค่ามัธยมาเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$  สุวิมล (2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับดี	หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	หมายถึง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับไม่ดี	หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 2.3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันตาบอดในผู้ป่วยโรคต่อหินมุมเปิด ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อสร้างตามแบบการวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบที่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้ตอบ ซึ่งมีข้อความที่มีความหมายเชิงบวก (Positive Statement) โดยกำหนดเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนนข้อความ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4
เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

เกณฑ์การประเมินผลแบ่งระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนจากค่ามัธยมาเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$  สุวิมล (2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับดี หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนมากกว่า  $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$  ถึงคะแนนสูงสุด  
 ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่าง  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$   
 ระดับไม่ดี หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า  $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$  ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 2.4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันตาบอดในผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อสร้างตามแบบการวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะข้อคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้ตอบ มีลักษณะข้อความที่มีความหมายเชิงลบ (Negative Statement) โดยกำหนดเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนนข้อความ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	1
เห็นด้วย	หมายถึง	2
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	4

เกณฑ์การประเมินผล แบ่งระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$  สุวิมล (2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับดี หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนมากกว่า  $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$  ถึงคะแนนสูงสุด  
 ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่าง  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$   
 ระดับไม่ดี หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า  $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$  ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 2.5 แบบสอบถามแรงจูงใจด้านสุขภาพ ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันตาบอดในผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อสร้างตามแบบการวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความ

คิดเห็น มีลักษณะข้อความที่มีความหมายเชิงบวก (Positive Statement) โดยกำหนดเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนนข้อความ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	4
เห็นด้วย	หมายถึง	3
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	1

เกณฑ์การประเมินผลแบ่งระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ออกแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด จากค่ามัธยมาเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$  สุวิมล (2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับดี	หมายถึง	คะแนนระหว่างคะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	หมายถึง	คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับไม่ดี	หมายถึง	คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเชื่อในความสามารถของตนเพื่อป้องกันตาบอด

ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 3.1 การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอด ของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด สร้างตามแบบการวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ ทำได้แน่นอน ทำได้ ทำไม่ได้ ทำไม่ได้แน่นอน ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็น มีลักษณะข้อความที่มีความหมายเชิงบวก (Positive Statement) ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนนข้อความ	
ทำได้แน่นอน	หมายถึง	4
ทำได้	หมายถึง	3
ทำไม่ได้	หมายถึง	2
ทำไม่ได้แน่นอน	หมายถึง	1

เกณฑ์การประเมินผล แบ่งระดับ การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ออกแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดจากค่ามัชฌิมมาเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$  สุวิมล (2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับสูง	หมายถึง	คะแนนระหว่างคะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	หมายถึง	คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับต่ำ	หมายถึง	คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 3.2 แบบสอบถาม ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด สร้างตามแบบการวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็น มีลักษณะข้อความที่มีความหมายเชิงบวก (Positive Statement) โดยกำหนดเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนนข้อความ	
มากที่สุด	หมายถึง	4
มาก	หมายถึง	3
ปานกลาง	หมายถึง	2
น้อย	หมายถึง	1

เกณฑ์การประเมินผล แบ่งระดับการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดตนเอง ของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ออกแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจาก เกณฑ์เฉลี่ยของระดับความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรค ต้อหินมุมเปิด จากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$  สุวิมล (2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับมาก หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนมากกว่า  $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$  ถึงคะแนนสูงสุด  
ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่าง  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$   
ระดับน้อย หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า  $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$  ถึงคะแนนต่ำสุด

**ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด เพื่อป้องกันตาบอดประกอบด้วยแรงสนับสนุนในด้านต่างๆ**

แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 4.1 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรค ต้อหินมุมเปิด สร้างตามแบบการวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ มากที่สุด มาก น้อย ไม่ได้รับ ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็น มีลักษณะข้อความที่มีความหมายเชิง บวก (Positive Statement) โดยกำหนดเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนนข้อความ
มากที่สุด	หมายถึง 4
มาก	หมายถึง 3
น้อย	หมายถึง 2
ไม่ได้รับ	หมายถึง 1

เกณฑ์การประเมินผล แบ่งระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ออกแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$  สุวิมล (2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับมาก หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนมากกว่า  $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$  ถึงคะแนนสูงสุด  
ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่าง  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$   
ระดับน้อย หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า  $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$  ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 4.2 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด สร้างตามแบบการวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 4 ระดับ คือ มากที่สุด มาก น้อย ไม่ได้รับ ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็น มีลักษณะข้อความที่มีความหมายเชิงบวก (Positive Statement) โดยกำหนดเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

โดยกำหนดเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนนข้อความ	
มากที่สุด	หมายถึง	4
มาก	หมายถึง	3
น้อย	หมายถึง	2
ไม่ได้รับ	หมายถึง	1

เกณฑ์การประเมินผล แบ่งระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ออกแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$  สุวิมล (2546) ซึ่งมีระดับคะแนน ดังนี้

ระดับมาก หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนมากกว่า  $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$  ถึงคะแนนสูงสุด  
 ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่าง  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$   
 ระดับน้อย หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า  $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$  ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 4.3 การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด เพื่อป้องกันตาบอด สร้างตามแบบการวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ มากที่สุด มาก น้อย ไม่ได้รับ ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็น มีลักษณะข้อความที่มีความหมายเชิงบวก (Positive Statement) โดยกำหนดเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนนข้อความ
มากที่สุด	หมายถึง 4
มาก	หมายถึง 3
น้อย	หมายถึง 2
ไม่ได้รับ	หมายถึง 1

เกณฑ์การประเมินผล แบ่งระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากร เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ออกแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากรเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดจากค่ามัธยมาเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$  สุวิมล (2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับมาก หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนมากกว่า  $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$  ถึงคะแนนสูงสุด  
 ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่าง  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$   
 ระดับน้อย หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า  $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$  ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด สร้างตามแบบการวัดของลิเคอร์ต (Likert's Scale) แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ เท่านั้น ลักษณะข้อคำถามที่สร้างขึ้นมี 12 ข้อเป็นประโยคบอกเล่ามีทั้งเชิงบวก และเชิงลบ (Positive or Negative Statement) โดยกำหนดเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	เชิงบวก	เชิงลบ
	คะแนนข้อความ	คะแนนข้อความ
ปฏิบัติเป็นประจำ	4	1
ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	3	2
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2	3
ไม่ปฏิบัติเลย	1	4

เกณฑ์การประเมินผล แบ่งระดับพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด จากค่ามัธยมาเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$  สุวิมล(2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับสูง	หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	หมายถึง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับต่ำ	หมายถึง คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

#### การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ศึกษาแนวคิด เนื้อหา ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหา สาระ ครอบคลุมวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการวิจัยให้ถูกต้อง

3. นำเครื่องมือให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง การใช้ภาษามีความชัดเจน แล้วนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไข คำถามที่เข้าใจยาก หรือมีความคลุมเครือ ก่อนนำเครื่องมือไปทดสอบ

4. ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วไปตรวจสอบ

4.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 ท่าน พิจารณาตรวจสอบจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข อีกครั้งตามข้อเสนอแนะ

4.2 ตรวจสอบความเชื่อมั่น/ความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้ (Tryout) กับจำนวนผู้ป่วยโรคต่อหिनมุมเปิด 30 คนที่มารับบริการในคลินิกจักษุวิทยานอกเวลาราชการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง) และนำข้อมูลจากการทดลองใช้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น ตามวิธีการของครอนบาค Cronbach (1970) ที่มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป หาค่าความเชื่อมั่นเป็นส่วนๆ ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นมีดังนี้คือ

แบบสอบถามการรับรู้ที่มีต่อการเกิดตาบอด	ได้ค่าความเชื่อมั่น	= .71
แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเอง	ได้ค่าความเชื่อมั่น	= .61
แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม	ได้ค่าความเชื่อมั่น	= .73
แบบสอบถามพฤติกรรม	ได้ค่าความเชื่อมั่น	= .69
รวมแบบสอบถามทั้งหมด	ได้ค่าความเชื่อมั่น	= .84

แบบสอบถามความรู้ นำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก และค่าความยากง่ายรายข้อ โดยใช้วิธีของ Kuder Richardson Formula 20 หรือ KR-20 เลือกใช้ข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .2 ขึ้นไป

4.3 นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงแก้ไข แบบสอบถามในขั้นสุดท้ายนั้นและเสนอ  
 ปรระชานกรรรมการที่ปรริกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ก่อนนำไปเก็บ  
 รวบรวมข้อมูลจริง

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ทำการวิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้  
 แบบสอบถามกับผู้ป่วยโรคต่อหินมุมเปิด ที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก  
 โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขอนหนังสือจากภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
 ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง) เพื่อขออนุมัติและขอความร่วมมือในการ  
 เก็บข้อมูลการวิจัย
2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง จากผู้ป่วยโรคต่อหินมุมเปิดที่โรงพยาบาลเมตตา  
 ประชารักษ์(วัดไร่ขิง) จำนวน 230 คน โดยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยกับหัวหน้า  
 หน่วยงานต่างๆ เพื่อขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวก แจกแบบสอบถามพร้อมกับอธิบาย  
 วิธีการตอบแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยจะได้รับความร่วมมือจากการตอบแบบสอบถาม  
 เป็นอย่างดี โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 1 เดือน
3. ก่อนนำมาวิเคราะห์โดยผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และครบถ้วนของแบบสอบถาม  
 ทุกฉบับ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปค่าสถิติที่นำมาใช้ในการ  
 วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1. ข้อมูลทางชีวสังคมนำมาวิเคราะห์หาความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยการรับรู้ที่มีต่อการเกิดดาบอด การเชื่อในความสามารถของตน แรงสนับสนุนทางสังคม แต่ละปัจจัยกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันดาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหिनมุมเปิด โดยทดสอบด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ หมายถึง ดัชนีที่ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว หรือมากกว่า 2 ตัว ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง  $-1$  ถึง  $+1$  ดังนี้ กัลยา (2550)

ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเป็นลบแสดงว่าตัวแปรทั้งสองนั้นมีความสัมพันธ์ในทางกลับกัน คือ ถ้าตัวแปรตัวหนึ่งมีค่าสูง ตัวแปรอีกตัวหนึ่งมีแนวโน้มที่จะมีค่าต่ำ และถ้าตัวแปรตัวหนึ่งมีค่าต่ำ ตัวแปรอีกตัวหนึ่งมีแนวโน้มที่จะมีค่าสูง

ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเป็นบวก แสดงว่าตัวแปรทั้งสองนั้น มีความสัมพันธ์ในทางเดียวกัน คือถ้าตัวแปรหนึ่งมีค่าสูงตัวแปรอีกตัวหนึ่งก็มีแนวโน้มที่จะมีค่าสูงด้วย

ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเป็นศูนย์แสดงว่าตัวแปรทั้งสองนั้นไม่มีความสัมพันธ์กัน

การพิจารณาว่าตัวแปร 2 ตัวนั้นมีความสัมพันธ์กันมากน้อยเพียงใด พิจารณาได้จากตัวเลขของค่าสัมประสิทธิ์ ดังนี้

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 1. เมื่อ $r$ มีค่า $0.8$ ขึ้นไป | ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง         |
| 2. เมื่อ $r$ มีค่า $0.6 - 0.8$  | ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างสูง |
| 3. เมื่อ $r$ มีค่า $0.4 - 0.6$  | ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง     |
| 4. เมื่อ $r$ มีค่า $0.2 - 0.4$  | ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างต่ำ |
| 5. เมื่อ $r$ มีค่าต่ำกว่า $0.2$ | ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ         |

3. วิเคราะห์หาตัวแปรทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหिनมมเปิด  
โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธี Stepwise Method



## ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

### ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Study) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ระหว่าง การรับรู้ที่มีต่อการเกิดตาบอด ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอด การรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อหินมุมเปิด การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน แรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ระหว่างการเชื่อในความสามารถของตนเพื่อป้องกันตาบอด ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด 4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด 5) ตัวแปรที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ได้ดีกว่าการทำนายจากตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียวของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ใน เดือนพฤศจิกายน 2552 มีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด จำนวน 230 คน

การเสนอผลการวิจัย นำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบคำอธิบาย โดยแบ่งการนำเสนอเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะการใช้สิทธิรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

## ตอนที่ 2 ลักษณะตัวแปรที่ทำการศึกษา ดังต่อไปนี้

- 2.1 การรับรู้ที่มีต่อการเกิดตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ประกอบด้วย
  - 2.1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอดของโรคต้อหินมุมเปิด
  - 2.1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อหินมุมเปิด
  - 2.1.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตาบอดของโรคต้อหินมุมเปิด
  - 2.1.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตาบอดของโรคต้อหินมุมเปิด
  - 2.1.5 แรงจูงใจด้านสุขภาพ
- 2.2 การเชื่อในความสามารถของตนเพื่อป้องกันตาบอด ประกอบด้วย
  - 2.2.1 การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอด
  - 2.2.2 ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลตนเอง
- 2.3 แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย
  - 2.3.1 แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์
  - 2.3.2 แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร
  - 2.3.3 แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร
- 2.4 พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ได้กำหนดไว้

ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางชีวสังคม ของผู้ป่วยโรคต่อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม

(n = 230)

	ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
1. เพศ	ชาย	99	43.0
	หญิง	131	57.0
2. กลุ่มอายุ (ปี)	21 – 30 ปี	10	4.2
	31 – 40 ปี	19	8.3
	41 – 50 ปี	43	18.7
	51 – 60 ปี	59	25.7
	61 – 70 ปี	63	27.4
	71 – 80 ปี	31	13.5
	81 ปีขึ้นไป	5	2.2
3. ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	8	3.5
	ประถมศึกษา	100	43.0
	มัธยมศึกษาตอนต้น	29	12.6
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	20	8.7
	อนุปริญญา/ปวส.	25	10.9
	ปริญญาตรี	42	18.3
	สูงกว่าปริญญาตรี	7	3.0

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

(n = 230)

ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
4. สถานภาพการสมรส		
โสด	26	11.3
คู่	174	75.7
หม้าย	26	11.3
หย่าร้าง/แยก	4	1.7
5. อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	58	25.2
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	39	17.0
รับจ้าง	61	26.5
เกษตรกร	32	13.9
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	33	14.3
อื่นๆ	7	3.1
6. รายได้รวมของครอบครัว (เดือนละ)		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	27	11.7
10,001 – 20,000 บาท	67	29.1
20,001 – 30,000 บาท	57	24.8
30,001 – 40,000 บาท	45	19.6
ตั้งแต่ 40,001 บาทขึ้นไป	34	14.8

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

(n = 230)

ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
7. ลักษณะการใช้สิทธิรักษาพยาบาล		
จ่ายเอง	18	7.8
ต้นสังกัด (ข้าราชการรัฐ/ วิสาหกิจ)	84	36.5
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	89	38.7
บัตรประกันสังคม	39	17.0

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ป่วยโรคต่อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) มีดังนี้

1. เพศ พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินมุมเปิด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.0 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 43.0

2. อายุ พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินมุมเปิด ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61 – 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.4 รองลงมามีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.7 และช่วงอายุที่พบน้อยที่สุดคือ อายุ 81 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 2.2

3. ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินมุมเปิด ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 43.0 รองลงมา มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 18.3 และพบน้อยที่สุดคือ สูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 3.0

4. สถานภาพการสมรส พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินมุมเปิด ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 75.7 รองลงมามีสถานภาพโสด, หม้าย คิดเป็นร้อยละ 11.3 และพบน้อยที่สุดคือ หย่าร้าง/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 1.7

5. อาชีพ พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหिनมุมเปิด ส่วนใหญ่มีรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 26.5 รองลงมา ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 25.2 และพบน้อยที่สุด คือ ประกอบอาชีพอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 3.1

6. รายได้ พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหिनมุมเปิด ส่วนใหญ่มีรายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน ระหว่าง 10,001 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 29.1 รองลงมามีรายได้ต่อเดือน 20,001 – 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 24.8 และพบน้อยที่สุด คือ มีรายได้รวมต่อเดือน ต่ำกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 11.7

7. ลักษณะการใช้สิทธิรักษาพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหिनมุมเปิด ส่วนใหญ่ใช้สิทธิรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 38.7 รองลงมา ใช้สิทธิรักษาพยาบาล ต้นสังกัด คิดเป็นร้อยละ 36.5 และน้อยที่สุด คือ ใช้สิทธิรักษาพยาบาลจ่ายเอง คิดเป็นร้อยละ 7.8

ตอนที่ 2 ตัวแปรที่ทำการศึกษา ประกอบด้วย การรับรู้ที่มีต่อการเกิดตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหिनมุมเปิด การเชื่อในความสามารถของตนเพื่อป้องกันตาบอด แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรค ต่อหिनมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) (จากตารางที่ 3-13)

## 2.1 การรับรู้ที่มีต่อการเกิดตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหिनมุมเปิด

### 2.1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหिनมุมเปิด

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด

(n=230)			
	ระดับการรับรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
การรับรู้ดี	( คะแนนระหว่าง 16.8 – 20.0 คะแนน )	87	37.8
การรับรู้ปานกลาง	( คะแนนระหว่าง 14.8 – 16.7 คะแนน )	95	41.3
การรับรู้ไม่ดี	( คะแนนระหว่าง 10.0 – 14.7 คะแนน )	48	20.9

$\bar{X} = 15.8$  S.D. = 1.9 Max = 20 Min = 10

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.3 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 37.8 และระดับไม่ดี ร้อยละ 20.9

#### 2.1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อหินมุมเปิดเพื่อป้องกันตาบอด

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อหินมุมเปิดเพื่อป้องกันตาบอด

(n=230)			
	ระดับการรับรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
การรับรู้ดี	( คะแนนระหว่าง 23.9 – 28.0 คะแนน )	102	43.9
การรับรู้ปานกลาง	( คะแนนระหว่าง 21.3 – 23.8 คะแนน )	53	23.1
การรับรู้ไม่ดี	( คะแนนระหว่าง 17.0 – 21.2 คะแนน )	76	33.0

$\bar{X} = 22.6$  S.D. = 2.5 Max = 28 Min = 17

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคต่อหินนมเปิด ส่วนใหญ่ มีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคต่อหินนมเปิดเพื่อป้องกันตาบอด ในระดับดี ร้อยละ 43.9 รองลงมาคือระดับไม่ดี ร้อยละ 33.0 และระดับปานกลาง ร้อยละ 23.1

### 2.1.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตาบอด

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหินนมเปิด

(n=230)			
ระดับการรับรู้		จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
การรับรู้ดี	( คะแนนระหว่าง 24.6 – 28.0 คะแนน )	63	27.3
การรับรู้ปานกลาง	( คะแนนระหว่าง 22.5 – 24.5 คะแนน )	108	47.0
การรับรู้ไม่ดี	( คะแนนระหว่าง 16.0 – 22.4 คะแนน )	59	25.7

$\bar{X} = 23.5$  S.D. = 2.0 Max = 28 Min = 16

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคต่อหินนมเปิด ส่วนใหญ่ มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเปิดเพื่อป้องกันตาบอด ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.0 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 27.3 และระดับไม่ดี ร้อยละ 25.7

### 2.1.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหินนมเปิด

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด

(n=230)			
ระดับการรับรู้		จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
การรับรู้ดี	( คะแนนระหว่าง 20.0 – 28.0 คะแนน )	53	22.6
การรับรู้ปานกลาง	( คะแนนระหว่าง 15.6 – 19.9 คะแนน )	132	57.4
การรับรู้ไม่ดี	( คะแนนระหว่าง 7.0 – 15.5 คะแนน )	45	20.0

$\bar{X} = 17.7$  S.D. = 4.3 Max = 28 Min = 7

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.4 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 22.6 และระดับไม่ดี ร้อยละ 20.0

#### 2.1.5 แรงจูงใจด้านสุขภาพ

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้เกี่ยวกับแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด

(n=230)			
ระดับการรับรู้		จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
การรับรู้ดี	( คะแนนระหว่าง 18.1 – 20.0 คะแนน )	33	14.3
การรับรู้ปานกลาง	( คะแนนระหว่าง 16.9 – 18.0 คะแนน )	166	71.2
การรับรู้ไม่ดี	( คะแนนระหว่าง 15.0 – 16.8 คะแนน )	31	13.5

$\bar{X} = 17.4$  S.D. = 1.1 Max = 20 Min = 15

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคต่อหินนมเปิด ส่วนใหญ่ มีการรับรู้เกี่ยวกับแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหินนมเปิด ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 71.2 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 14.3 และระดับไม่ดี ร้อยละ 13.5

## 2.2 การเชื่อในความสามารถของตนเพื่อป้องกันตาบอด

### 2.2.1 การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอด

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหินนมเปิด

	ระดับการรับรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
การรับรู้สูง	(คะแนนระหว่าง 18.0 – 20.0 คะแนน)	90	39.1
การรับรู้ปานกลาง	(คะแนนระหว่าง 16.4 – 17.9 คะแนน)	76	33.1
การรับรู้ต่ำ	(คะแนนระหว่าง 11.0 – 16.3 คะแนน)	64	27.8

$$\bar{X} = 17.1 \quad S.D. = 1.5 \quad \text{Max} = 20 \quad \text{Min} = 11$$

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคต่อหินนมเปิด ส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหินนมเปิดในระดับสูง ร้อยละ 39.1 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 33.1 และระดับต่ำ ร้อยละ 27.8

### 2.2.2 ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหินนมเปิด

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของระดับความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน  
ตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด

(n=230)			
ระดับความคาดหวัง		จำนวน	ร้อยละ
		(คน)	(%)
ความคาดหวังมาก	( คะแนนระหว่าง 17.9 – 20.0 คะแนน )	79	34.4
ความคาดหวังปานกลาง	( คะแนนระหว่าง 16.2 – 17.8 คะแนน )	87	37.8
ความคาดหวังน้อย	( คะแนนระหว่าง 11.0 – 16.1 คะแนน )	64	27.8

$\bar{X} = 17.0$  S.D. = 1.5 Max = 20 Min = 11

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ส่วนใหญ่ มีระดับความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.8 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 34.4 และระดับน้อย ร้อยละ 27.8

### 2.3 แรงสนับสนุนทางสังคม

#### 2.3.1 แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์จากบุคคลต่างๆ

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยโรคต้อ  
หินมุมเปิด

(n=230)			
ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์		จำนวน	ร้อยละ
		(คน)	(%)
ได้รับมาก	( คะแนนระหว่าง 16.1 – 20.0 คะแนน )	31	13.5
ได้รับปานกลาง	( คะแนนระหว่าง 14.3 – 16.0 คะแนน )	116	50.4
ได้รับน้อย	( คะแนนระหว่าง 10.0 – 14.2 คะแนน )	83	36.1

$\bar{X} = 15.2$  S.D. = 1.7 Max = 20 Min = 10

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคต่อหินนมเปิด ส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.4 รองลงมาคือ ระดับน้อย ร้อยละ 36.1 และระดับมาก ร้อยละ 13.5

### 2.3.2 แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยโรคต่อหินนมเปิด

(n=230)			
	ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูล ข่าวสาร	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ได้รับมาก	( คะแนนระหว่าง 14.1 – 20.0 คะแนน )	54	23.5
ได้รับปานกลาง	( คะแนนระหว่าง 11.8 – 14.0 คะแนน )	121	52.6
ได้รับน้อย	( คะแนนระหว่าง 5.00 – 11.7 คะแนน )	56	23.9

$\bar{X} = 12.9$  S.D. = 2.2 Max = 20 Min = 5

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคต่อหินนมเปิด ส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.6 รองลงมาคือ ระดับน้อย ร้อยละ 23.9 และระดับมาก ร้อยละ 23.5

### 2.3.3 แรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากร

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากรของผู้ป่วยโรคต่อหินนมเปิด

(n=230)			
	ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ(%)
ได้รับมาก	( คะแนนระหว่าง 16.2 – 20.0 คะแนน )	43	18.7
ได้รับปานกลาง	( คะแนนระหว่าง 13.8 – 16.1 คะแนน )	135	58.7
ได้รับน้อย	( คะแนนระหว่าง 7.0 – 13.7 คะแนน )	52	22.6

$\bar{X} = 14.9$  S.D. = 2.3 Max = 20 Min = 7

จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคต่อหีนมมเปิด ส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากร ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.7 รองลงมาคือ ระดับน้อย ร้อยละ 22.6 และระดับมาก ร้อยละ 18.7

#### 2.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหีนมมเปิด

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหีนมมเปิด

(n=230)			
	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับสูง	( คะแนนระหว่าง 40.8– 48.0 คะแนน )	77	33.4
ระดับปานกลาง	( คะแนนระหว่าง 37.4 – 40.7 คะแนน )	72	31.3
ระดับต่ำ	( คะแนนระหว่าง 30.0 – 37.3 คะแนน )	81	35.3

$\bar{X} = 39.0$  S.D. = 3.3 Max = 48 Min = 30

จากตารางที่ 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคต่อหีนมมเปิด ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอด ในระดับต่ำ ร้อยละ 35.3 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 33.4 และระดับปานกลาง ร้อยละ 31.3

#### ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ได้กำหนดไว้ (ตารางที่ 14- 19)

สมมติฐานที่ 1 การรับรู้ที่มีต่อการเกิดตาบอด ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอด การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหีนมมเปิด การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน แรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหีนมมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง) ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 14 การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

## ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ที่มีต่อการเกิดตาบอด กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด

(n=230)

ตัวแปรด้านการรับรู้	พฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอด	0.34	0.00**
การรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อหินมุมเปิด	0.23	0.00**
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน	0.18	0.01*
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน	0.02	0.72
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	0.15	0.02*

\*\* p-value < .01 \* p-value < 0.05

จากตารางที่ 14 เป็นผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามสมมติฐานที่ 1 เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านการรับรู้ที่มีต่อการเกิดตาบอดกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) พบว่า

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .34$ ) นั่นคือ ผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอดสูง จะมีพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดที่ดี

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อหินมุมเปิด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

( $r = .23$ ) นั่นคือ ผู้ป่วยโรคต่อหีนมมเปิดที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหีนมมเปิดสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดที่ดี

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหีนมมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = 18$ ) นั่นคือ ผู้ป่วยโรคต่อหีนมมเปิดที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตาบอดในระดับสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหีนมมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนไม่มีผลต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหีนมมเปิด

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหีนมมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = 15$ ) นั่นคือ ผู้ป่วยโรคต่อหีนมมเปิดที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดที่ดี

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 ได้ว่า การรับรู้ที่มีต่อการเกิดตาบอดรายด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอด การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหีนมมเปิด การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน แรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .01, .05, .05 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหีนมมเปิด ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานที่ 1 ในตัวแปรได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอด การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหีนมมเปิด การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปฏิเสธสมมติฐานที่ 1 ในตัวแปรการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน

สมมติฐานที่ 2 การเชื่อในความสามารถของตนเพื่อป้องกันตาบอด ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด

การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างการเชื่อในความสามารถของตนกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด

(n = 230)

การเชื่อในความสามารถของตน	พฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเอง	0.30	0.00**
ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลตนเอง	0.26	0.00**

\*\* p-value < .01

จากตารางที่ 15 เป็นผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามสมมติฐานที่ 2 เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านการเชื่อในความสามารถของตน ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) พบว่า

1. การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .30$ ) นั่นคือ ผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มีการรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเอง ในระดับสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .26$ ) นั่นคือ ผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มีความคาดหวังในผลลัพธ์ในระดับมาก จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2 ได้ว่า การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเอง ตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานที่ 2 ทั้งหมด

สมมติฐานที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร แรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด

การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด

(n = 230)

แรงสนับสนุนทางสังคม	พฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์	0.12	0.07
แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร	0.27	0.00**
แรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากร	0.10	0.13

\*\* p-value < .01

จากตารางที่ 16 เป็นผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามสมมติฐานที่ 3 เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) พบว่า

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ไม่มีผลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด
2. แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .27$ ) นั่นคือ ผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ เกี่ยวกับโรคต้อหินมุมเปิดบ่อยครั้ง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี
3. แรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ แรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากรไม่มีผลกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 3 ได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ส่วนแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานที่ 3 ในตัวแปรของ แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และปฏิเสธสมมติฐานที่ 3 ในตัวแปรของแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์และแรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากร

สมมติฐานที่ 4 ตัวแปรจากการรับรู้ที่มีต่อการเกิดตาบอด การเชื่อในความสามารถของตน เพื่อป้องกันตาบอด แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ได้ดีกว่า การทำนายจากตัวแปรใดตัวแปรหนึ่ง เพียงตัวแปรเดียว

การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบขั้นตอน (Stepwise Method )

ตารางที่ 17 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบเป็นขั้นตอน (Stepwise) ของตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

ลำดับ ที่	ตัวแปรทำนาย	R	R <sup>2</sup>	F
1	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอดของ ผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด	.335	.112	28.817
2	การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองเพื่อ ป้องกันตาบอด	.412	.169	15.631
3	การได้รับแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร	.432	.187	4.811

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

Y	แทน พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด
X1	แทน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด
X2	แทน การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอด
X3	แทนการ ได้รับแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร
n	แทน จำนวนประชากรที่ศึกษา
R	แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณ
R <sup>2</sup>	แทน ค่าสัมประสิทธิ์ ในการทำนาย (R square)

R <sup>2</sup> Change	แทน ค่า R <sup>2</sup> ที่เพิ่มขึ้นเมื่อเพิ่มตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอย
F	แทน ค่าสถิติทดสอบ
B	แทนค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ
Beta	แทน ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน (Standard Regression Coefficients)
SEb	แทน ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ถดถอย
t	แทน ค่าการทดสอบความมีนัยสำคัญการถดถอย
Constant	แทน ค่าคงที่

จากตารางที่ 17 พบว่า ตัวแปรที่มีประสิทธิภาพในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด มีดังนี้ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอด สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดได้ร้อยละ 11.2 (R<sup>2</sup> = .112 ) 2) การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเอง สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดได้ ร้อยละ 16.9 (R<sup>2</sup> = .169 ) 3)การได้รับแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร สามารถทำนาย พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดได้ร้อยละ 18.7 (R<sup>2</sup> = .187)

**ตารางที่ 18** แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด

ลำดับ ที่	ตัวแปรทำนาย	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Change	F
1.	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอด ของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด	.335	.112	-	28.817
2.	การรับรู้ความสามารถของการดูแล ตนเองเพื่อป้องกันตาบอด	.412	.169	.057	23.149
3.	การได้รับแรงสนับสนุนทางด้าน ข้อมูลข่าวสาร	.432	.187	.017	17.295

จากตารางที่ 18 ตัวแปรที่มีประสิทธิภาพในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองและการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร โดยที่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดเป็นตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการ เป็นลำดับที่ 1 สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ร้อยละ 11.2

การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดเป็นตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นลำดับที่ 2 สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.7 ( $R^2 \text{ Change} = 0.057$ ) ทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์  $R^2$  เพิ่มขึ้นเป็น 0.169 ซึ่งหมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด และการรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ได้ ร้อยละ 16.9

การได้รับแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารเป็นตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นลำดับที่ 3 สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.7 ( $R^2 \text{ Change} = 0.017$ ) โดยที่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอด รองลงมาคือการรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองและการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ได้ร้อยละ 18.7

**ตารางที่ 19** แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (B) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ถดถอย (SEb) ค่าการทดสอบความมีนัยสำคัญการถดถอย (t) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณและค่าคงที่ของสมการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

ตัวแปรทำนาย	B	SEb	Beta	t	p-value
Constant	21.732	2.586		8.405	0.000
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด	0.450	0.107	0.263	4.217*	< 0.000
การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเอง	0.436	0.142	0.198	3.065*	< 0.002
การได้รับแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร	0.211	0.096	0.144	2.193*	0.029

\*P=<0.05

จากตารางที่ 19 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย ในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่า

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดมีความสามารถในการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) = 0.263

การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอด มีความสามารถในการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) = 0.198

การได้รับแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสามารถในการพยากรณ์พฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์

ถดถอยมาตรฐาน (Beta) = 0.144

สมการที่ได้จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้ามา สมการอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สามารถเขียนเป็นสมการวิเคราะห์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และในรูปคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

สมการวิเคราะห์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ

$$Y = \text{constant} + B(x_1) + B(x_2) + B(x_3)$$

Y (พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอด) = 21.732 + 0.450 (x<sub>1</sub> การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอด) + 0.436 (x<sub>2</sub> การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอด) + 0.211 (x<sub>3</sub> การได้รับแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร)

สมการวิเคราะห์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = \text{Beta} (x_1) + \text{Beta} (x_2) + \text{Beta} (x_3)$$

Z (พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอด) = 0.263 (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอด) + 0.198 (การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอด) + 0.144 (การได้รับแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ 4 เพื่อหาตัวแปรที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) พบว่ามีตัวแปรคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอด การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางด้าน

ข้อมูลข่าวสาร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดได้ ร้อยละ 18.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากข้อพิจารณาดังกล่าวในการสนับสนุนสมมติฐานที่ 4 ที่ว่าตัวแปรอิสระหลายตัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ได้ดีกว่าตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียว สรุปผลการวิเคราะห์ตามสมมติฐานที่ 4 พบว่าเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 4

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานทั้งหมด ได้ดังนี้

สรุปตามสมมติฐานที่ 1 ได้ว่า การรับรู้ที่มีต่อการเกิดตาบอด ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอด การรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อหินมุมเปิด การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน แรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดและแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานที่ 1 ในตัวแปร ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอด การรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อหินมุมเปิด การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปฏิเสธสมมติฐานที่ 1 ในตัวแปรการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน

สรุป ตามสมมติฐานที่ 2 ได้ว่า การเชื่อในความสามารถของตนเพื่อป้องกันตาบอด ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลตนเองมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2 พบว่า ตัวแปรทั้งหมดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานที่ 2 ทั้งหมด

สรุปตามสมมติฐานที่ 3 ได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางด้าน อารมณ์ แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร แรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ผลการทดสอบ สมมติฐานที่ 3 พบว่า แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแล ตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุม เปิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และแรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากร ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด จึงยอมรับสมมติฐานที่ 3 ในตัวแปรของ แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และปฏิเสธสมมติฐานที่ 3 ในตัวแปรแรงสนับสนุนทางด้าน อารมณ์ แรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากร

สรุป ตามสมมติฐานที่ 4 ได้ว่า ตัวแปรจากการรับรู้ต่อการเกิดตาบอด การเชื่อใน ความสามารถของตน และแรงสนับสนุนทางด้านสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแล ตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดได้ดีกว่า การทำนายจาก ตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียว ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 4 พบว่า ตัวแปรที่สามารถ ร่วมกันทำนาย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอด การรับรู้ความในความสามารถของ การดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของ พฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิก จักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ได้ดีกว่าการทำนายจาก ตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียว ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานที่ 4

### ข้อวิจารณ์

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีประเด็นสำคัญ นำมาเป็นข้อวิจารณ์ได้ 3 ประเด็นคือ

1. พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
3. การวิเคราะห์ถอดถอดพหุคูณในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

ดังนั้นจะขอกล่าวรายละเอียดดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 35.3 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 33.4 และระดับปานกลาง ร้อยละ 31.3 Orem (1985) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นแนวคิดของการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจ มีเป้าหมาย มีระบบระเบียบเป็นขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการดำเนินได้ถึงขีดสูงสุด ของแต่ละบุคคล ซึ่งการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงด้วยการกระทำกิจกรรมนั้นๆ ในแต่ละวัน เพื่อที่จะนำมา

จัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปด้วยความผาสุก ฉะนั้น การที่ผู้ป่วยโรคต่อหีนมมูมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผลกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เพื่อป้องกันตาบอด มีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ จึงจำเป็นต้องมีการจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านต่างๆ ให้ครอบคลุมและเพิ่มมากขึ้น

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหีนมมูมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผลกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

การวิจัยครั้งนี้ได้ตั้งสมมติฐานเพื่อทดสอบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหีนมมูมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผลกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งผลจากการวิจัยมีดังนี้

สมมติฐานที่ 1 การรับรู้ที่มีต่อการเกิดตาบอด ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอด การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหีนมมูมเปิด การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน แรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหีนมมูมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผลกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ผลการวิจัยพบว่า

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหีนมมูมเปิด จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) อ้างใน ประภาเพ็ญ (2536) ได้อธิบายแนวคิดการรับรู้ของบุคคล และแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น เขาจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และ Becker (1978) อ้างใน ประภาเพ็ญ (2536) ได้ปรับปรุงความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ และในภาวะการเจ็บป่วย ในแต่ละบุคคลมีระดับไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้มีกรหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งสอดคล้องกับ นภาพร (2541) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการ

รักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรัง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อหีนชนิดเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวร่วมมือในการรักษา และสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา (2542) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระจก และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิชา (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่อหีน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน และสอดคล้องกับ สัมมนา และ สุกัญญา (2550) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมสุขศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดปฐมภูมิ ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมสุขศึกษามีผลทำให้ผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดปฐมภูมิเข้ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังนี้ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ( $p < 0.001$ )

การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหีนมุมเปิด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอด ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) อ้างใน จิระศักดิ์ (2550) กล่าวว่า การรับรู้บุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคว่า มีอันตรายต่อร่างกายอันจะก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต และการใช้เวลาเสียเงินในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหีนมุมเปิด คือภาวะตาบอด ทำให้พิการทางสายตาไปตลอดชีวิต ถ้ารับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหีนในระดับสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองหรือร่วมมือในการรักษาสูงตามมา พบว่าความรุนแรงของโรคสามารถอธิบาย หรือ ทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 85 และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ ร้อยละ 36 ซึ่งสอดคล้องกับภาพ (2541) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรังพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคต่อหีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับ ชลธิชา (2549) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล

พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหีน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับ สัมมนา และ สุกัญญา (2550) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมสุขศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดปฐมภูมิ ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมสุขศึกษามีผลทำให้ผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดปฐมภูมิเข้ากลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังนี้ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ( $p < 0.001$ )

การรับรู้ประโยชน์พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตาบอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีนมุมเปิดจากแบบแผนการเชื่อด้านสุขภาพ Becker (1974) อ้างใน จิระศักดิ์ (2550) กล่าวว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคเป็นการที่บุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ หรือข้อดี ข้อเสียในการปฏิบัติให้หายจากการเป็นโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค ว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับ นภาพร (2541) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรัง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับ ชลธิชา (2549) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีนที่ได้รับการรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาลพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

การรับรู้อุปสรรค พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตาบอด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีนมุมเปิด จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Becker (1974) อ้างใน จิระศักดิ์ (2550) กล่าวว่า การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อปัญหาหรืออุปสรรค ได้แก่ ปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ความเจ็บปวด ไม่สบาย การมารับบริการ ซึ่งปัญหาและอุปสรรคดังกล่าว อาจเป็นผลอันจะก่อให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นการรับรู้ต่ออุปสรรค จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยที่สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการรักษาได้ ซึ่งสอดคล้องกับจินตนา (2542) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแล

ตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจกโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และขัดแย้งกับ ชลธิชา (2549) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินที่ได้รับการรักษา ที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคต้อหิน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

ดังนั้นผลการวิจัยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตาบอด ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด เนื่องจากโรคต้อหินเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาตลอดชีวิต ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ นอกจากนั้น ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ตาบอดที่ไม่สามารถรักษาได้จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักว่าอุปสรรคของการปฏิบัติตน เรื่องการใช้ยา การเดินทางมาโรงพยาบาล การดำเนินชีวิต ฐานะทางเศรษฐกิจ สิ่งเหล่านี้ไม่มีผล กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดเลย

แรงจูงใจด้านสุขภาพ พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Becker(1984) อ้างใน จีระศักดิ์ (2550) การเกิดแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่างๆ ถือว่า มีความสำคัญ ที่จะช่วยผลักดันบุคคลให้มีความต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และ ก่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งมีความสอดคล้องกับ จินตนา (2542) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกัน ตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจกโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) พบว่า แรงจูงใจด้าน สุขภาพโดยทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของ ผู้ป่วยโรคต้อกระจก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01และ สอดคล้องกับ นภาพร (2541) ได้ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของป่วย โรคต้อหินชนิดเรื้อรัง พบว่า พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สมมติฐานที่ 2 การเชื่อในความสามารถของตนเพื่อป้องกันตาบอด ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอด ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ผลการวิจัยพบว่า

การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จากแนวคิดของ Orem (1980) อ้างใน สมจิต (2536) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพว่าบุคคลมีความต้องการการเรียนรู้ เข้าใจ และมองเห็นคุณค่าในการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดกระบวนการในการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง Bandura (1977) อ้างใน จีระศักดิ์ (2550) กล่าวว่า บุคคลจะตัดสินใจว่ากระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองและอีกส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวังเกี่ยวกับผลกรรมที่จะเกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ สมใจ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล พบว่า ความคาดหวังในความสามารถของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับ สุชาดา (2542) การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต้อหินเรื้อรังพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต้อหินเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ความคาดหวังในผลลัพธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากแนวคิดของ Bandura (1978) อ้างใน จีระศักดิ์ (2550) กล่าวว่า ความคาดหวังเกี่ยวกับผลกรรมที่จะเกิดขึ้น หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจว่า ถ้ากระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งแล้วจะได้รับผลกรรมใดๆ ถ้าหากบุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองสูง จะมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลกรรมที่จะเกิดขึ้นสูง เช่นเดียวกัน บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงกันข้าม ถ้าหากบุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำ จะมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลกรรมที่จะเกิดขึ้นต่ำด้วย หรือความคาดหวังส่วนใดส่วนหนึ่งเป็นไปในทางตรงกันข้าม บุคคลก็มีแนวโน้ม

ที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งสอดคล้องกับ สมใจ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล พบว่า ความคาดหวังในผลลัพธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สมมติฐานที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จากผลการวิจัยพบว่า

แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ลักษณะอาการอาการแสดงของโรคต้อหินส่วนใหญ่ไม่มีอาการเจ็บปวด หรือตามัวการดำเนินโรคเป็นไปอย่างช้าๆ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเหมือนไม่ได้เจ็บป่วยอะไรจึงไม่ต้องการแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ หรือบุคคลใกล้ชิดสนใจ เอาใจใส่ House (1981) อังใน จีระศักดิ์ (2550) กล่าวว่า การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เช่น การให้ความสนใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน การถามไถ่ เป็นต้น ซึ่งขัดแย้งกับชลธิชา (2549) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคต้อหินที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับนภาพร (2541) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรังพบว่าการได้รับแรงสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

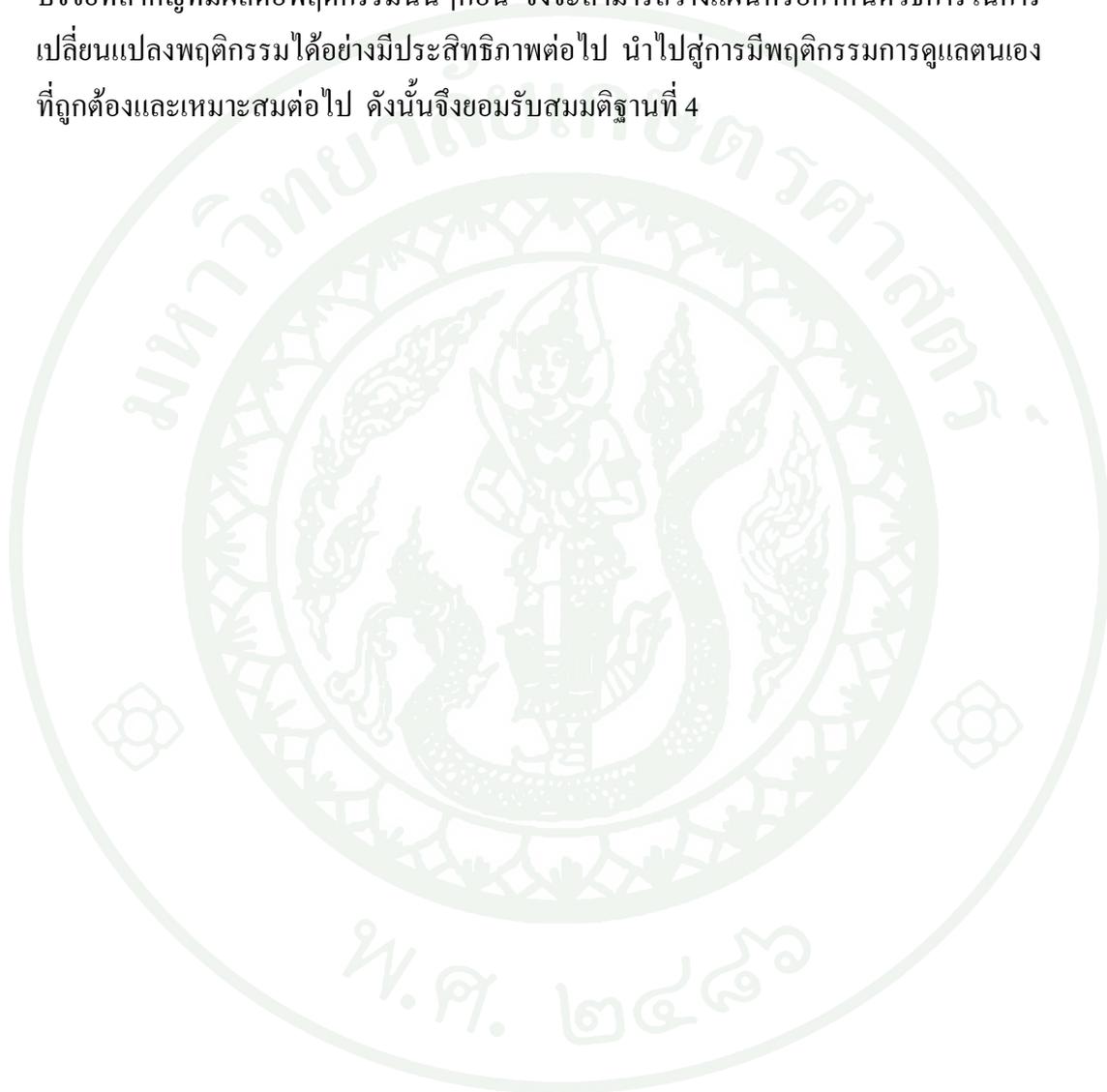
แนวคิดของ House (1981) อ้างใน จีระศักดิ์ (2550) การให้ข้อมูลข่าวสารได้แก่ การให้คำปรึกษา แนะนำการตัดสินใจ การให้ข่าวสารความรู้ สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่บุคคล ได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลอื่นในสังคม การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการยอมรับ การได้รับการช่วยเหลือทางด้านวัตถุ สิ่งของ ข้อมูล ข่าวสาร ซึ่งสอดคล้องกับ นภาพร (2541) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรังพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากคู่สมรมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับ ชลธิชา (2549) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคต่อหีนที่ได้รับการรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนก ผู้ป่วยนอกวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคต่อหีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

แรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหีนมุมเปิดที่ได้รับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) แนวคิดของ House (1981) อ้างใน สุปรียา (2548) กล่าวว่า แรงสนับสนุนด้านทรัพยากรเป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การได้เงิน การได้แรงงาน การให้เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและแนวคิดของ Pender (1996) อ้างใน สุปรียา (2548) กล่าวว่า การช่วยเหลือด้านทรัพยากรเป็นการให้ความช่วยเหลือในเรื่องงาน ดังนั้น แรงสนับสนุนทางสังคมนับเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ที่สามารถสนับสนุนชักจูงหรือเอื้ออำนวยให้บุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนเกิดการปฏิบัติตัว หรือ มีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ซึ่งขัดแย้งกับ ขนิษฐา (2544) ได้ ศึกษาผลของ การพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหีนปฐมภูมิมุมเปิด โรงพยาบาลพหลพลุฑเสนา จังหวัดกาญจนบุรีพบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีนปฐมภูมิล้างได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีความรู้เรื่องโรค และพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่า ก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ ขัดแย้งกับ ชลธิชา (2549) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน ที่ได้รับการรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สมมติฐานที่ 4 ตัวแปรจากการรับรู้ที่มีต่อการเกิดตาบอด การเชื่อในความสามารถของตน แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ได้ดีกว่า การทำนายจากตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียวจากผลการวิจัยพบว่า

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) พบว่ามีตัวแปรร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง 3 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอด การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายร้อยละ ( $R^2 = 18.7$ ) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางของความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด พบว่า ตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปร คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอด การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอด เป็นตัวแปรทำนายที่มีอำนาจการทำนายสูงสุดถึงร้อยละ 11.2 ซึ่งสอดคล้องกับ จินตนา (2542) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจกโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ความรุนแรงของโรค และระดับการศึกษา สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจกได้ร้อยละ 27.93 ( $R^2 = 0.2793$ ), สอดคล้องกับ ชีรา (2543) ได้ศึกษา เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ สามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถร่วมทำนายการดูแลตนเองได้ร้อยละ 14.10 และสอดคล้องกับ สมใจ (2549) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล พบว่า ตัวแปรความคาดหวังในความสามารถ แรงสนับสนุนทางอารมณ์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความรุนแรงสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล ได้ร้อยละ 55.7

สรุปได้ว่าตัวแปรของ การรับรู้ที่มีต่อการเกิดตาบอด ตัวแปรของการเชื่อในความสามารถของ ตน และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมได้ดีกว่าการทำนายจากตัวแปรใด ตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียว และสามารถนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคต้อหิน มุมเปิดเพื่อป้องกันตาบอด โดยจะต้องพิจารณาจากองค์ประกอบหลายๆ ด้าน และวิเคราะห์ถึง ปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ ก่อน จึงจะสามารถวางแผนหรือกำหนดวิธีการในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป นำไปสู่การมีพฤติกรรมดูแลตนเอง ที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานที่ 4



## สรุปและข้อเสนอแนะ

### สรุป

การศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประเภทการสำรวจ (Survey Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) โดยทำการศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพ แนวคิดทฤษฎีการเชื่อในความสามารถของตน แนวคิดทฤษฎีแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิด และตั้งสมมติฐานการวิจัย ผลการศึกษาที่ได้จะนำมาเป็นข้อมูลในการดำเนินงานสุขศึกษา เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด และสามารถนำมากำหนดแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันตาบอดของโรคต้อหินมุมเปิด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดอัตราการตาบอด ด้วยโรคต้อหินมุมเปิด อันจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวมได้

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก คัดเลือกโดยใช้วิธีเจาะจง (Purposive Sampling) รวมทั้งสิ้น 230 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความตรงตามโครงสร้างจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 4 ท่าน (รายชื่อในภาคผนวก ก) กำหนดหาความเชื่อมั่นโดยรวมทั้งฉบับของแบบสอบถามได้ เท่ากับ .84 โดยเริ่มดำเนินการเดือนพฤศจิกายน 2552 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถ สรุปตามวัตถุประสงค์ของวิจัยได้ ดังนี้

## 1. สรุปผลตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้คือ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหिनมุมเปิด ที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคต่อหिनมุมเปิดจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดได้อย่างเหมาะสม ต้องเป็นไปตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การเชื่อในความสามารถของตนแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ได้นำมาวิเคราะห์

## 2. สรุปตามวัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย

วัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย ได้กำหนดไว้ ดังนี้ คือ

2.1 เพื่อทราบพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหिनมุมเปิด ของผู้ป่วยนอกแผนกจักษุวิทยา โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

จากการศึกษาในภาพรวมพบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหिनมุมเปิดส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 35.3 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง ระดับปานกลาง ร้อยละ 33.4, 31.3 ตามลำดับ

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการตาบอด การรับรู้ความรุนแรงโรคต่อหिनมุมเปิด การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน แรงจูงใจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหिनมุมเปิด ที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ที่มีต่อการเกิดตาบอด รายด้านได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการตาบอด การรับรู้ความรุนแรงโรคต่อหिनมุมเปิด การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน แรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหिनมุมเปิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ ระดับ .01, .01, .05 , .05 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเชื่อในความสามารถของตนเพื่อป้องกันตาบอด ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอด ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลตนเองกับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอด ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .01 ตามลำดับ

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร แรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากรกับพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

ผลการศึกษาการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากรไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ส่วนแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปร การรับรู้ที่มีต่อการเกิดตาบอด การเชื่อในความสามารถของตน แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดได้ดีกว่า การทำนายจากตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียว

ผลการวิเคราะห์หัตถ์คดอยพหุคูณ พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเอง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมได้ ร้อยละ 18.7 โดยตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นตัวทำนายสูงสุดคือ ร้อยละ 11.2

### ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง) ดังนั้น ผู้วิจัย ขอเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติดังนี้

#### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จากการวิจัย พบว่า ตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ดังนั้นการจะส่งเสริมและสนับสนุนผู้ป่วย มีพฤติกรรมการป้องกันตาบอดที่แก้ไขไม่ได้ แต่ป้องกันตาบอดได้ ควรนำตัวแปรดังกล่าว มาวางแผนและกำหนดยุทธศาสตร์แผนการดำเนินงานสุขศึกษาให้ครอบคลุมถึงความรู้ ทักษะ ทักษะของผู้ป่วยโรคต้อหินอย่างต่อเนื่อง และมีการประเมินผล

2. ควรจัดให้มีการประชุม ฝึกอบรม หรือสัมมนา เพื่อพัฒนาทักษะความรู้ ความสามารถของบุคลากรการแพทย์ภายในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลในระบบการส่งต่อ ทั้งนี้เนื่องจาก ผลการวิจัย พบว่า แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดในผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด

#### ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดอย่าง ถูกต้อง จึงควรมีการกำหนดแผนปฏิบัติการดังนี้

1. จัดกิจกรรมการสอนสุขศึกษารายบุคคล หรือให้คำปรึกษาเฉพาะรายบุคคลในรายที่ไม่สามารถควบคุมความดันตาได้ นอกจากนั้นควรจัดให้มีโสตทัศนูปกรณ์ที่เหมาะสม เช่น โทรทัศน์วงจรปิด วีดิทัศน์ ภาพพลิก โปรเจคเตอร์ เอกสารแผ่นพับ รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลความรู้ เจตคติ การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดอย่างต่อเนื่อง

2. จากผลการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด โดยประยุกต์ทฤษฎีทั้ง 3 นำมาใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา เริ่มจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อให้ตระหนักถึงความเลวร้าย ความรุนแรงของโรคต้อหินมุมเปิด และรับรู้ผลดีที่ปฏิบัติตาม อุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติตาม มีแรงจูงใจที่ส่งเสริมให้ปฏิบัติตาม โดยใช้แรงสนับสนุนทางด้านสังคม โดยคัดเลือกตัวแทนของกลุ่มผู้ป่วยโรคต้อหินเป็นต้นแบบที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองดี เป็นตัวอย่างให้ผู้ป่วยโรคต้อหินคนอื่นเป็นแบบอย่าง โดยใช้ทฤษฎีการเชื่อในความสามารถตนเองมากระตุ้น โดยมีเจ้าหน้าที่คอยประสานงาน ชี้แนะ สนับสนุน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

3. จัดตั้งชมรมผู้ป่วยโรคต้อหิน เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระบายความรู้สึก เป็นการเพิ่มการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่ ในช่วงระหว่างรอตรวจรักษา ทำให้ผู้ป่วยไม่เบื่อหน่ายในการรอคอย

4. จัดงานวันต้อหินโลก (World Glaucoma Day) ในวันที่ 12 มีนาคม ของทุกปี มีกิจกรรมภายในงานประกอบด้วย

- บรรยายให้ความรู้ โดยจักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านต้อหิน
- ตรวจคัดกรองโรคต้อหินด้วยเครื่องมือพิเศษที่ทันสมัย (ตรวจเฉพาะผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป)
- จัดแสดงนิทรรศการเรื่องต้อหิน
- ถาม-ตอบ ปัญหาโรคต้อหิน

ช่วยกระตุ้นเตือนว่าโรคต้อหินยังเป็นภัยเงียบที่พรากแสงสว่างไปจากพวกเราโดย

ไม่รู้ตัว

5. จัดโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ได้แก่ ให้ความรู้เรื่องโรคต้อหินมุมเปิด จัดทำสมุดคู่มือประจำตัวของผู้ป่วยโรคต้อหิน เพื่อทราบข้อมูลในการรักษา สาธิต และฝึกทักษะการใช้ยาหยอดตา จัดทำอุปกรณ์เสริมช่วยหยอดยา

6. ผลจากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินมีอายุน้อยที่สุดคือ 21 ปี ดังนั้นเสนอให้มีการคัดกรองโรคต้อหินมุมเปิดกับประชาชนหรือกลุ่มเสี่ยงที่อายุต่ำกว่า 40 ปี เพราะประชาชนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน และมีอายุชัณยาน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความเจริญก้าวหน้าของประเทศชาติ

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การประยุกต์ทฤษฎีทั้ง 3 จากงานวิจัยครั้งนี้ไปเป็นแนวทางงานวิจัยเพื่อใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาและคัดกรองโรคทางจักษุวิทยาที่สามารถป้องกันตาบอดในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิให้ครอบคลุมทุกช่วงอายุ
2. ควรมีการศึกษาวิจัยถึงทดลอง โดยนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปทำการศึกษาต่อเรื่องประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด
3. ควรทำการศึกษาในลักษณะวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเน้นการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกถึงเส้นทางชีวิตของผู้ป่วยตาบอดสาเหตุจากโรคต้อหินมุมเปิด

## เอกสารและสิ่งอ้างอิง

- กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. 2542. แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้ในการดำเนินงาน  
**สุขศึกษาพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.** โรงพิมพ์กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวง  
 กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. 2550. **สถิติสำหรับงานวิจัย.** พิมพ์ครั้งที่ 3. ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์  
 มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ. 2550. **สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์.** ม.ป.ท.
- โกศล คำพิทักษ์. 2548. **ตำราจักษุวิทยา.** สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, กรุงเทพฯ.
- ขนิษฐา คุณสว่าง. 2544. ผลงานของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้เรื่อง  
**โรคและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินปฐมภูมิมุมเปิด**  
**โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,  
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา มณฑลปัญญากุล. 2542. **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการ**  
**ดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์**  
**(วัดไร่ขิง).** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- จีระศักดิ์ เจริญพันธ์และเฉลิมพล ต้นสกุล. 2550. **พฤติกรรมสุขภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 6. โรงพิมพ์  
 คลังนานาวิทยา, มหาสารคาม.
- เชาวลัดกษณ์ ฤทธิสรไกร. 2551. **สังคมศาสตร์สาธารณสุข.** พิมพ์ครั้งที่ 2. ศูนย์หนังสือ  
 มหาวิทยาลัยทักษิณ.

- ชลธิชา พราทิตย์. 2549. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ธีรา พงษ์พานิช. 2544. การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหีน โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- นภาพร พรหมคำชาว. 2541. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. 2550. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. บริษัทยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด, กรุงเทพฯ.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. 2536. พฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง). 2551ก. ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล. ม.ป.ท.
- โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง). 2551ข. งานเวชระเบียนและสถิติ. ม.ป.ท.
- มัณฑิมา มะกรวัฒน์. 2549. การป้องกันโรคต่อหีน. วารสารจักษุกรรมศาสตร์ 1(2): 27-31.
- ยุพิน ลีละชัยกุล. 2550. การรักษาต่อหีนโดยใช้ยา. ห้างหุ้นส่วนจำกัดกอไผ่การพิมพ์, กรุงเทพฯ.
- \_\_\_\_\_. และ ไพศาล ลีละชัยกุล. 2550. จักษุพยาธิวิทยา. โรงพิมพ์เดือนตุลาจำกัด, กรุงเทพฯ.

รุจิรา ดวงสงค์. 2550. การจัดการทางสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ. โรงพิมพ์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล. 2545. การพยาบาลผู้รับบริการที่ผิดปกติทางตา. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย  
ธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.

ศศิธร อิทุง. 2540. การศึกษาเปรียบเทียบผลของการสอนโดยใช้สื่อการสอนกับการสอนตาม  
ปกติในผู้ป่วยโรคต้อหิน. งานวิจัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สมใจ แซ่เตีย. 2549. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอ  
ประสาทตาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สมจิต หนูเจริญกุล. 2536. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2  
ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ.พรินติ้ง, กรุงเทพฯ.

สมบุญ ชัยมานะการ. 2543. ประสิทธิภาพการประยุกต์ความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของ  
ผู้ป่วยหลังการสลายต่อกระจก ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและใส่แก้วตาเทียม ณ โรงพยาบาล  
ศูนย์สระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล .

สมสงวน อัยขุณ. 2549. ตำราเวชปฏิบัติจักษุสาธาณสุข. บริษัท วิทอินดีไซน์ จำกัด, เชียงใหม่

สุชาติ พหลภาคย์. 2550. พฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์แอนนาออกเซต,  
ขอนแก่น.

สุชาดา ภัทรสงคฤทธิ. 2542. การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต้อหินเรื้อรัง.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุปรียา ต้นสกุล. 2548. ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
โรงพิมพ์ยูทธรินทร์, กรุงเทพฯ

สกวรัตน์ คุณาวิศรุต. 2548. **แนวทางปฏิบัติโรคทางจักษุวิทยาสำหรับจักษุแพทย์.**

โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

\_\_\_\_\_. 2532. **Glaucoma.** บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด, กรุงเทพฯ.

สัมพันธ์ และ สุกัญญา. 2550. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ  
ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองและผลการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินชนิด  
ปฐมภูมิ. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 17(1): 128-138.

สุวภัทร ณ วัดใหม่. 2548. การพยาบาลผู้ป่วยต้อหิน. **Update In Ophthalmology  
For Practitioner Nurse.** โรงพิมพ์นำผล, สงขลา.

สุวิมล ตีรกันันท์. 2546. การใช้สถิติในการวิจัยทางสังคมศาสตร์: **แนวทางสู่การปฏิบัติ.**  
โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

อภิชาติ สิงคาลวณิช และ ญาณี เจียมไชยศรี. 2540. **ตำราจักษุวิทยา.** บริษัท โอเอสติก พับลิชชิ่ง  
จำกัด, กรุงเทพฯ.

อรุณี จิรวัดน์กุล. 2551. **ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 3.  
โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, ขอนแก่น.

Bandura , A. 1977. **Self Efficacy: Encyclopedia of Human Behavior.** V.S.Ramachaudran.  
Academic Press, New York.

\_\_\_\_\_. 1978a. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change *psychological.*  
**Psychologic** 5 (7): 191-491.

Becker, M. H. 1974. **The health belief model and Sick Role Behavior.** Health Education  
Monographs.

- Becker, M. H. 1977. The health belief model and prediction of diary compliance. A field experiment. **Journal of Health and Social Behavior.** 10 (4): 1-5.
- \_\_\_\_\_. and L.A. Maiman. 1978. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. **Medical Care** 13: 10-24.
- Caplan, G. 1974. **Support System and Community Mental Health: Lecture on Concept Development.** Behavioral Publications, New York.
- Cobb, S. 1976. **Social supports and health.** Academic Press, New York.
- Cronbach. and J. Lee. 1970. **Essential of Psychological Testing.** Harper and Row, New York.
- Green , L.W. 1980. **Health Education Planning: A Diagnostic Approach.** Mayfield Publishing Company, California.
- Hill , L. and N.Smith. 1985. **Self-care Nursing Promotion of Health.** Prentice Hall, New jersey.
- Kasl , S. V. and S. Cobb. 1974. **Health behavior, and sick role behavior : health and illness Behavior.** In P. Greenwald, A. G. Ershow, W.D. Novalli and C.M. Benton ( Eds), Cancer diet and nutrition: A comprehensive sourcebook. Marquis Who's Who, Inc., Illinois.
- Kirscht. 1974. Research Related to the Modification of Health Beliefs. **Health Education Monographs** 2: 455-469.
- Levin, L. 1976. The Lay Person as the Primary Care Prationer. **Public Health Report** 9(12): 206-210.

- Norbeck , K. 1982. The use of social support in clinical practice. **Journal of psychosocial Nursing and Mental Health Science** 20 (December): 22-29.
- Norris, C.M. 1987. Self-care. **American Journal of Nursing** 79(3): 486-489.
- Orem , D.E. 1985. **Nursing Concepts of Practice**. 3<sup>rd</sup> ed. McGraw-Hill Co., New York, U.S.A.
- \_\_\_\_\_. 1991. **Nursing concepts of practice**. 4<sup>th</sup> ed. Mosby Yearbook, St. Louis.
- Pender, N.J. 1987. **Health Promotion Nursing Practice/Nola J.** 3<sup>rd</sup> ed. A ppleton and Lange, Stamford.
- Rosenstock, I.M. 1974. The health belief model and preventive health behavior. **Health Education Monographs** 2 ( b ): 355-385.
- Thoit , P.A. 1982. Conceptaul methodological and theoretical problem in studying social Support as a buffer against life stress. **Journal of Health Social Behavior** 23: 145-159.
- Yamane, T. 1973. **Statistics : Introductory Analysis**. Harper International Edition, Tokyo.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการวิจัย

### รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการวิจัย

1. นายแพทย์จตุพร งามจิตต์อำไพ  
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหน่วยงานต้อหิน  
ศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านจักษุวิทยา โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง)
2. แพทย์หญิงดวงดาว ทศณรงค์  
นายแพทย์ชำนาญการ เฉพาะทางสาขาต้อหิน  
ศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านจักษุวิทยา โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง)
3. แพทย์หญิงอรอร ชงอินเนตร  
นายแพทย์ชำนาญการ เฉพาะทางสาขาต้อหิน  
ศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านจักษุวิทยา โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง)
4. ค.ร.วิราสิทธิ์ วสีวีร์  
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
หัวหน้าศูนย์ข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ และสาธารณสุข  
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง)



## แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหิน  
มุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก  
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

### คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. โดยตอบแบบสอบถามทั้งหมด มี 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางชีวสังคม

ส่วนที่ 2 การรับรู้ที่มีต่อการเกิดตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด

ส่วนที่ 3 การเชื่อในความสามารถของตนเพื่อป้องกันตาบอด

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอด

2. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา เพื่อทำวิทยานิพนธ์ของนิสิตปริญญาโท สาขาสุขศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ การตอบแบบสอบถามจะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านหรือการทำงานของท่านแต่อย่างใด จึงขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง หรือที่ถูกต้องกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยไม่ต้องเขียนชื่อผู้ตอบในแบบสอบถาม คำตอบที่ได้จากท่านจะถือว่าเป็นความลับและจะนำมาใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

3. ในการตอบแบบสอบถาม ขอความกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ เนื่องจากแบบสอบถามที่มีการตอบ ไม่ครบถ้วนทุกข้อ จะไม่สามารถนำไปวิเคราะห์ผลในการวิจัยได้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้ที่ให้ความกรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์

พิมพ์ใจ หัสชู

นิสิตปริญญาโท(ภาคพิเศษ)

หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สุขศึกษา)

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

## แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหิน  
 มุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก  
 โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางชีวสังคม

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  และเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับข้อเท็จจริง  
 หรือความคิดเห็นของท่าน ขอความกรุณาตอบทุกข้อ

## 1. เพศ

- 1) ชาย  2) หญิง

## 2. ปัจจุบันอายุของท่าน.....ปี (อายุจำนวนเต็ม)

## 3. ท่านจบระดับการศึกษาในระดับใด

- 1) ไม่ได้เรียนหนังสือ  2) ประถมศึกษา  
 3) มัธยมศึกษาตอนต้น  4) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.  
 5) อนุปริญญา/ปวส.  6) ปริญญาตรี  
 7) สูงกว่าปริญญาตรี  8) อื่นๆ.....

## 4. สถานภาพการสมรสในปัจจุบันของท่าน

- 1) โสด  2) คู่  
 3) หม้าย  4) หย่าร้าง/แยกกันอยู่

## 5. ท่านมีอาชีพ

- 1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ  2) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  
 3) รับจ้าง  4) เกษตรกรรม  
 5) ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ  6) อื่นๆ.....

## 6. รายได้รวมของครอบครัว (เดือนละ) เท่าใด

- 1) ต่ำกว่า 10,000 บาท  2) 10,001 – 20,000 บาท  
 3) 20,001 – 30,000 บาท  4) 30,001 – 40,000 บาท  
 5) ตั้งแต่ 40,001 บาทขึ้นไป

## 7. ลักษณะการใช้สิทธิรักษาพยาบาลของท่านเป็นอย่างไร

- 1) จ่ายเอง  2) ตันสังกัด (ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ)  
 3) บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า  4) ใช้สิทธิบัตรประกันสังคม  
 5) ใช้สิทธิอื่นๆ ระบุ.....

**ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ที่มีต่อการเกิดตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด**

**คำชี้แจง :** ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความของแต่ละข้อ ซึ่งตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เลือกเพียงคำตอบเดียวโปรดตอบทุกข้อ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด  
 เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก  
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมาก  
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ลำดับ ที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.	<b>2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด</b> ท่านคิดว่า ผู้ที่เป็นโรคต้อหินมุมเปิดมีโอกาสเกิดตาบอดมากกว่าคนปกติ				
2.	ท่านคิดว่า ผู้ที่เป็นโรคต้อหินมุมเปิดหยุดหยอดยาในบางครั้งทำให้มีโอกาสตาบอดได้				
3.	ท่านคิดว่า โรคต้อหินมุมเปิดที่เป็นในระยะแรก ถ้าไม่รักษามีโอกาสตาบอดได้				
4.	ท่านคิดว่า โรคต้อหินมุมเปิดที่มีความดันตาสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญทำให้ตาบอดได้				
5.	ท่านคิดว่า คนที่เป็นโรคต้อหินมุมเปิดหยุดไปตรวจรักษาเป็นบางครั้งจะมีโอกาสตาบอดได้				

ลำดับ ที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.	<b>2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อ หिनมมเปิด</b> ท่านคิดว่า โรคต่อหिनมมเปิดใน ระยะแรกถ้าไม่รักษาทำให้โรค รุนแรงมากขึ้น				
2.	ท่านคิดว่า โรคต่อหिनมมเปิดใน ระยะสุดท้ายที่มีภาวะตาบอดแล้วไม่ สามารถรักษาให้มองเห็นได้ เหมือนเดิม				
3.	ท่านคิดว่า โรคต่อหिनมมเปิดเป็น แล้วไม่มีวิธีรักษาให้หายขาดได้				
4.	ท่านคิดว่า โรคต่อหिनมมเปิดเป็น โรคเรื้อรังที่ต้องรักษาไปตลอดชีวิต				
5.	ท่านคิดว่า โรคต่อหिनมมเปิดการมี ความดันตาสูงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ ให้โรครุนแรงขึ้น				
6.	ท่านคิดว่า โรคต่อหिनมมเปิดเมื่อ เข้าสู่ระยะสุดท้าย ทำให้ตาบอด ถาวรส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต				
7.	ท่านคิดว่า โรคต่อหिनมมเปิดถ้าไม่ รักษาทำให้ตาบอดอย่างถาวร				

ลำดับ ที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.	<u>2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตาบอด</u> ท่านคิดว่า การหยอดยาสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ช่วยป้องกันตาบอดได้				
2.	ท่านคิดว่า วิธี การหยอดยาลงร่องตา ล่าง ช่วยในการดูดซึมและกระจายยา ได้ดี				
3.	ท่านคิดว่า การเก็บยาที่ถูกวิธีช่วยให้ ยามีประสิทธิภาพในการรักษา				
4.	ท่านคิดว่า โรคต้อหินมุมเปิดที่รับ การตรวจรักษาในระยะแรกและ ต่อเนื่องสามารถป้องกันตาบอดได้				
5.	ท่านคิดว่า การปฏิบัติตนตาม คำแนะนำของแพทย์พยาบาล ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ รุนแรงได้				
6.	ท่านคิดว่า การควบคุมความดันตา โดยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสริมที่ทำให้ ความดันตาสูง เช่น ความเครียด ของหนัก				
7.	ท่านคิดว่า หากท่านมารับการตรวจ ตา วัดความดันตา ลานสายตา จักษุประสาทตามันจะสามารถ ประเมินและ ติดตามอาการของ โรคได้				

ลำดับ ที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
	<b>2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ตนเพื่อป้องกันตาบอด</b>				
1.	ท่านคิดว่า การได้รับยาหยอดหลาย ชนิด ทำให้สับสนในการหยอดยา				
2.	ท่านคิดว่า เมื่อมีฐานะนอกบ้านท่าน ไม่สามารถนำยาไปหยอดได้				
3.	ท่านคิดว่า หากท่านซื้อยาเดิมจาก ร้านขายยาใกล้บ้านมาใช้เนื่องจาก สะดวกกว่ามาโรงพยาบาล				
4.	ท่านคิดว่า โรงพยาบาลอยู่ไกลทำให้ ไม่สะดวกในการเดินทางมาตรวจ รักษา				
5.	ท่านคิดว่า วิธีการใช้ยาหยอดตา ก่อให้เกิดอุปสรรคกับการดำเนิน ชีวิต				
6.	ท่านคิดว่า เศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวย ต่อการมารับการรักษาพยาบาล				
7.	ท่านคิดว่า การมารักษาอย่าง ต่อเนื่องทำได้ยากเพราะต้องพึ่งพา ผู้อื่นพามาพบแพทย์				

ลำดับ ที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.	<b>2.5 แรงจูงใจด้านสุขภาพ</b> ท่านได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล ทำให้ท่านสามารถดูแล ตนเองได้ถูกต้อง				
2.	ท่านเลือกการรักษาที่โรงพยาบาลแห่ง นี้เพราะมีชื่อเสียงเฉพาะทางโรคตา				
3.	ท่านยอมรับในความสามารถของ แพทย์จึงทำให้ท่านมาตรวจรักษา อย่างต่อเนื่อง				
4.	ท่านเลือกการรักษาที่โรงพยาบาลแห่ง นี้เพราะเครื่องมือทันสมัย				
5.	ท่านคิดว่า การหยุดตาสม่ำเสมอจะ ทำให้ท่านสามารถป้องกันตาบอดได้				

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับการเชื่อในความสามารถของตนเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด**

**คำชี้แจง :** ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความของแต่ละข้อ ซึ่งตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เลือกเพียงคำตอบเดียวโปรดตอบทุกข้อ

ทำได้แน่นอน หมายถึง ท่านสามารถทำตามข้อความนั้นได้มากที่สุด  
 ทำได้ หมายถึง ท่านสามารถทำตามข้อความนั้นได้มาก  
 ทำไม่ได้ หมายถึง ท่านไม่สามารถทำตามข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่  
 ทำไม่ได้แน่นอน หมายถึง ท่านทำตามข้อความนั้นไม่ได้เลย

ลำดับ ที่	ข้อความ	ระดับความสามารถ			
		ทำได้ แน่นอน	ทำได้	ทำไม่ได้	ทำไม่ได้ แน่นอน
1.	3.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอด ท่านสามารถมาตรวจรักษาได้ตามนัดถึงแม้โรคนี้อาจต้องรักษาตลอดชีวิต				
2.	ท่านเป็นโรคต้อหินมุมเปิดที่ต้องรักษาตลอดชีวิตท่านก็สามารถดำรงชีวิตตามปกติได้				
3.	ท่านเชื่อมั่นว่าท่านสามารถปฏิบัติตนเรื่องการไข้ยาได้อย่างถูกต้องและตรงเวลา				
4.	เมื่อท่านมีกิจกรรมที่ต้องไปปฏิบัตินอกบ้านท่านสามารถนำไปหยุดได้ตามเวลาแพทย์สั่ง				
5.	ท่านสามารถกำหนดเวลาหยุดตาได้สอดคล้องกับชีวิตประจำวันและคำสั่งแพทย์				

### ส่วนที่ 3.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลตนเอง

**คำชี้แจง** ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความของแต่ละข้อ ซึ่งตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เลือกคำตอบเพียงข้อเดียว โปรดตอบทุกข้อ

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความคาดหวังตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด  
 มาก หมายถึง ท่านมีความคาดหวังตรงกับข้อความนั้นมาก  
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคาดหวังตรงกับข้อความนั้นปานกลาง  
 น้อย หมายถึง ท่านมีความคาดหวังตรงกับข้อความนั้นน้อย

ลำดับ ที่	ข้อความ	ระดับความคาดหวัง			
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย
1.	<u>3.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวัง</u> <u>ในผลลัพธ์จากการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน</u> <u>ตาบอด</u> ท่านคิดว่าการหยอดยาสม่ำเสมอตาม แพทย์สั่งจะช่วยควบคุมความดันตาที่เป็น อันตรายต่อตาบอดได้				
2.	ท่านคิดว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำจาก แพทย์และพยาบาล อย่างเคร่งครัดจะช่วย ป้องกันตาบอดจากโรคต้อหินมุมเปิดได้				
3.	ท่านคิดว่า การมาตรวจตามแพทย์นัด สม่ำเสมอทำให้สามารถติดตาม ผลการรักษาได้ดี				
4.	ท่านคิดว่า การหยอดยาตาตรงเวลาทุกวัน ช่วยควบคุมความดันตาอยู่ในเกณฑ์ปกติ				
5.	ท่านคิดว่า การมารับการรักษาเพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคนี้				

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ท่านต้องการ โดยท่านเลือกเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ คำตอบมีให้เลือก 4 คำตอบ คือ

มากที่สุด	ความหมาย	ท่านได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด
มาก	ความหมาย	ท่านได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก
น้อย	ความหมาย	ท่านได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย
ไม่ได้รับ	ความหมาย	ท่านไม่ได้รับแรงการสนับสนุนเลย

ลำดับ ที่	ข้อความ	ระดับการได้รับ			
		มากที่สุด	มาก	น้อย	ไม่ได้รับ
	<b>4.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์</b>				
1.	ท่านได้รับกำลังใจและการดูแลจากครอบครัว เมื่อทราบว่าท่านเป็นโรคต่อหินมุมเปิด				
2.	ท่านมีกลุ่มเพื่อนโรคต่อหินมุมเปิดสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพตา				
3.	ท่านมีบุคคลใกล้ชิดที่สามารถพูดคุยเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพ				
4.	ครอบครัวของท่านเข้าใจและเห็นอกเห็นใจที่ท่านเป็นโรคต่อหินมุมเปิดต้องรักษาตลอดชีวิต				
5.	ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการให้บริการของแพทย์ พยาบาล และเครื่องมือทันสมัย				

ลำดับ ที่	ข้อความ	ระดับการได้รับ			
		มากที่สุด	มาก	น้อย	ไม่ได้ รับ
	<b>4.2 แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร</b>				
1.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคต่อหिनมุมเปิดจากหนังสือพิมพ์				
2.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโรคต่อหिनมุมเปิดจากแพทย์พยาบาล				
3.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยาหยอดตาจากเอกสารแผ่นพับและการแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
4..	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหिनมุมเปิดจากผู้ที่ เป็นโรคเดียวกัน				
5..	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการติดตามการรักษาของแพทย์อย่างชัดเจนและถูกต้อง				
	<b>4.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนด้านทรัพยากร</b>				
1.	ท่านได้รับการช่วยเหลือจาก บุคคลในครอบครัวเรื่องการเก็บรักษา				
2.	ท่านมีบุคคลใกล้ชิดช่วยเตือนเรื่องการมาตรวจตามแพทย์นัด				
3.	บุคคลในครอบครัวของท่านสามารถพาท่านมาโรงพยาบาลทุกครั้ง เมื่อแพทย์นัด				
4.	บุคคลในครอบครัวของท่านได้รับการฝึกทักษะจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลท่านเป็นอย่างดี				
5.	ท่านมีบุคคลในครอบครัวช่วยเตือนเรื่องการใช้จ่ายให้ตรงเวลา				

**ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด**  
**คำชี้แจง** กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

<b>ปฏิบัติเป็นประจำ</b>	หมายถึง	ท่านมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ สม่ำเสมอทุกครั้งหรือทุกวัน
<b>ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่</b>	หมายถึง	ท่านมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ บ่อยครั้งหรือเกือบทุกครั้งหรือเกือบทุกวัน
<b>ปฏิบัติเป็นบางครั้ง</b>	หมายถึง	ท่านมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ เป็นบางวันหรือเป็นส่วนน้อย
<b>ไม่ปฏิบัติเลย</b>	หมายถึง	ท่านไม่มีพฤติกรรมหรือ ไม่ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่อง นั้นๆ เลย

ลำดับ ที่	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ			
		ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ เป็นส่วน ใหญ่	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ เลย
	<b>ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด</b>				
1.	ท่านได้หยอดยาตามจำนวนครั้งที่แพทย์สั่ง				
2.	ท่านหยอดยาเพียง 1 หยดต่อยา 1 ขวด				
3.	ท่านเขย่าหยอดตาในช่องแช่แข็ง				
4.	ท่านหยอดยาได้ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง				
5.	การหยอดยาเป็นสิ่งสำคัญแต่ท่านมักลืมหยอดยา				
6.	ท่านไม่หยอดยาตามแพทย์สั่งแต่จะหยอดก่อนมาพบแพทย์ 1 สัปดาห์				

ลำดับ ที่	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ			
		ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นส่วน ใหญ่	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ เลย
7.	ท่านล้างมือก่อนใช้ยาหยอดตา				
8.	ท่านสามารถปฏิบัติตามหลักการ หยอดยาได้ถูกต้องและครบถ้วนตาม คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
9.	ท่านเก็บรักษายาหยอดตาตาม คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
10.	ท่านสามารถสังเกตอาการข้างเคียงทาง ตาหลังใช้ยาได้				
11.	ท่านปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลทุกครั้ง เมื่อมีอาการผิดปกติของดวงตา				
12.	ท่านไม่มารับบริการการตรวจตาม แพทย์นัดเนื่องจากจำวันนัดผิด				

## ประวัติการศึกษา และการทำงาน

ชื่อ	นางพิมพ์ใจ หัสชู
เกิดวันที่	14 เมษายน 2507
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	ศึกษาศาสตรบัณฑิต (เอกสุขศึกษา) มหาวิทยาลัยรามคำแหง พ.ศ.2530 – 2533 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2534 – 2538 พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ร่วมกับโรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา พ.ศ. 2547
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกจักษุ กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง)
ผลงานดีเด่นและ/หรือรางวัลทางวิชาการ	-
ทุนการศึกษาที่ได้รับ	มูลนิธิเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)