



ใบรับรองวิทยานิพนธ์  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)  
ปริญญา

..... สุขศึกษา ..... พลศึกษา  
..... สาขา ..... ภาควิชา

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินที่มารับการตรวจรักษา  
ที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร  
และวชิรพยาบาล

Factors Influencing the Self-care Behaviors of Glaucoma Patients Receiving Care  
at Ophthalmology Clinic, Out Patient Department of Bangkok Metropolitan  
Administration Medical College and Vajira Hospital

นามผู้วิจัย นางชลธิชา พราทิตย์

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

ประธานกรรมการ

( รองศาสตราจารย์อภิสรา นิตยธรรม, ค.ม. )

กรรมการ

( รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย, วท.ม. )

กรรมการ

( รองศาสตราจารย์สุรัชย์ ประเสริฐสรวย, ค.ม. )

หัวหน้าภาควิชา

( ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทรงศักดิ์ นัยสินธุ์, ศศ.ม. )

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

( รองศาสตราจารย์วินัย อางคงหาญ, M.A. )

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ 1 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2549

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน  
ที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก  
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

Factors Influencing the Self-care Behaviors of Glaucoma Patients Receiving Care  
at Ophthalmology Clinic, Out Patient Department of Bangkok Metropolitan  
Administration Medical College and Vajira Hospital

โดย

นางชลธิชา พราทิตย์

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

พ.ศ. 2549

ISBN 974-16-1527-2

ชลธิชา พรอาทิตย์ 2549: ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคคอตีบ  
ที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์  
กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)  
สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา ปรชชานกรรมการที่ปรึกษา: รองศาสตราจารย์  
อลิสสา นิตินธรรม, ค.ม. 110 หน้า

ISBN 974-16-1527-2

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นกาวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ  
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคคอตีบ ที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนก  
ผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย  
เป็นผู้ป่วยโรคคอตีบที่มารับการตรวจรักษาระหว่างเดือนธันวาคม 2548 ถึงเดือนมกราคม 2549  
จำนวน 159 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ  
แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการทดสอบคุณภาพ อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ วิเคราะห์  
ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน  
ค่าทดสอบไคสแคว์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัจจัยทางชีวสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ  
ผู้ป่วยโรคคอตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว  
ต่อเดือน 2) ปัจจัยภายในตัวบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคคอตีบ  
ได้แก่ เจตคติต่อการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรง  
ของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01  
3) ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคคอตีบ  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01

ชลธิชา พรอาทิตย์  
ลายมือชื่อนิติศิต

  
ลายมือชื่อประธานกรรมการ

10, 124, 49

Chontichar Paratid 2006: Factors Influencing the Self-care Behaviors of Glaucoma Patients Receiving Care at Ophthalmology Clinic, Out Patient Department of Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Associate Professor Alisa Nititham, M.Ed. 110 pages. ISBN 974-16-1527-2

The objective of this descriptive research was to study factors influencing the self-care behaviors of glaucoma patients receiving care at Ophthalmology clinic, Out patient department of Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital. The samples are qualified 159 glaucoma patients who got follow up treatments on schedule at out patients ophthalmology clinic between December 2005 to January 2006. Data were collected by purposive sampling. The data were collected by using questionnaires and developed by the researcher and quality test was accepted. The data were analyzed by SPSS program with statistical method consisting of percentage e, mean, standard deviation, Chi-square test and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results showed that 1) The bio-social factors which had significant relationship with self-care behaviors in Glaucoma patients were amount of education and income at the .01 level 2) The internal factors that had significant relationship with self-care behaviors in Glaucoma patients were attitude toward the disease, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit, perceived barriers and self-care respectively at the .01 level 3) Social support factors had significant relationship with self-care behaviors in Glaucoma patients at the .01 level

*Chontichar Paratid*

Student's signature

*Alisa Nititham*

Thesis advisor's signature

10 April 2006

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ นอกจากความมุ่งมั่นและความตั้งใจของผู้วิจัยแล้ว ยังได้รับความกรุณาและความช่วยเหลือจาก รองศาสตราจารย์อภิสรา นิตินธรรม ประธานกรรมการ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย กรรมการวิชาเอก รองศาสตราจารย์ สุรัชย์ ประเสริฐสรวย กรรมการวิชาการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุวัฒน์ เกียรติเสวี ผู้แทนบัณฑิต วิทยาลัย ที่กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ และข้อเสนอแนะ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ช่วยตรวจสอบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย พร้อมกันนี้ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ห้องตรวจจักษุ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอกราบขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยต้อหินทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและยินดีให้ข้อมูล จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จ ลงด้วยดี

ขอขอบคุณผู้ร่วมงาน พยาบาลหอผู้ป่วยจักษุ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล รวมทั้งเพื่อนสนิทนิตินิตปริญาโท สาขาสุขศึกษา ที่ให้ความช่วยเหลือ ความห่วงใย พร้อมทั้งให้กำลังใจซึ่งกันและกันตลอดมา

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณสามีและลูกที่ให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยทุกด้าน สนับสนุน และคอยให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด

ชลธิชา พราทิตย์

มีนาคม 2549

## สารบัญ

	หน้า
สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(3)
สารบัญภาพ	(4)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
ขอบเขตการวิจัย	6
ตัวแปรที่ทำการวิจัย	6
นิยามศัพท์	8
การตรวจเอกสาร	11
ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน	11
แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง	20
แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	34
แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม	41
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	47
กรอบแนวคิดในการวิจัย	54
สมมติฐานในการวิจัย	55
อุปกรณ์และวิธีการ	56
รูปแบบการวิจัย	56
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	56
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	56
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	61
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	63
การวิเคราะห์ข้อมูล	63
ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	64
ผลการวิจัย	64

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ข้อวิจารณ์	75
สรุปและข้อเสนอแนะ	81
สรุป	81
ข้อเสนอแนะ	85
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	88
ภาคผนวก	95
ภาคผนวก ก ราชานามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการวิจัย	96
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม	98
ประวัติการศึกษาและการทำงาน	110

## สารบัญญัตราง

ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะทางชีวสังคมของผู้ป่วยโรคต่อหิน	65
2	จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน	68
3	จำนวนและร้อยละของระดับเจตคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน	69
4	จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่อหิน	69
5	จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหิน	70
6	จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน	70
7	จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน	71
8	จำนวนและร้อยละของระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน	71
9	จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน	72
10	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน	73
11	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน	74
12	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน	75

## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงระยะของการดูแลตนเอง	21
2	แสดงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง	31
3	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค	36
4	กรอบแนวคิดในการวิจัยแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปร	54

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน  
 ที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก  
 วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

**Factors Influencing the Self-care Behaviors of Glaucoma Patients Receiving Care  
 at Ophthalmology Clinic, Out Patient Department of Bangkok Metropolitan  
 Administration Medical College and Vajira Hospital**

คำนำ

ปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบัน ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ทั้งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีผลต่อสุขภาพของประชาชน ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 - 2549) ซึ่งอยู่ในช่วงเปลี่ยนระบบสุขภาพจากการซ่อมสุขภาพไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนและศักยภาพความเข้มแข็งของภาคประชาสังคม เพื่อให้ประชาชนสามารถสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคมได้ รวมทั้งแสวงหาความร่วมมือและการประสานงานที่ดีจากหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์คือ เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้อง มีจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและสังคม รวมทั้งให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชนและสังคม มีศักยภาพสามารถบริหารจัดการและพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ การที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอย่างเดียวกันไม่เพียงพอที่จะทำให้ทุกคนมีสุขภาพดีหรือมีสุขภาพะ ประชาชนมีสุขภาพะได้นั้น จะต้องสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้มากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพได้ จึงจะเป็นระบบที่เป็นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพจะต้องสนับสนุนในเรื่องของการพัฒนาความรู้และทักษะส่วนบุคคล ด้วยการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาเพื่อสุขภาพและการเสริมทักษะชีวิต เพื่อเป็นการเพิ่มทางเลือกแก่ประชาชน เพิ่มโอกาสในการพัฒนาสุขภาพ โรงพยาบาลจะเป็นผู้ริเริ่มจัดให้เกิดกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะชีวิต เพื่อให้ทราบถึงข้อมูลเหตุผลและทางเลือกในการควบคุมสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อม มีการค้นหาโรคในระยะแรก

การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล รวมทั้งการให้คำปรึกษาข้อมูลข่าวสารสุขภาพแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและพัฒนาวิถีชีวิตที่จะเผชิญกับภาวะนั้น ๆ เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

โรคต้อหินซึ่งจัดเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่ง สามารถพบได้ในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกรวมทั้งในประเทศไทยด้วย (Jhonson and Foster, 1988) ปัจจุบันมีประชากรตาบอด (จากการวัดการมองเห็น อ่านได้น้อยกว่าระดับ 3/60 หรือ 10/200 หรือนับนิ้วที่ระยะ 1 เมตรไม่ได้) ถึง 38-45 ล้านคน และพบผู้มีสายตาเลือนราง (จากการวัดการมองเห็น อ่านได้น้อยกว่าระดับ 6/18 หรือ 20/70 หรือนับนิ้วที่ระยะ 3 เมตร ไม่ได้) ถึง 110-135 ล้านคน ซึ่งถ้าไม่มีการรณรงค์ป้องกันตาบอด คาดว่าจะมีคนตาบอดเพิ่มขึ้นทั่วโลกปีละ 1-2 ล้านคน และพบว่า ความชุกของภาวะตาบอดและสายตาเลือนรางเพิ่มขึ้นตามการเพิ่มอายุของประชากร ทั้งนี้ในประเทศพัฒนาแล้วจะมีความชุกของตาบอดประมาณร้อยละ 0.2-0.3 ส่วนในประเทศที่กำลังพัฒนาจะพบความชุกของภาวะตาบอดสูงถึงร้อยละ 1.4 รวมกับการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกว่าจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี ค.ศ. 2020 ซึ่งจะมีคนตาบอดทั่วโลกถึง 80 ล้านคน ถ้าคิดถึงความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจที่จะตามมาในแต่ละประเทศจะมีค่ามากมายมหาศาล องค์การอนามัยโลกยังได้ประมาณการไว้ว่า มีประชากรที่สงสัยว่าเป็นโรคต้อหินประมาณ 100 ล้านคน และจำนวนกว่า 20 ล้านคนที่ทุกข์ทรมานจากโรคต้อหิน ยิ่งกว่านั้นอีก 5 ล้านคนเกิดภาวะตาบอดจากโรคต้อหิน โดยประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคต้อหินจะพบในประเทศที่กำลังพัฒนา (จิตริภักย์ และดวงพร, 2542) สำหรับในประเทศไทย มีรายงานการสำรวจของคณะกรรมการป้องกันตาบอดและควบคุมสายตาพิการ (2539) พบว่า สาเหตุตาบอดที่พบบ่อยในชุมชน ได้แก่ โรคต้อหินซึ่งจัดอยู่เป็นอันดับ 2 ของโรคทางตาที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะตาบอด โรคต้อหินจึงเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขมาก เพราะนอกจากจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดตาบอดแล้ว ยังมีความสำคัญในแง่ของผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวสังคม และประเทศชาติ เนื่องจากโรคต้อหินเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องเป็นเวลานานตลอดชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง

โรคต้อหินเป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากความดันตา (intraocular pressure) สูงขึ้นจนทำให้มีการเปลี่ยนแปลงและทำลายขั้วประสาทตา (optic nerve head) นอกจากนั้นยังทำให้มีการสูญเสียของลานสายตา (visual field defect) มีผลให้การมองเห็นสูญเสียไป ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม จะทำให้เกิดภาวะตาบอดอย่างถาวรได้ แต่ถ้าได้รับการวินิจฉัย

ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที ก็จะสามารป้องกันการสูญเสีย การมองเห็นอย่างถาวรได้ นอกจากนี้การป้องกันไม่ให้ภาวะของโรคต้อหินลุกลามมากขึ้นนั้น ผู้ป่วยจะต้องมีแบบแผนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม การชะลออาการของ โรคที่เป็นอยู่ไม่ให้เพิ่มหรือดำเนินความรุนแรงมากขึ้นนั้น จำเป็นต้องมีการดูแลสุขภาพตนเอง ที่ถูกต้องและเหมาะสม การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำ ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายและตั้งใจ เพื่อดำรงรักษาชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง ตลอดจนหลีกเลี่ยงจากโรคภัย ภัยอันตรายที่คุกคามชีวิต การที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว บุคคลนั้นจะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้ที่จะดูแล ตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้น การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยโอริเริ่ม (1991) แบ่งการดูแลตนเองที่จำเป็นออกเป็น 3 ด้าน คือ ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) ความต้องการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites) และความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health deviation self-care requisites) ดังนั้นถ้าผู้ป่วยโรคต้อหินได้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม ก็จะช่วยลดความรุนแรงและป้องกันการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข ไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (self-care agency) คือพลังหรือความสามารถ อันซับซ้อนที่เกิดจากการเรียนรู้ของบุคคลเพื่อกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งสามารถอธิบายได้ ในรูปของความรู้ ทักษะและแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพอนามัยและความผาสุกแห่งตน (Hartweg, 1991) ถ้าความสามารถในการดูแลตนเองของ บุคคลไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองแล้ว จะทำให้เกิดความพร้อม ในการดูแลตนเองของบุคคลขึ้น

สำหรับวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สถิติของผู้ป่วยโรค ต้อหินที่มารับการตรวจรักษาในปี 2545 - 2547 จากหน่วยเวชระเบียนและสถิติ (2545 - 2547) มีผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาจำนวน 914 คน, 977 คน และ 1,154 คนต่อปี จากสถิตินี้ จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคต้อหินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และจากประสบการณ์ของผู้วิจัย พบว่ามีผู้ป่วยโรคต้อหินจำนวนมากที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง เช่น การหยอดยาตา และการรับประทานยา ไม่ตรงเวลาและไม่สม่ำเสมอ การไม่มาตรวจตามนัดหรือมารับการตรวจ รักษาไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว

เพื่อป้องกันภาวะความดันตาสูง ทำให้มีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะมีภาวะสายตาสั้นหรือมีปัญหาด้านการมองเห็นเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้ป่วย ผลที่ตามมาคือ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง ประสบปัญหาในการดำเนินชีวิต เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ป่วยจะต้องมีแบบแผนพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งมีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เพื่อจะได้ทราบข้อมูลอันจะเป็นแนวทางในการหาวิธีป้องกันแก้ไข แนะนำ และส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อช่วยลดความรุนแรงของโรคตลอดจนเป็นแนวทางการปรับปรุงและพัฒนาทางด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคต้อหินสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพพร้อมกันนี้ยังสามารถนำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผนงานสุขภาพและจัดกิจกรรมเสริมพลังเกี่ยวกับโรคต้อหิน แก่ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลและประชาชนทั่วไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาประเด็นดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินที่มารับการตรวจรักษา ที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทักษะต่อการดูแลตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอกบุคคล กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน ได้แก่ การยอมรับและเข้าใจจากบุคคลในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ต่อเดือนของครอบครัว ของผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ในการวิจัยครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ที่สำคัญคือ

1. ผลจากการวิจัยทำให้ทราบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน ซึ่งสามารถนำข้อมูลมากำหนดแนวทางการปรับปรุงและพัฒนางานทางด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคต่อหีนสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. เป็นข้อมูลให้แก่ทีมงานสุขภาพในการวางแผนและพัฒนา ปรับปรุงและดำเนินงานสุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อหีน แก่ผู้มารับบริการและประชาชนทั่วไป เพื่อให้เกิดแนวทางในการป้องกันการสูญเสียการมองเห็นจากโรคต่อหีนและการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคต่อหีนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

3. ทีมสุขภาพหรือทีมผู้ให้บริการ สามารถนำผลจากการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพ รวมทั้งจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพลังผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถรับผิชอบและจัดการกับสภาวะและการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

4. ผลจากการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า การพัฒนาความรู้และแนวทางการปฏิบัติงาน รวมทั้งงานวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยมีรูปแบบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรม สุขภาพและศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน ที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ระหว่างเดือนธันวาคม 2548 ถึงเดือน มกราคม 2549 จำนวน 159 คน

### ตัวแปรที่ศึกษา

#### ตัวแปรอิสระ

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล
  - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน
  - 1.2 ทักษะคิดต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน
  - 1.3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย
    - 1.3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อหีน
    - 1.3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหีน
    - 1.3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษาโรคต่อหีน
    - 1.3.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคต่อหีน

2. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม
  - 2.1 การยอมรับและเข้าใจจากบุคคลในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด
  - 2.2 การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
  - 2.3 การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ

### ตัวแปรอธิบาย

ปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วย

1. เพศ
2. อายุ
3. ระดับการศึกษา
4. สถานภาพสมรส
5. อาชีพ
6. รายได้ครอบครัวต่อเดือน

### ตัวแปรตาม

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคคอตีบที่ได้รับการตรวจรักษาในด้าน

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป
2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

### 3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ

#### นิยามศัพท์

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยได้กำหนดนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

1. การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคต่อหีนกระทำในชีวิตประจำวัน เพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งประกอบด้วย

1.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่าย การพักผ่อน การออกกำลังกาย การทำงาน การทำความสะอาดของร่างกาย การป้องกันอันตรายจากสิ่งแวดล้อม และการดำรงความสัมพันธ์ระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการของชีวิต ได้แก่ การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะที่มีผลให้พัฒนาการของบุคคลเสื่อมถอยหรือขาดหาย การบรรเทาความเครียด และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคต่อหีน

1.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ได้แก่ การแสวงหาและได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพ การรับรู้ ความสนใจ และการตระหนักถึงอันตราย และผลเสียที่จะเกิดขึ้น อันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพการปฏิบัติตามแผนการรักษา การปรับและยอมรับ

2. ปัจจัยภายในตัวบุคคล หมายถึง คุณลักษณะภายในของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน ประกอบด้วย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน หมายถึง สถิติปัญญาในการเรียนรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคต่อหีน รวมทั้งพฤติกรรมดูแลตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

2.2 ทักษะคิดต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน หมายถึง ลักษณะทางจิตของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน โดยมีองค์ประกอบ 3 ประการด้วยกัน คือ องค์ประกอบด้านความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง องค์ประกอบด้านความรู้สึกพอใจหรือความต้องการที่จะปฏิบัติ องค์ประกอบด้านแนวโน้มมุ่งปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน

2.3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหิน หมายถึง ความเข้าใจและการรับรู้ของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการที่กระทำพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรค ซึ่งจะต้องมีความเชื่อหรือรับรู้ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อหิน หมายถึง การรับรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยต่อโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งเป็นผลจากโรคต่อหิน

2.3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหิน หมายถึง ความเชื่อที่ผู้ป่วยประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่เป็น และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

2.3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเองว่าสามารถป้องกัน หรือลดความเสี่ยงความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามความเป็นจริงนั้น ไม่ขัดขวางต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง

2.3.4 การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน หมายถึง การรับรู้มีความคิดหรือการคาดคะเนของผู้ป่วย ว่ามีสิ่งขัดขวางหรือเป็นอุปสรรคต่อการกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเอง

3. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล หมายถึง การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับการส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ประกอบด้วย

3.1 การยอมรับและเข้าใจจากบุคคลในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด หมายถึง การได้รับความเข้าใจ การยอมรับ และความเข้าใจจากคู่สมรสและบุคคลในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดในการเอาใจใส่ห่วงใยช่วยเหลือ

3.2 การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมายถึง การได้รับความแนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จากแพทย์ พยาบาล ในสถานบริการสุขภาพ

3.3 การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ หมายถึง การได้ยิน ได้ฟัง ได้อ่าน ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคต่อหิน รวมทั้งการดูแลตนเองทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จากสื่อวิทยุ โทรทัศน์ เอกสาร และสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ

4. ปัจจัยทางชีวสังคม หมายถึง ลักษณะทางสังคมของผู้ป่วยโรคต่อหิน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ครอบครัวต่อเดือน

5. ผู้ป่วยโรคต่อหิน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ว่าเป็นโรคต่อหิน และมาติดตามการรักษาเพื่อควบคุมอาการของโรคที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

## การตรวจเอกสาร

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นพื้นฐานการวิจัย ซึ่งประมวลผลได้ดังต่อไปนี้

1. โรคต้อหิน (Glaucoma)
2. แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง (the theory of self - care)
3. แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model)
4. แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (social support theory)
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน สาเหตุ พยาธิสภาพ

ต้อหินเป็นกลุ่มอาการของโรค (อภิชาติ และญาติ, 2540) ที่เกิดจากความดันตา (intraocular pressure) สูงขึ้น จนทำให้มีการเปลี่ยนแปลงและทำลายขั้วประสาทตา (optic nerve head) จากนั้นทำให้มีการสูญเสียของลานสายตา (visual field defect)

Shields (1992) ได้อธิบายถึงพยาธิสภาพของโรคต้อหินว่า โดยปกติภายในลูกตาของคนเราจะมีของเหลวหลายอย่างบรรจุอยู่ ของเหลวสำคัญอย่างหนึ่งคือ aqueous humor จะอยู่ทางส่วนหน้าของช่องลูกตา (anterior chamber) หลังแก้วตา คำว่า aqueous humor มีลักษณะคล้ายน้ำ ซึ่งสร้างจากเยื่อบุผิว (epithelium) ของ ciliary process ซึ่งประกอบด้วยขบวนการ 3 อย่าง คือ การหลั่ง (active secretion) การกรอง (ultra filtration) และการระบาย (diffusion) ซึ่งน้ำในลูกตานี้ จะไหลเวียนจากช่องหลังม่านตา (posterior chamber) ผ่านรูม่านตา (pupil) เข้าไปสู่มุมระหว่างกระจกตาและม่านตา แล้วระบายผ่านตะแกรงระบายน้ำในลูกตาไปสู่ท่อ schlemm's canal แล้ว

เข้าสู่ระบบหลอดเลือดดำที่อยู่นอกลูกตา ส่วนสำคัญที่เกี่ยวข้องการไหลเวียนออกของน้ำในตาคือ บริเวณมุมม่านตา ซึ่งประกอบด้วยเยื่อบุชั้นใน (endothelium) ของกระจกตาที่อยู่ด้านหน้า ส่วนด้านหลังประกอบด้วยผิวหน้าของม่านตาและถ้า ciliary process สร้างน้ำในลูกตามากกว่าปกติ แต่การระบายออกไม่ดีหรือน้อย ก็จะทำให้ความดันในลูกตาสูงได้ และจากความดันตาที่สูงขึ้น จะไปทำลายขั้วประสาทตา โดยความดันตาจะกดขั้วประสาทตาโดยตรง ทำให้เกิดการอุดตัน ทางเดินของสารอาหาร (axoplasmic flow) ของเส้นใยประสาทตา และความดันตาสูงจะไปกด หลอดเลือดที่มาเลี้ยงขั้วประสาทตา ทำให้เกิดภาวะขาดเลือด จะทำให้ขั้วประสาทตาฝ่อ เป็นผล ทำให้ตาบอดได้

ค่าความดันตาปกติเท่ากับ 16 มิลลิเมตรปรอท มีค่าเบี่ยงเบนประมาณ 3 มิลลิเมตรปรอท (วัลลภ, 2539) ปัจจุบันพบว่า ไม่มีค่าความดันตาที่แน่นอนที่จะแบ่งระหว่างปกติและผิดปกติ เพราะในบางคนอาจมีการทำลายของประสาทตาได้ทั้งที่มีความดันตา เพียง 15 มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่บางคนอาจทนได้ถึง 30 มิลลิเมตรปรอท และความดันตายังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ มีการเสี่ยงต่อการทำลายของประสาทตา และการสูญเสียลานสายตา

Ritch and Krupin (1996) กล่าวถึงสาเหตุการเกิดความดันตาสูงจนทำให้เป็นต้อหินว่า ส่วนมากเกิดจากการระบาย aqueous humor มีการไหลเวียนหรือการระบายออก (outflow drainage) ไม่ดี ซึ่งเกิดจากสาเหตุใหญ่ที่สำคัญ 2 ประการ คือ

1. มีการอุดตันตรงมุมม่านตา (anterior chamber angle หรือ iris angle) มุมม่านตา ของแต่ละคนจะมีขนาดแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับขนาดและรูปร่างของลูกตา นอกจากนั้นยังเกี่ยวกับ พันธุกรรมด้วย คนที่มีช่องหน้าลูกตาดึก มักจะมีมุมม่านตาเปิดกว้าง (wide open angle) ตรงข้ามกับ คนที่มีช่องหน้าลูกตาดื้น มักจะมีมุมม่านตาแคบ (narrow angle) ก็จะทำให้เกิดต้อหินชนิดมุม ปิดเฉียบพลันได้ หรือในคนที่สายตาวายก็จะมีมุมม่านตาแคบ คนพวกนี้เมื่อมีอายุผ่านเลย วัลกลางคนแก้วตาจะหนาขึ้น ก็ยิ่งทำให้มุมม่านตาแคบยิ่งขึ้น และถ้าเป็นต้อกระจกด้วยก็ยิ่งจะ ทำให้แก้วตาบวม น้ำ มุมก็จะแคบเข้าไป ทำให้การระบายน้ำในลูกตาออกไม่ได้ดี เกิดต้อหินมุม ปิดเฉียบพลัน

2. มีการขัดข้องที่ส่วนตะแกรงระบายน้ำในลูกตา เกิดการปิดกั้นระบบการไหลเวียน ของน้ำในตา ทำให้การระบายออกไม่ดีพอ ก็จะทำให้ความดันในลูกตาค่อย ๆ สูงขึ้น เกิดเป็น ต้อหินมุมปิดเรื้อรัง

Kanski (1989) แบ่งชนิดของต้อหินออกเป็น

### 1. โรคต้อหินปฐมภูมิ (primary glaucoma)

เป็นโรคต้อหินที่ไม่ทราบสาเหตุ ไม่มีโรคทางตาหรือโรคทางร่างกายอยู่เดิมที่เป็นสาเหตุของความดันตาที่เพิ่มขึ้น ในกลุ่มนี้สามารถแบ่งออกไปตามลักษณะของมุมม่านต้อีกด้วย คือ

1.1 ต้อหินชนิดมุมปิดปฐมภูมิ (primary closure angle glaucoma) มักจะพบในคนอายุ 40-50 ปีขึ้นไป พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย เกิดจากมีมุมม่านตา (iris angle) ที่แคบและตื้น มาเบียดที่ท่อระบายน้ำในลูกตาตีบลง ทำให้การไหลเวียนของน้ำในลูกตาออกไม่ได้ อาการและอาการแสดงจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระยะเวลาของโรค แบ่งออกเป็น

1.1.1 ต้อหินมุมปิดชนิดชั่วคราว [subacute (intermittent) closure angle glaucoma] เกิดจากมุมม่านตาเบนมาปิดหน้าตะแกรงระบายน้ำในลูกตาเพียงบางส่วน ทำให้การไหลเวียนของน้ำในลูกตาออกไม่ได้ชั่วระยะเวลาหนึ่ง

อาการและอาการแสดง

- 1) ผู้ป่วยจะมีอาการปวดตาแลปวดศีรษะเล็กน้อย
- 2) มีอาการตามัว เห็นสีรุ้งรอบดวงไฟ (halos)
- 3) ความดันต้ามักจะปกติ ขนาดของรูม่านตปกติ แต่จะพบว่าช่องลูกตาส่วนหน้าจะ ตื้นมาก ถ้าอาการเกิดขึ้นหลาย ๆ ครั้ง อาจจะเป็นต้อหินชนิดมุมปิดเรื้อรังได้
- 4) ความดันต้ามักจะปกติ ขนาดของรูม่านตปกติ แต่จะพบว่าช่องลูกตาส่วนหน้าจะตื้นมาก ถ้าอาการเกิดขึ้นหลาย ๆ ครั้ง อาจจะเป็นต้อหินชนิดมุมปิดเรื้อรังได้

1.1.2 ต้อหินมุมปิดชนิดเฉียบพลัน (acute closure angle glaucoma) ต้อหินชนิดนี้เป็นภาวะรีบด่วนทางตา (ocular emergency) หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องทันเวลา ตาอาจจะบอดได้ เนื่องจากมุมด้านตาเบนมาปิดที่ระบายโดยรอบ 360 องศา น้ำในลูกตาไม่สามารถไหลเวียนออกได้ ทำให้ความดันตาสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว

#### อาการและอาการแสดง

- 1) ปวดตาและปวดศีรษะข้างที่เป็น (severe and deep pain) อาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย
- 2) ตามัวลงมาก เนื่องจากมีน้ำเข้าไปแทรกอยู่ในกระจกตา (corneal edema)
- 3) ผู้ป่วยจะมีอาการเห็นสีรุ้งรอบดวงไฟ (halos)
- 4) ตาแดงจากเส้นเลือดที่เยื่อตาขาว
- 5) รูม่านตาขยาย เนื่องจากความดันตาที่สูงขึ้น จะไปกดกล้ำเนื้อของม่านตาและจะพบช่องหน้าของลูกตาตื้น
- 6) เลนส์อาจจะมีต้อกระจก (anterior subcapsular cataract)
- 7) โดยเหตุที่ความดันตาสูงขึ้นทีละน้อย ผู้ป่วยจึงมักจะไม่มีอาการ บางคนอาจพบว่ามีมีนศีรษะเล็กน้อย อ่านหนังสือจะรู้สึกเพียตาและตาพร่าเร็ว
- 8) ความดันลูกตามักจะสูงมาก อาจสูงถึง 60-80 มิลลิเมตรปรอท

การวินิจฉัยแยกโรคต้อหินชนิดมุมปิดเฉียบพลัน ต้องแยกออกจากโรคที่มีอาการปวดตาและตาแดง เฉียบพลัน 3 โรค คือ การอักเสบเฉียบพลันของม่านตา (acute iritis) การอักเสบของกระจกตา (acute keratitis) และเยื่อตาอักเสบ (acute conjunctivitis)

1.1.3 ต้อหินชนิดมุมปิดเรื้อรัง (chronic closure angle glaucoma) ต้อหินชนิดนี้มักจะพบในคนสูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติทางครอบครัว เช่น บิดหรือมารดาเป็นต้อหิน จะมีโอกาสเป็นต้อหินชนิดนี้ได้มากขึ้น การตรวจตาพบว่า ผู้ป่วยจะมีความดันตาไม่สูง ตรวจข้อประสาทตาพบว่าข้อประสาทตาบวมจากต้อหิน มีช่องหน้าม่านตาและมุมระบายของเหลวในตาปกติ แต่ส่วนที่เป็นตะแกรงระบายน้ำในตาจะระบายออกไม่ดี ทำให้น้ำในตาที่ผลิตได้ตามปกติไหลออกจากตาไม่ได้ตามส่วน เกิดการกั่งของน้ำในลูกตาทำให้ความดันตาสูงขึ้น

1.2 ต้อหินมุมเปิดปฐมภูมิ (primary open angle glaucoma) เป็นต้อหินชนิดเรื้อรัง โดยโรคจะดำเนินไปอย่างช้า ๆ ไม่มีอาการเจ็บปวดบริเวณตา มักเป็นทั้ง 2 ข้าง โดยระยะแรก ๆ จะไม่พบอาการผิดปกติ แต่เมื่อโรคดำเนินไปมากแล้วประสาทตาจะถูกทำลายไปเรื่อย ๆ ทำให้ลานสายตาแคบลงและสายตาสั้นผิดปกติ ถ้าผู้ป่วยมาพบแพทย์ช้าเกินไป อาจทำให้ตาบอดได้ สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่นอน เชื่อว่ามีการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ และเชื่อว่าจากการเสื่อมของตะแกรงระบายน้ำในตา ทำให้น้ำระบายออกไม่ดี รวมทั้งมีการเสื่อมของท่อ schlemm ต้อหินชนิดนี้เป็นต้อหินชนิดที่พบได้มากที่สุด เกิดในอัตรา 1 ต่อ 100 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 40 ปี เกิดได้ทั้งในชายและหญิงเท่ากัน

Kanski (1994) ได้กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคต้อหินชนิดมุมเปิด คือ

- 1) อายุ โดยปกติพบในคนอายุมากกว่า 65 ปี มักไม่พบในคนอายุน้อยกว่า 40 ปี
- 2) เชื้อชาติ ในคนผิวดำพบว่าเกิดโรคนี้ได้ในช่วงอายุที่น้อยกว่าคนผิวขาว
- 3) ประวัติครอบครัว โรคนี้สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมโดยมีฮีนควบคุมหลายตัว พบว่าระดับความดันของลูกตา ความสามารถในการระบายน้ำในลูกตาและขนาดของข้อประสาทตา ล้วนถูกกำหนดโดยฮีน ถ้ามีพ่อแม่เป็นโรคนี้ โอกาสของลูกที่จะเป็นโรคนี้จะมากกว่า 2 เท่าของคนปกติ ถ้าพ่อแม่เป็นโรคนี้และมีลูกเป็นโรคนี้ โอกาสที่หลานจะเป็นโรคนี้จะมากกว่า 4 เท่าของคนปกติ
- 4) ผู้ที่มีสายตาสั้น พบว่า ในสายตาสั้นมีโอกาสเป็นโรคนี้มากกว่าคนปกติ และตาของคนสายตาสั้นจะเกิดการทำลายประสาทตาได้ง่ายกว่าคนปกติ

## อาการและอาการแสดง

ในระยะแรก ๆ ผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการ จะพบอาการก็ต่อเมื่อสูญเสียลานสายตาไปมากแล้ว เนื่องจากระยะแรกจะสูญเสียลานสายตาทางด้านจมูก ซึ่งลานสายตาส่วนนี้จะทับซ้อนกับลานสายตาของอีกตาหนึ่ง จึงไม่มีอาการ แม้ว่าจะเป็นโรคทั้ง 2 ตา แต่การดำเนินของโรคมักไม่เท่ากัน การวินิจฉัยมักพบโดยบังเอิญ ผู้ป่วยที่มีความดันตาสูง น้อยรายที่จะแสดงอาการปวดตา ปวดศีรษะหรือมองเห็นสีรุ้งรอบดวงไฟจากกระจกตาบวม อาจมีอาการปวดตา ตาพร่า การมองเห็นไม่ชัด เนื่องจากลานสายตาแคบลง

การตรวจตา จะพบอาการ 2 อย่างคือ ความดันตาสูง ขั้วประสาทตาบวมจากต้อหิน และมีความผิดปกติของลานสายตา การตรวจลูกตาจะปกติรูม่านตาปกติ ยกเว้นในรายที่เป็นมากจะทำให้ขั้วประสาทตาฝ่อ การตอบสนองของรูม่านตาต่อแสงจะลดน้อยลง

### 2. ต้อหินทุติยภูมิ (secondary glaucoma)

เป็นต้อหินที่เกิดจากความผิดปกติภายในลูกตาหรืออาจเกิดภายนอกลูกตาประกอบด้วย

#### 2.1 ต้อหินที่เกิดจากเลนส์ (lens induced glaucoma)

#### 2.2 ต้อหินที่เกิดจากโรคของ uveal tract

#### 2.3 ต้อหินที่เกิดจากอุบัติเหตุต่อลูกตา (ocular trauma)

#### 2.4 ต้อหินที่เกิดจากก้อนเนื้องอก (ocular tumor)

#### 2.5 ต้อหินที่เกิดจากความผิดปกติของจอประสาทตา vitreous และ choroids

#### 2.6 ต้อหินที่เกิดจากมีการเพิ่มความดัน episcleral vein

#### 2.7 ต้อหินที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดตา

### 3. ต้อหินแต่กำเนิด (congenital glaucoma)

พบได้ในเด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 3 ขวบ โดยมากมักเป็น 2 ข้าง และมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ autosomal recessive trait ตรวจดูบริเวณมุมม่านตาจะพบมี membrane จาก peripheral iris ไปปิดหน้าตะแกรงระบายน้ำในลูกตา ทำให้ aqueous humor ไหลผ่านออกไม่ได้ ความดันตาจะสูงขึ้น กระจกตามีขนาดโตขึ้น ต้อหินชนิดนี้จะมีอาการ 3 อย่าง คือ น้ำตาไหล เคืองแสง และไม่ยอมลืมตา

Kolker and Hetherington (1976) ได้ให้แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาโรคต้อหิน

#### 1. การรักษาด้วยยา (medical treatment) ยาที่ใช้รักษาต้อหินมีอยู่ 5 จำพวก คือ

1.1 Miotics ยานี้ออกฤทธิ์ที่ parasympathetic end organ ทำให้มีการหดตัวของ ciliary muscle จากนั้นทำให้มีการเพิ่มการไหลเวียนออกของ aqueous humor นอกจากนี้ฤทธิ์ของยาทำให้รูม่านตาหด มีผลทำให้ root ของม่านตาหลุดออกจาก trabecular meshwork ในกรณีที่เกิดต้อหินมุมปิด

1.2 Sympathomimetic ฤทธิ์ของยากระตุ้นทั้ง alpha และ beta-adrenergic receptors มีผลทำให้มีการเพิ่มการไหลเวียนออกของ aqueous humor และลดการสร้าง aqueous humor

1.3 Beta-adrenergic inhibitors ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ลดการสร้าง aqueous humor

1.4 Carbonic anhydrase inhibitor ฤทธิ์ของยาดังกล่าวสามารถลดการสร้าง aqueous humor ได้ถึงร้อยละ 40 - 60

1.5 Hyperosmotic agent ใช้ในรายที่ต้องการลดความดันตาอย่างรวดเร็วและใช้ในระยะสั้น กลไกการออกฤทธิ์ยังไม่ทราบแน่นอน ผลของยาทำให้วitreous มีปริมาตรลดลง ความดันตาลดลงด้วย

## 2. การรักษาด้วยแสงเลเซอร์ (laser treatment)

การรักษาด้วยแสงเลเซอร์ในผู้ป่วยโรคต้อหินมีหลายวิธี จะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับชนิดของต้อหินนั้น ๆ ซึ่งประกอบด้วย

2.1 Laser iridotomy เพื่อให้ aqueous humor ไหลผ่านจากช่องหลังม่านตามายังช่องหน้าม่านตา โดยใช้แสงเลเซอร์เจาะทะลุบริเวณ mid-periphery ของม่านตา

2.2 Argon laser trabeculoplasty ใช้รักษาต้อหินชนิดมุมเปิด โดยการยิงเลเซอร์บริเวณ anterior surface ของ trabecular meshwork

2.3 Laser iridoplasty หรือ laser gonioplasty โดยการยิงแสงเลเซอร์ยิงไปที่ peripheral iris stoma เพื่อให้ม่านตาบริเวณนั้นเกิดการหดตัว ทำให้ peripheral anterior chamber angle ลึกขึ้น

2.4 Laser cyclophotocoagulation โดยการยิงแสงเลเซอร์ไปทำลาย ciliary epithelium เพื่อลดการสร้าง aqueous humor

## 3. การรักษาโดยการผ่าตัด (surgical treatment) มี 2 วิธีคือ

3.1 Peripheral iridectomy เป็นการผ่าตัดม่านตาบริเวณ periphery ให้เป็นรูทะลุ เพื่อให้ aqueous humor ไหลผ่านจากช่องหลังม่านตามายังช่องหน้าม่านตา ใช้รักษาต้อหินชนิดมุมปิด

3.2 Filtering operation เป็นการผ่าตัดเพื่อทำช่องทางเดินของ aqueous humor ขึ้นใหม่ โดยการทำให้มี permanent fistula ติดต่อระหว่างช่องหน้าลูกตากับ subconjunctival space

การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคต่อหิน (ขวัญตา และ สุจินดา, 2540)

- 1) หยอดยาตาหรือรับประทานยาตามคำสั่งการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัดและสม่ำเสมอให้เป็นเวลา
- 2) ไม่ซื้อยามาใช้เองหรือเชื่อฟังผู้อื่นที่ไม่ใช่จักษุแพทย์ เพราะการใช้ยาผิดอาจทำให้อาการเป็นมากขึ้น
- 3) ควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้ความดันลูกตาสูงขึ้น คือ
  - การออกกำลังกายมากเกินไป
  - การเกิดความเครียดหรืออารมณ์โกรธ วิตกกังวล ตื่นเต้น ตกใจ
  - อาการท้องผูก
  - ใช้สายตาในที่มืดนาน ๆ เช่น ขับรถตอนกลางคืน
  - ยกของหนัก
  - ออกกำลังกายชนิดห้อยศีรษะ
  - การสวมใส่เสื้อผ้าที่คับ คาดเข็มขัดที่รัดแน่นเกินไป
4. ดูแลรักษาร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ
5. ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นต่อหิน ควรได้รับการตรวจตาและดูแลหรือสังเกตความผิดปกติของตน ควรมาพบจักษุแพทย์อย่างน้อยปีละครั้ง
6. มาตรวจตามแพทย์นัด และนำยาหยอดตาและยารับประทานมาด้วยทุกครั้ง

### แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง

Orem (1985) เป็นผู้สร้างทฤษฎีการดูแลตนเอง โดยมีความเชื่อว่า โดยทั่วไปแล้วมนุษย์มีความต้องการในการดูแลตนเองเพื่อการดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพสมบูรณ์ ตลอดจนเพื่อหลีกเลี่ยงจากโรคร้ายหรืออันตรายที่คุกคามชีวิต การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่พัฒนาตั้งแต่วัยเด็ก และค่อย ๆ พัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีความสามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ แต่ความสามารถจะลดลงเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นภายในร่างกายหรือมีการสูญเสียอวัยวะของร่างกาย (Orem, 1980) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมของคนแต่ละกลุ่ม และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อที่จะจัดการกับตนเอง หรือสิ่งแวดล้อมของตนเอง ซึ่งอาจคงที่หรือมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ การดูแลตนเองจึงเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Orem, 1980) จุดมุ่งหมายของการดูแลตนเองตามแนวคิดนี้ คือ

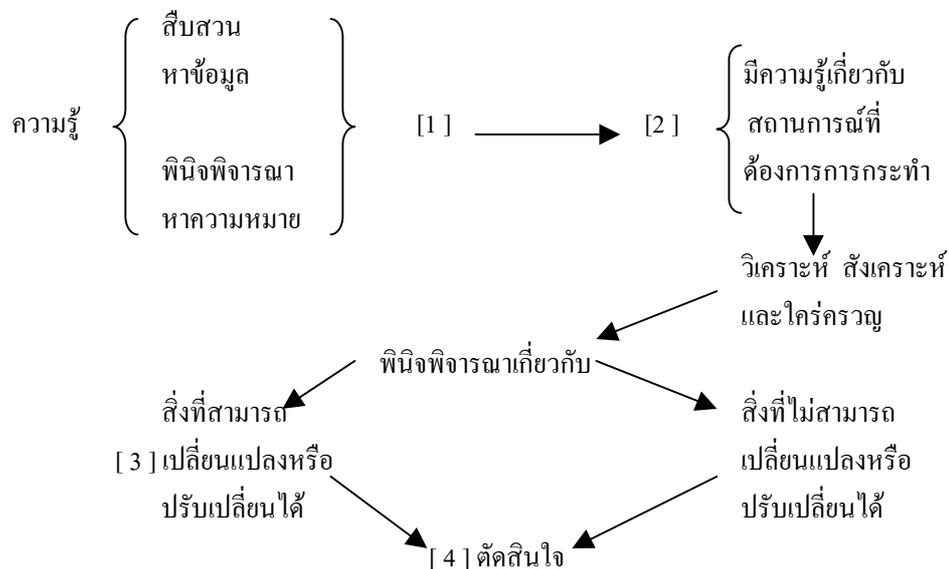
1. ส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ รวมทั้งพัฒนาการของบุคคลให้มีประสิทธิภาพ ดำรงไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของร่างกายเพื่อการดำเนินชีวิตตามปกติ
2. ป้องกัน ควบคุม หรือบรรเทาอาการตามกระบวนการเกิดโรค
3. ป้องกันความพิการหรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไปแล้ว
4. ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

ในแนวคิดของ Orem (1985) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (deliberate action และ goal oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

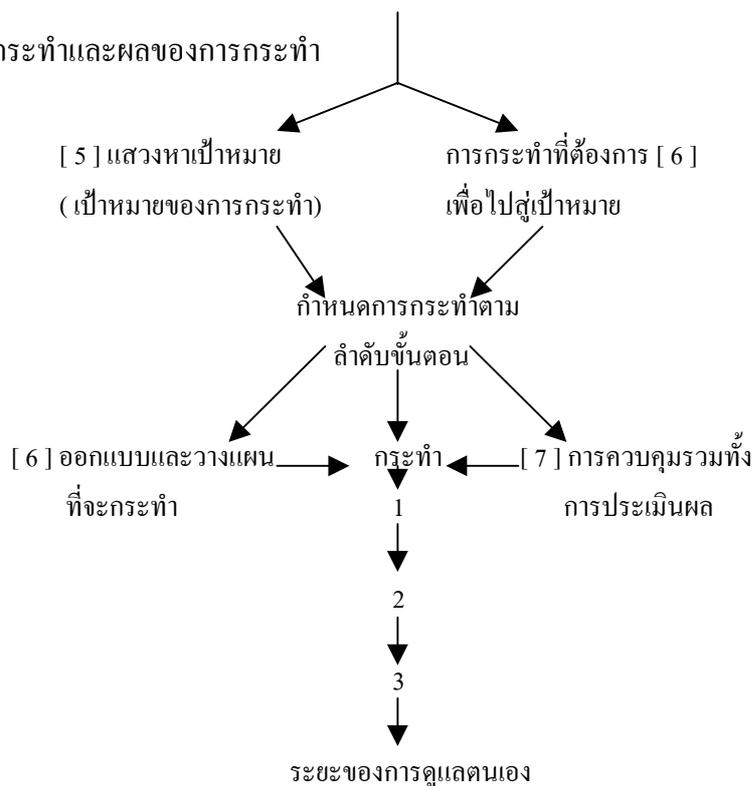
ระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ

ระยะที่ 1 : เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ประกอบด้วย ลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้



ระยะที่ 2 : เป็นการกระทำและผลของการกระทำ



**ภาพที่ 1** แสดงระยะของการดูแลตนเอง

ที่มา: Orem (1985)

### ลำดับของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะ

ในระยะที่ 1 จะเห็นว่าบุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสม ในสถานการณ์นั้น ๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้น ๆ ว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเอง จึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยให้การสังเกตการณ์ให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ในระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองนั้นบุคคลจะตั้งคำถามว่า ตนจะดำเนินการอย่างไร เพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือก จะกระทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องกระทำนานเท่าใด การที่ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้น จะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตหรือไม่จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำถูกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือมีใครจะช่วยได้บ้าง

แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้น จะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้ระลึกถึงเป้าประสงค์ของการกระทำ การที่จะปฏิบัติดูแลตนเอง เพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ และเมื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติได้บุคคลจะกระทำได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป

### ความบกพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit)

แนวคิดของ Orem (1985) ความบกพร่องในการดูแลตนเองเกิดขึ้น เมื่อความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะสนองต่อความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดในขณะนั้น หรือทำนายได้ว่าจะไม่เพียงพอในอนาคต หรือความสามารถของผู้รับผิชอบที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลผู้อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบไม่เพียงพอ ดังนั้นบุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล ซึ่งพยาบาลจะต้องทำหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในขณะนั้น และในขณะเดียวกันจะต้องช่วยผู้ป่วยในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง หรือช่วยให้ญาติได้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย ถ้าหากว่าเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด การที่จะเข้าใจแนวคิดความบกพร่องในการดูแลตนเองได้นั้น จำเป็นต้องเข้าใจแนวคิดของความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่ง เพื่อที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 อย่าง คือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม รักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรม

การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

1.1.1 บริโภค อาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ และคอย ปรับความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

1.1.2 รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.1.3 หาความผิดปกติจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหาร โดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.2.1 จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติ ทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ และการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย

1.2.3 ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

1.2.4 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.3.1 เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

1.3.2 รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง

1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยมและกฎเกณฑ์จากขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

#### 1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนา เพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง และสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.4.2 ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

1.4.3 ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

#### 1.5 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

1.5.1 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น

1.5.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจจะเป็นอันตราย

1.5.3 หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ

1.5.4 ควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง

1.6.1 พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง

1.6.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาการของตนเอง

1.6.3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล

1.6.4 ค้นหาและสนใจความผิดปกติของโครงสร้างและหน้าที่ ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิตหรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองโดยทั่วไป ที่ปรับให้สอดคล้องเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็น สำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในระหว่างที่

2.1.1 อยู่ในครรภ์มารดาและการคลอด

2.2.2 ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยชรา และในระยะตั้งครรภ์

2.2 ดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อการพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบาง อารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก

2.2.1 การขาดการศึกษา

2.2.2 ปัญหาการปรับตัวทางสังคม

2.2.3 การสูญเสียญาติมิตร

2.2.4 ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและการพิการ

2.2.5 การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต

2.2.6 ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการที่จะต้องตาย

จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการกลายเป็นเรื่องสำคัญมากในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงของสังคมและเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเจ็บป่วยหรือมีความพิการเกิดขึ้น (health deviation self - care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ คือ

3.1 รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือตามความเหมาะสมจากบุคคลที่เชื่อถือได้

3.2 รับรู้ สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับตัว และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่มีอยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เห็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเองในประเด็นนี้ บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นในประเด็นอื่น ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมด ที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

เมื่อการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 อย่าง ได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพบุคคลนั้น จะได้รับในสิ่งต่อไปนี้

1. การรอดชีวิต
2. การคงไว้ซึ่งความปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล
3. ได้รับการสนับสนุนในเรื่องการพัฒนาการตามความสามารถของบุคคล
4. มีส่วนส่งเสริมให้มีการปรับหรือควบคุมผลจากการบาดเจ็บและจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น
5. มีส่วนส่งเสริมต่อการรักษา การควบคุมพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น
6. ส่งเสริมสวัสดิภาพ ซึ่งทั้งหมดเป็นเป้าประสงค์สูงสุดในการดูแลตนเอง

#### **ความสามารถในการดูแลตนเอง (self - care agency)**

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 1991) เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคล ในการที่จะตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับการดำรงชีวิต รักษาไว้ซึ่ง โครงสร้างและการทำหน้าที่ของบุคคล ตลอดจนส่งเสริมพัฒนาการ และสวัสดิภาพ เป็น ความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจของบุคคล เพื่อใช้ในการดูแลตนเอง

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (สมจิต, 2544) จะต้องประเมินความสามารถ ที่จะสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self - care demand) เพื่อตัดสินความบกพร่องในการดูแลตนเอง (self - care deficit) ความพร่องในการดูแลตนเอง จะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด มีมากกว่าความสามารถที่จะกระทำ

ปัจจัยพื้นฐานนั้น เป็นปัจจัยเฉพาะที่จะมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลตนเองไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุ เชิงผล (causal relationship) แต่เป็นการอธิบายว่า การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด จะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานดังต่อไปนี้ร่วมด้วย

1. อายุ
2. เพศ
3. ระยะพัฒนาการ
4. สังคมชนบธรรมเนียมประเพณี
5. สภาพที่อยู่อาศัย
6. ลักษณะครอบครัว
7. แบบแผนการดำเนินชีวิต
8. ภาวะสุขภาพ
9. ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ
10. แหล่งประโยชน์
11. ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

Becker and Maiman (1976 อ้างใน ทศนีย์, 2540) ตัวแปรที่ให้ผลในการทำนยความร่วมมือในการป้องกันรักษาสุขภาพได้อย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และฐานะทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วย และตัวแปรทางด้านสังคม เช่น เพื่อน และสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการป้องกัน และ Orem (1985) จัดโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง 3 ระดับ คือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (capabilities for self-care operations)
2. พลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งเป็นความสามารถที่เกื้อหนุนสำหรับการดูแลตนเอง (Power components : enabling capabilities for self-care)
3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions)

Gast et al. (1989) ได้วิเคราะห์ห้มนิยามของความสามารถในการดูแลตนเองในลักษณะที่ว่า ความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป ซึ่งจะเห็นได้ว่าความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานจะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการ และพลังความสามารถ 10 ประการ จะเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง



## ภาพที่ 2 แสดงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง

ที่มา: Gast et al. (1989)

สำหรับรายละเอียดของความสามารถในการดูแลตนเองมีดังนี้

ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถ 3 ประการ คือ

1. การคาดการณ์ (estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ สำหรับการดูแลตนเองและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง
2. การปรับเปลี่ยน (transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถควรและจะกระทำ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

3. การลงมือปฏิบัติ (productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

จะเห็นว่าความสามารถทั้ง 3 ประการนี้ เป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่าง ๆ ของการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย

พลังความสามารถ 10 ประการ (ten Power components)

Orem and Taylor (1986) มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ ในลักษณะของตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างตั้งใจเพื่อการดูแลตนเอง มิใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่

1. ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายใน-ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับดูแลตนเอง
2. ความสามารถที่ควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
3. ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือการปฏิบัติดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง
4. ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง
5. มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ
6. มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
7. มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

8. มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

9. มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

10. มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องการดูแลตนเอง เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของ ครอบครัวและชุมชน

ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (deliberate action) โดยทั่ว ๆ ไปแบ่ง ออกเป็น

1. ความสามารถที่จะรู้ (knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (doing)
2. คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย

2.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้

2.2 หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (sensation)

2.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

2.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

2.5 นิสัยประจำตัว

2.6 ความตั้งใจ

2.7 ความเข้าใจในตนเอง

2.8 ความหวังในตนเอง

2.9 การยอมรับตนเอง

2.10 ระบบการจัดความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ

2.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

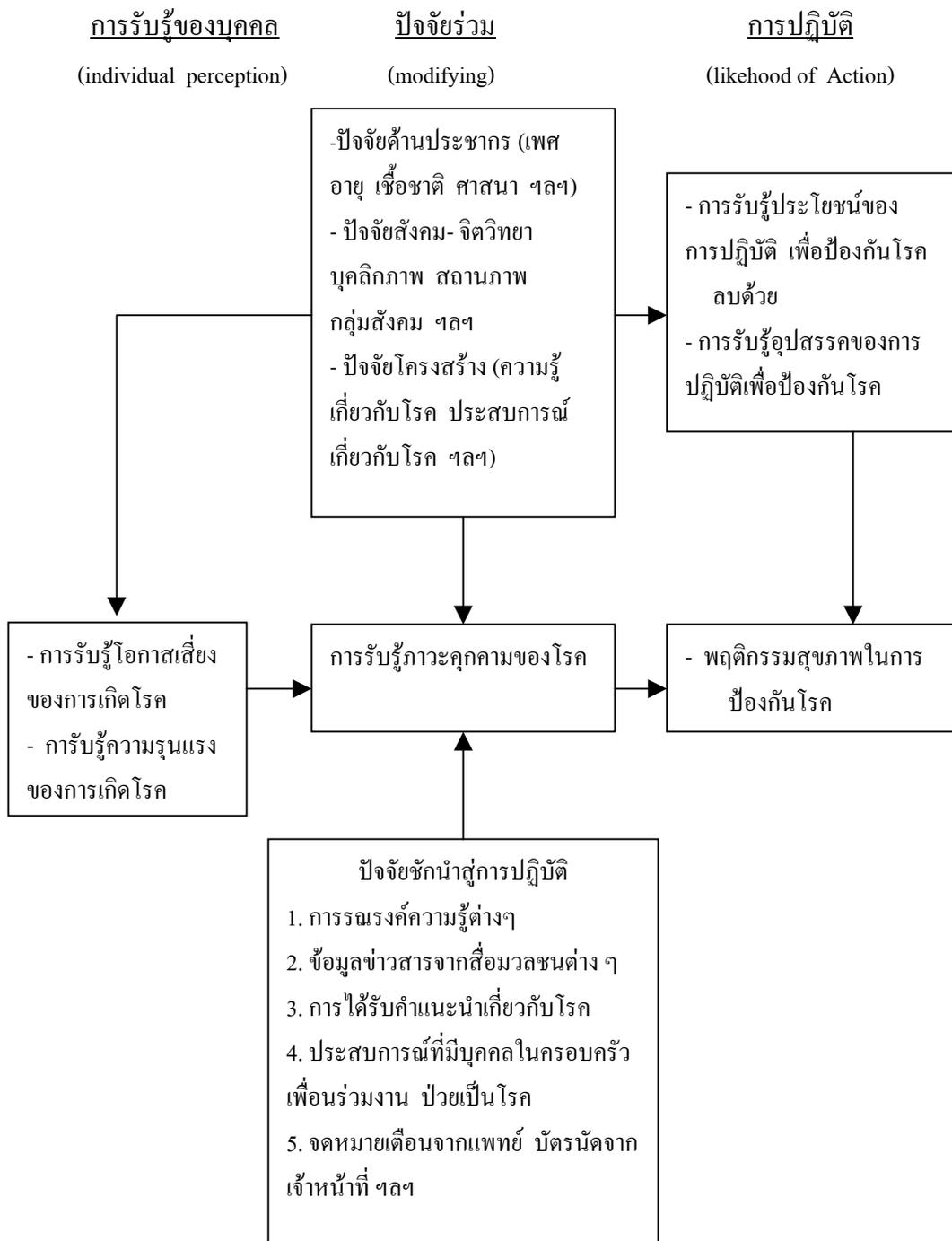
### แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (ประภาเพ็ญ, 2532) ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อที่จะทำความเข้าใจกับพฤติกรรม การปฏิบัติของมนุษย์ในเรื่องของสุขภาพอนามัย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้จะคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล โดยที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นกับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม การได้รับความเอาใจใส่ สนใจ และอื่น ๆ

Rosenstock (1974) ได้ทำการศึกษา และนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบายปัญหาสาธารณสุข ซึ่งแนวคิดในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีสถานะของ Lewin (อ้างใน สมทรง และ สรวงศ์กฤษณ์, 2540) โดยนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม การที่บุคคลจะเข้าใกล้หรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจเพราะคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ตนไม่ชอบหรือไม่พึงปรารถนา

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาวิเคราะห์ พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง Rosenstock (1974) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น เขาจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของเขา และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด และความอาย เป็นต้น

นอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยตัวอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ Becker and Maimane (1974) ได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยนำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล และได้เพิ่มองค์ประกอบเพื่ออธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค เน้นที่แรงจูงใจทางด้านสุขภาพโดยเพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ทำให้สามารถทำนายพฤติกรรมได้ดีขึ้น ซึ่งลักษณะโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าวมีส่วนประกอบสำคัญ ดังแสดงในแผนภูมิ



**ภาพที่ 3** แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

ที่มา: Becker and Maiman (1974)

เนื่องจากแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ในระยะแรกใช้ทำนายพฤติกรรมของบุคคลเฉพาะในเรื่องการป้องกันโรคเท่านั้น Karl and Cobb (1966) จึงได้ประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคลให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น และได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคลไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (health behaviors) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behaviors) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เพื่อประเมินความเจ็บป่วยและรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย (sick role behaviors) หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ นั้น มีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและการร่วมมือในการรักษา เป็นต้น

ต่อมา Becker et al. (1975) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยได้เพิ่มปัจจัยร่วม นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพสรุปปัจจัยได้ 6 ประการดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived susceptibility)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ ด้านสุขภาพและในภาวะการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงมีการหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เท่ากันหรือไม่เหมือนกัน ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ซึ่งมีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อ

ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และการปฏิบัติในการป้องกันโรคของผู้ป่วย (Becker and Maiman, 1974)

## 2. การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (perceived severity)

การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมของบุคคล การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของการเป็นโรคสูงเกินไป ก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้

Becker (1977) ได้สรุปผลการศึกษาระบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างปี ค.ศ. 1974 ถึง 1984 พบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 85 และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ร้อยละ 36 จากแนวคิดของ Orem (1980) ความร่วมมือในการรักษามีความสำคัญต่อการดูแลตนเอง เมื่อบุคคลเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ผู้ป่วยจะตระหนักถึงอันตรายและติดตามผลทางพยาธิสภาพ และมีการยอมรับสภาพการเจ็บป่วยหรือพิการของตน ยอมรับความจำเป็นในการดูแลสุขภาพของตนตามแผนการรักษาพยาบาลที่เฉพะเจาะจง เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่กับผลพยาธิสภาพ รวมทั้งผลที่มาจากกรวินิจฉัยและการรักษา

## 3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค (perceived benefits)

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตาม

คำแนะนำด้วย นอกจากนี้ Becker and Maiman (1974) ได้สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยและพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วยได้ เช่นเดียวกันกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

#### 4. การรับรู้อุปสรรค (preceived barriers)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษในเรื่องต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือไม่สะดวกสุขสบาย หรือในการมารับบริการ หรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขัดกับการประกอบอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ ฉะนั้นบุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และการกระทำพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วยซึ่งสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคและการรักษาได้

#### 5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivaton)

แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำด้านสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปจะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ Becker et al. (1978) พบว่า มารดาให้ความสนใจและห่วงใยบุตรที่เป็นโรคหอบหืดมากกว่าบุตรคนอื่น ๆ ของตน และมีความตั้งใจให้ความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้ยังเห็นความสำคัญของการรับประทานยาเพื่อป้องกันการจับหืดและควรรับประทานยาบำรุง รวมทั้งการมาพบแพทย์ตามนัด

## 6. ปัจจัยร่วม (modifying factors)

ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชากร โครงสร้าง ทักษะ ทศนคติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางสังคมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและการรักษาสุขภาพด้วยเช่นเดียวกัน

ได้มีการศึกษาและการวิจัยมากมายเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ทั้งนักสังคมวิทยาและนักจิตวิทยาสังคม ในรูปแบบการศึกษาเรื่องปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม ทศนคติ การรับรู้ของบุคคล ความสัมพันธ์ของการตอบสนองของบุคคลกับปัจจัยด้านต่าง ๆ Becker and Maiman (1975) จึงได้มีการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคและได้มีการยอมรับจากบุคคลทั่วไป

O'Donnell (2002) ได้กล่าวไว้ว่า ในช่วงแรกแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพมี 4 องค์ประกอบ กล่าวคือ บุคคลจะมีพฤติกรรมปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคหรือไม่ขึ้นอยู่กับ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคนั้น 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้น 3) การรับรู้ประโยชน์หรือผลดีของการปฏิบัตินั้น และ 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้น องค์ประกอบทั้ง 4 นี้ จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

จากแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพข้างต้น สรุปได้ว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและการรักษาโรค ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคในกลุ่มที่ยังไม่เกิดการเจ็บป่วย และมีผลต่อพฤติกรรมในการควบคุมและรักษาโรคในกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว สำหรับผู้ป่วยโรคต่อหีนซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง มีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้พฤติกรรมดูแลตนเองตามแผนการรักษาพยาบาลเพื่อหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรคและป้องกันความรุนแรงของโรค รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค และในการป้องกันภาวะดังกล่าวนี้ เชื่อว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีนด้วย

### แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม (จริยาวัตร, 2531) มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งในด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ การดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่าย ที่ต้องอาศัยการพึ่งพาซึ่งกันและกัน เพื่อให้บุคคลในสังคมมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายขึ้น

Caplan et al. (1972 อ้างใน บุญเยี่ยม, 2528) ผู้คิดค้นทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม มีแนวคิดที่ แรงสนับสนุนทางสังคม คือ สิ่งที่ได้รับจากผู้ให้การสนับสนุน ได้แก่ ข้อมูล ข่าวสาร รวมทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ เพื่อช่วยในการ แก้ปัญหา ทำให้บุคคลนั้น ๆ มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ

Cobb (1976) ได้ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นข้อมูลที่ทำให้คนเราเชื่อว่า มีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Pilisuk (1982) เชื่อว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นความช่วยเหลือระหว่างบุคคลทางด้านวัตถุ สิ่งของ การให้ความเชื่อมั่นที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับของสังคม มีความรู้สึกมั่นคงและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Thoits (1982) มีแนวคิดที่ แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับความช่วยเหลือทางอารมณ์และสังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการช่วยเหลือนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและความเครียดได้

Pender (1987) มีแนวคิดที่ แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น ได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสารต่าง ๆ โดยได้รับจากบุคคลในระบบสังคม อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม เป็นส่วนที่มีความสำคัญต่อชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ

Pender (1987) ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบคือ

1. ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ (natural support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีค่ามากที่สุดต่อผู้ป่วย เพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่วัยเด็ก เพราะครอบครัวเป็นแหล่งที่ถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์และประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การสนับสนุนผู้ป่วย
2. ระบบสนับสนุนจากเพื่อน (peer support system) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลที่มีประสบการณ์ มีความชำนาญในการที่จะคิดค้นหาความต้องการและความสามารถติดต่อชักจูงผู้ป่วยได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยเป็นบุคคลซึ่งประสบความสำเร็จและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เลวร้ายต่าง ๆ ได้ดี
3. ระบบสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ (religious organizations or demonination) เป็นแหล่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิถีการดำรงชีวิตและขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ ได้แก่ พระ นักบวช หมอสอนศาสนา กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม เป็นต้น
4. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (health professional support system) เป็นแหล่งการสนับสนุนเป็นแห่งแรกที่ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญต่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิทและกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ
5. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ (organized support system not directed by health professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัครช่วยเหลือตนเอง (self - help groups) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ในทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต

House (1985) แบ่งรูปแบบของพฤติกรรมการให้แรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 4 แบบ คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) หมายถึง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การยอมรับนับถือความหวังไข การกระตุ้นเตือน การยอมรับนับถือและเห็นคุณค่าระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกัน
2. การให้การสนับสนุนโดยการให้การประเมินเปรียบเทียบ (appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้อง การให้การรับรองหรือยอมรับในสิ่งที่คนอื่นได้แสดงออกมา เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง ซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจ และทำให้รู้สึกเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่น
3. การให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ตักเตือน ให้คำปรึกษาที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และการให้ข่าวจากการศึกษาวิจัย การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยนั้น
4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (instrumental support) หมายถึง พฤติกรรมการช่วยเหลือ ในรูปวัตถุ หรือสิ่งของ แรงงาน เงิน เวลา เพื่อช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของบุคคล

แรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 แบบ จะต้องมิลักษณะที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาได้รับความเอาใจใส่ ความรักและความหวังดี ตลอดจนทำให้เขารู้สึกว่าตนเองมีค่า และเป็นที่ยอมรับของสังคม ตลอดจนเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำประโยชน์ให้สังคม

Dimond and Jones (1983) ได้กล่าวถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคมและผลของการขาดการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

1. การได้รับความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม เป็นสัมพันธ์ภาพแห่งความใกล้ชิด ที่ทำให้รู้สึกว่าเป็นที่รักและได้รับการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักได้รับจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส สมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ถ้าขาดการสนับสนุนเช่นนี้จะรู้สึกเดียวดาย

2. การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อื่น หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือบุคคลอื่น แล้วทำให้ตนเองรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และพึงพอใจที่ได้ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้ชีวิตไร้ค่า

3. การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมสังคม ทำให้มีการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความหวังไขว่คว้าซึ่งกันและกัน ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกถูกละเลยออกจากสังคม

4. การได้รับกำลังใจว่าบุคคลเป็นผู้มีคุณค่า หมายถึง การที่บุคคลได้รับการเคารพยกย่องและชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาทสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกขาดความเชื่อมั่น

5. ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี การสนับสนุนจะได้จากครอบครัวหรือญาติซึ่งสามารถคาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือ ห่วงใยซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดจะทำให้บุคคลรู้สึกขาดความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง

6. การได้รับการชี้แนะ หมายถึง การได้รับความจริงใจช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารที่ตนศรัทธา และเชื่อมั่นในช่วงที่บุคคลเผชิญกับความเครียด หรือภาวะวิกฤติ ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง

Gottlieb (อ้างใน จริยวัตร, 2531) แบ่งระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ และการดำเนินวิถีชีวิตในสังคม

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการวัดอย่างเฉพาะเจาะจงถึงกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับนี้คือ การให้คำแนะนำ การช่วยด้านวัตถุ ความเป็นมิตร และการสนับสนุนด้านอารมณ์

3. ระดับแคบหรือระดับเล็ก (micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคล ที่ความใกล้ชิดมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่า คุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่า ปริมาณ คือ ขนาด จำนวนและความถี่ แหล่งของแรงสนับสนุนได้แก่ คู่สมรส บุตร และ สมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางด้านอารมณ์มากที่สุด กลุ่มสังคมแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน กลุ่มสังคม ทุติยภูมิ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมคนอื่น ๆ

#### หลักการของแรงสนับสนุนทางสังคม

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารจะต้องประกอบไปด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่ามีคนสนใจ เอาใจใส่ และมีความรัก ความหวังดีในตนอย่างจริงใจ

2.2 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถ ทำประโยชน์แก่สังคมได้

3. ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือ จิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ ซึ่งหมายถึงสุขภาพอนามัยที่ดี

Beakeland and Lundwell (อ้างใน บุญเยี่ยม, 2528) จากผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุน ทางสังคมมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพอนามัยของคน อิทธิพลแรงสนับสนุนทาง สังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ช่วยไห้คนไข้ที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มารับบริการสม่ำเสมอ รับประทานยาสม่ำเสมอ และหายจากโรคดังกล่าวมากกว่า ผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม

Caplan (1974) จากผลการวิจัยพบว่า ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิตก็มียุ่่มาก ช่วยลดความเครียดด้านจิตใจ (stress) ของคนไข้ด้วย ในด้านพฤติกรรม การวางแผนครอบครัวพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้คนยอมรับบริการการวางแผนครอบครัวมากขึ้น และถ้าขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จะทำให้เกิดปัญหาการเลิกใช้บริการมากขึ้น

ความสัมพันธ์ของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพของคน

การสนับสนุนทางสังคมนั้น ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือ วัสดุสิ่งของก็ตาม ย่อมจะส่งผลกระทบต่อผู้รับ เพราะคนเราไม่สามารถที่จะแยกกายและจิตออกจากกันโดยสิ้นเชิงได้ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อภาวะสุขภาพของคน

Berkman and Syme (1979) ได้เสนอแนวความคิดเห็นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพของคนไว้ โดยกล่าวว่า

1. คนที่แยกตัวออกจากสังคมจะได้รับการสนับสนุนจากสังคมน้อย และมีโอกาสเกิดการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง
2. การแยกตัวออกจากสังคมมีผลต่อจิตใจ เช่น ซึมเศร้า ทำให้คนเปลี่ยนแปลงกลไกการต่อสู้ เป็นหนทางนำไปสู่พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหรืออุบัติเหตุ
3. การแยกตัวออกจากสังคม จะทำให้คนมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ส่งผลให้บุคคลมีโอกาจะเป็นโรคได้ง่ายขึ้น

Cohen and Wills (1985) ได้กล่าวถึง บทบาทของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพใน 2 ลักษณะ คือ

1. การสนับสนุนทางสังคม จะมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ กล่าวคือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยตรง จะทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคงต่อการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รับรู้ถึงความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะมีผลต่อภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในทางบวก นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ยังมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน และระบบฮอร์โมนของ

ร่างกายอีกด้วย ดังนั้นบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น มีภาวะสุขภาพ และการดูแล สุขภาพดีกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

2. การสนับสนุนทางสังคม ช่วยลดข้อหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด เมื่อมีเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้น และบุคคลประเมินว่าเหตุการณ์นั้นเป็นความเครียด และคุกคาม ต่อตนเอง ความสามารถของตนเองที่มีอยู่ไม่เพียงพอที่จะแก้ไขปัญหา นั้น ๆ ได้ สูญเสียความรู้ สึกมีคุณค่าในตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะช่วยลดภาวะเครียด ได้โดย

2.1 ช่วยให้ผู้บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นไม่รุนแรง เพราะรับรู้ว่าคุณเอง จะมีผู้คอยให้ความช่วยเหลือ แก้ไข เหตุการณ์นั้น ๆ ได้ ความเครียดจึงลดลง

2.2 ช่วยลดหรือขจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด หรือผลของความเครียดที่มีต่อ ร่างกาย ทำให้บุคคลรู้จักการแก้ไขปัญหา ลดการรับรู้ถึงความรุนแรงของปัญหา ทำให้การทำงานของระบบฮอร์โมนของร่างกายลดลง ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพมากขึ้น นอกจากนี้ การได้รับข้อมูลข่าวสาร จะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจในตัวเองมากขึ้น เพิ่มแรงจูงใจในตนเอง รู้สึกว่าควบคุมสถานการณ์นั้นได้ ทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะเผชิญปัญหามากขึ้น

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชวลี (2534) ศึกษาปัจจัยคัดสรร ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง ที่มารับการตรวจ รักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับค่อนข้างสูง อายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

สุนทรา (2538) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและภาวะการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน: ศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มารับการตรวจรักษาที่

คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลแก๊งคร้อ จำนวน 304 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ อายุ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตน และผู้ที่มีอุปสรรคในการดูแลตนเองโดย เพศ อายุ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตน และอุปสรรคในการดูแลตนเอง สามารถอธิบายการผันแปรพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ ปัจจัยด้านระยะเวลาการเป็นโรค รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน และความพึงพอใจในระบบบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จุฑารัตน์ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งกำลังรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 150 คน เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ ระดับการศึกษา ลักษณะที่อยู่อาศัย ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาและรายได้ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.32

นพรัตน์ (2540) ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ จำนวน 260 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในเกณฑ์การปฏิบัติค่อนข้างดี การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตามตัวแปรที่ศึกษาพบว่า เพศ อายุ และสถานภาพสมรส มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนผู้สูงอายุที่มีอาชีพ รายได้ และระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อัสรา (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มี 4 โรงพยาบาล คือ

วชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 235 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีเพศ สถานภาพสมรสต่างกัน มีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ต่างกัน มีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษา สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้ ร้อยละ 20.60

ทรงพล (2541) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกทุกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 200 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มี เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนอายุและรายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและเพศ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นภาพร (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรัง ที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจตา โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

เบญจพร (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่เข้ารับการรักษาในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 254 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับ

วัณโรคปอด ความเชื่อด้านสุขภาพ บรรยากาศในการให้บริการของศูนย์วัณโรคเขต และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค และตัวแปร ความเชื่อด้านสุขภาพ บรรยากาศในการให้บริการของศูนย์วัณโรคเขต การศึกษาระดับประถมศึกษา และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายการมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อรชร (2541) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 113 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มี อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ของครอบครัว และภาวะควบคุมโรค ต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จินตนา (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคต้อกระจก ที่เข้ามารับการตรวจรักษาในคลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดต้อกระจก จำนวน 341 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรคและ แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผู้ป่วย โรคต้อกระจก มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับดี ตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ของครอบครัว และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ส่วนตัวแปร ระดับ การศึกษา การรับรู้ประโยชน์ ของการรักษาโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถร่วม ทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ได้ร้อยละ 27.93

ตรีนาช (2542) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษา ในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 330 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว มีความสามารถในการทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01

พรรณทิพา (2543) ศึกษาตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน แผลนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน แผลนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 216 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ ระยะอาการดำเนินของโรคต่างกัน จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

ธีรา (2544) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหีน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 300 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มี เพศ อายุ อาชีพ ต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ สามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีนได้ร้อยละ 14.10

พจนนา (2546) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังจากการผ่าตัดเต้านมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 143 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มีสถานภาพสมรส

ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังจากผ่าตัดเต้านมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน ส่วนอายุ รายได้ของครอบครัวต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน การเห็นคุณค่าแห่งตน ความสามารถแห่งตน ความรู้ เจตคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงภาวะคุกคามภายหลังจากผ่าตัดเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

เพลินดา (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดขาซ้าย ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 60 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดขาซ้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดขาซ้าย ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดขาซ้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ชัยพงศ์ (2547) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ สถาบันโรคทรวงอก จำนวน 220 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยภายใน ซึ่งได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทักษะคิดต่อการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และความเชื่อในความสามารถของตนเอง ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ที่มีอิทธิพลในการร่วมการทำนาสุขภาพ พฤติกรรมดูแลตนเอง ได้ผลร้อยละ 87.1

จากการตรวจสอบเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว พบว่าโรคต่อหีนเป็นโรคเรื้อรังที่รุนแรง ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง อาจทำให้ตาบอดได้ นอกจากนี้การป้องกันไม่ให้ภาวะของโรคต่อหีนลุกลามมากขึ้นนั้น ผู้ป่วยจะต้องมีแบบแผนพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายและตั้งใจ เพื่อดำรงรักษาชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง ตลอดจนหลีกเลี่ยงจากโรคภัย ภัยอันตรายที่คุกคามชีวิต มีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถอธิบายถึงการดูแลตนเองในด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคต่อหีน ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยโรคต่อหีน รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการกำหนดแนวทางการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีนได้ จากการตรวจสอบเอกสารข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมาสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้



### สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ครอบครัวต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

2. ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อการดูแลตนเอง เจตคติต่อการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน ที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

3. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ในด้านการยอมรับและเข้าใจจากบุคคลในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน ที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

## อุปกรณ์และวิธีการ

### รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคคอตีบ โดยศึกษาความสัมพันธ์ทางปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคคอตีบ

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคคอตีบ ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคคอตีบที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคคอตีบ ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ยกเว้นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยต้องรักษาโดยการผ่าตัด มีสติสัมปชัญญะดี ได้ตอบรู้อเรื่อง สำหรับการวิจัยครั้งนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากกลุ่มประชากร ที่มารับการรักษา ระหว่างเดือนธันวาคม 2548 ถึงเดือนมกราคม 2549 กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด จำนวน 159 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัย โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นและมีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งเป็น 4 ตอน คือ

**ตอนที่ 1** ข้อมูลทางชีวสังคม เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยโรคต่อหิน ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัว ต่อเดือน โดยมีคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ซึ่งมีลักษณะแบบเลือกตอบ (check list) และเติมข้อความ (open ended)

**ตอนที่ 2** ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยภายในตัวบุคคลของผู้ป่วยโรคต่อหิน แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระดูกตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ จำนวน 10 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 0 - 10 คะแนน ประเมินระดับความรู้โดยอิงเกณฑ์ตามระดับคะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้

ตอบใช่	ให้	1	คะแนน
ตอบไม่ใช่	ให้	0	คะแนน
ตอบไม่ทราบ	ให้	0	คะแนน

การแปลผล แบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระดูกตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับความรู้จากค่ามัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D$  (ชูศรี, 2541) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

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

**ส่วนที่ 2** แบบวัดเจตคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scales) มี 4 ระดับ จำนวน 8 ข้อ โดยผู้ตอบแบบสอบถามมีเจตคติในลักษณะ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก มีคะแนนระหว่าง 8 - 32 คะแนน ข้อความในแบบสอบถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

การแปลผล แบ่งระดับเจตคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับเจตคติจากค่ามัธยิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D$  ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

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

**ส่วนที่ 3** ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่อหิน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยคำถามที่เป็นประโยคบอกเล่าจำนวน 7 ข้อ มี 4 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก มีคะแนนระหว่าง 7 - 28 คะแนน ข้อความในแบบสอบถามมีลักษณะเป็นข้อความเชิงบวก (Positive Statement) และข้อความเชิงลบ (Negative Statement)

**ส่วนที่ 4** ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหิน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยคำถามที่เป็นประโยคบอกเล่าจำนวน 8 ข้อ มี 4 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก มีคะแนนระหว่าง 8 - 32 คะแนน ข้อความในแบบสอบถามมีลักษณะเป็นข้อความเชิงบวก (Positive Statement) และข้อความเชิงลบ (Negative Statement)

**ส่วนที่ 5** ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยคำถามที่เป็นประโยคบอกเล่า จำนวน 7 ข้อ มี 4 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้เลือกตอบ เพียง 1 ตัวเลือก มีคะแนนระหว่าง 7-28 คะแนน ข้อความในแบบสอบถามมีลักษณะเป็นข้อความเชิงบวก (Positive Statement) และข้อความเชิงลบ (Negative Statement)

**ส่วนที่ 6** ด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยคำถามที่เป็นประโยคบอกเล่าจำนวน 7 ข้อ มี 4 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก มีคะแนนระหว่าง 7-28 คะแนน ข้อความในแบบสอบถามมีลักษณะเป็นข้อความเชิงบวก (Positive Statement) และข้อความเชิงลบ (Negative Statement)

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

การแปลผล แบ่งระดับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหิน ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับความเชื่อด้านสุขภาพจากค่ามัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D$  ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

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

**ตอนที่ 3** แบบวัดปัจจัยภายนอกบุคคลคือการสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (rating scales) ประกอบด้วยคำถามที่เป็นประโยชน์ออกแล้วจำนวน 10 ข้อ มี 3 ตัวเลือก คือ ได้รับเป็นประจำ ได้รับเป็นบางครั้ง และไม่เคยได้รับ ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก มีคะแนนระหว่าง 10 - 30 คะแนน ข้อความในแบบสอบถามมีทั้งเชิงบวก (Positive Statement) และเชิงลบ (Negative Statement) โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
ได้รับเป็นประจำ	2	ได้รับเป็นประจำ	0
ได้รับเป็นบางครั้ง	1	ได้รับเป็นบางครั้ง	1
ไม่เคยได้รับ	0	ไม่เคยได้รับ	2

การแปลผล แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับแรงสนับสนุนทางสังคม จากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D$  ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

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

**ตอนที่ 4** แบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (rating scales) ประกอบด้วยคำถามที่เป็นประโยชน์ออกแล้วจำนวน 26 ข้อ มี 4 ตัวเลือก มี 4 คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก มีคะแนนระหว่าง 10 - 30 คะแนน โดยข้อความในแบบสอบถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	3	ปฏิบัติเป็นประจำ	0
ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	2	ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	1
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2
ไม่ปฏิบัติเลย	0	ไม่ปฏิบัติเลย	3

ประเมินผลพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อหิน ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับพฤติกรรมจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ  $X \pm \frac{1}{2} S.D$  ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

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

### การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร วารสาร ตำราทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาสร้างแบบสอบถาม โดยให้มีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย
- นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เสนอให้คณะกรรมการที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง และนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไข
- ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน (ภาคผนวก) ตรวจสอบความถูกต้องตรงตามเนื้อหา (Content Validity) หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง
- การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยโรคข้อหินที่มารับการตรวจรักษา ที่ห้องตรวจจักษุ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น ดังนี้

4.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคต่อการดูแลตนเอง โดยใช้สูตร KR - 20 (Kuder Richardson) มีค่าความเชื่อมั่น .688

4.2 แบบสอบถามเจตคติต่อการดูแลตนเอง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัก (Cronbach's Alpha Coefficiency) มีค่าความเชื่อมั่น .708

4.3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัก (Cronbach's Alpha Coefficiency) มีค่าความเชื่อมั่น .675

4.4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัก (Cronbach's Alpha Coefficiency) มีค่าความเชื่อมั่น .713

4.5 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัก (Cronbach's Alpha Coefficiency) มีค่าความเชื่อมั่น .731

4.6 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัก (Cronbach's Alpha Coefficiency) มีค่าความเชื่อมั่น .762

4.7 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลตนเอง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัก (Cronbach's Alpha Coefficiency) มีค่าความเชื่อมั่น .872

4.8 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัก (Cronbach's Alpha Coefficiency) มีค่าความเชื่อมั่น .834

5. นำผลการวิเคราะห์ที่ได้มาปรับปรุงแบบสอบถามขั้นสุดท้าย และเสนอประธานกรรมการที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบจนอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และนำแบบสอบถามไปเก็บ รวบรวมข้อมูลจริง

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตการทำวิจัยในคนต่อคณะกรรมการของสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคคอตีบที่มารับการตรวจรักษา ที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
2. หลังจากได้รับหนังสืออนุญาต ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอความร่วมมือจากผู้ป่วยโรคคอตีบ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การตอบแบบสอบถาม
3. ตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามก่อนนำมาวิเคราะห์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ค่าสถิติที่นำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป (ข้อมูลทางชีวสังคม หรือข้อมูลส่วนตัว) นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะประชากร
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคคอตีบ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square) (บุญเรียง, 2543)
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคคอตีบ เจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย และปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคคอตีบ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

## ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

### ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มารับ การตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อ เดือนของครอบครัว ปัจจัยภายในตัวบุคคล ประกอบด้วย ความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคต่อหีน การดูแล ตนเอง เจตคติต่อการดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหีน ได้แก่ การรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ ประโยชน์ของการดูแลตนเอง และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง ส่วนปัจจัยภายนอก ตัวบุคคล ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การยอมรับและเข้าใจ จากบุคคลในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ กับพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคต่อหีน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วย โรคต่อหีน ที่มารับบริการตรวจรักษาที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 159 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสถิติวิเคราะห์เป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน ใช้สถิติวิเคราะห์หา ความสัมพันธ์ ด้วยค่าไคสแควร์ ( $\chi^2$  - test) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัว บุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน โดยใช้ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson ' s Product Moment Correlation Coefficient) สำหรับการวิเคราะห์สถิติได้ทำโดยแยกในแต่ละปัจจัยเพื่อให้ได้ผลการวิเคราะห์ที่ชัดเจนที่สุด

การเสนอผลการวิจัย นำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบคำอธิบาย โดยแบ่งการนำเสนอเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมหรือลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจจักษุ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ตอนที่ 2 ลักษณะข้อมูลของตัวแปรที่ทำการศึกษา ประกอบด้วยปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ เจตคติ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน

ตอนที่ 3 เป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่กำหนดไว้

### ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของผู้ป่วยโรคต่อหิน

#### ตารางที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของผู้ป่วยโรคต่อหิน

		(n=159)
	ลักษณะทางชีวสังคม	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>		
	ชาย	41.5
	หญิง	58.5
<b>2. กลุ่มอายุ (ปี)</b>		
	น้อยกว่า 41	1.2
	41-50 ปี	20.8
	51-60 ปี	16.4
	61-70 ปี	35.8
	71-80 ปี	23.3
	มากกว่า 81	2.5

**ตารางที่ 1** (ต่อ)

	(n=159)	
ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>3. ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้ศึกษา	5	3.1
ประถมศึกษา	71	44.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	25	15.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช	15	9.4
อนุปริญญา / ปวศ	12	7.5
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	25	15.7
สูงกว่าปริญญาตรี	6	3.8
<b>4. สถานภาพสมรส</b>		
โสด	32	20.1
คู่	94	59.1
หม้าย	28	17.6
หย่าร้าง / แยกกันอยู่	5	3.1
<b>5. อาชีพ</b>		
อยู่กับบ้าน	95	59.7
ค้าขาย	11	6.9
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	15	9.4
รับจ้าง	25	15.7
อื่น ๆ	13	8.2
<b>6. รายได้</b>		
น้อยกว่า 3,000 บาท	19	11.9
3,000 - 8,000 บาท	60	37.7
8,001 - 13,000 บาท	23	14.5
มากกว่า 13,000 บาท	57	35.8

จากตารางที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของผู้ป่วยโรคต่อหิน สามารถจำแนกได้ดังนี้

1. เพศ พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.51 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 41.49

2. กลุ่มอายุ พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหิน อายุมากที่สุดคือ 83 ปี อายุน้อยที่สุด คือ 36 ปี โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือระหว่าง 61-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.8 รองลงมา มีอายุระหว่าง 71 - 80 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.3 และช่วงอายุที่พบน้อยที่สุดคืออายุน้อยกว่า 41 ปี คิดเป็นร้อยละ 1.2

3. ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหิน ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 44.7 รองลงมา มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 15.7 และพบน้อยที่สุด คือไม่ได้ศึกษา คิดเป็นร้อยละ 3.1

4. สถานภาพสมรส พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหิน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ คิดเป็นร้อยละ 59.1 รองลงมา มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 20.1 และพบน้อยที่สุด คือมีสถานภาพสมรสอย่างร้าง / แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 3.1

5. อาชีพ พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหิน ส่วนใหญ่อยู่กับบ้าน คิดเป็นร้อยละ 59.7 รองลงมา อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 15.7 และพบน้อยที่สุดคืออาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 6.9

6. รายได้ พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินส่วนใหญ่ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 3,000 - 8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 37.7 รองลงมา มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 13,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.8 และพบน้อยที่สุดคือ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 11.9

## ตอนที่ 2 ลักษณะตัวแปรที่ทำการศึกษา

ตัวแปรที่ทำการศึกษาประกอบด้วย ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อการดูแลตนเอง เจตคติต่อการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อหิน

### 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อหินต่อการดูแลตนเอง

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อหิน

			(n=159)
ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับสูง (6.45 - 10.00)	45	28.3	
ระดับปานกลาง (4.64 - 6.44)	71	44.7	
ระดับต่ำ (1.00 - 4.63)	43	27.0	
$\bar{X} = 5.54$ S.D. = 1.80			

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อหินส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง และระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 44.7 และ 28.3 ตามลำดับ

## 2. เจตคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของระดับเจตคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน

			(n=159)
ระดับเจตคติ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับสูง (25.97 - 31)	63	39.6	
ระดับปานกลาง (23.18 - 25.96)	38	23.9	
ระดับต่ำ (17.00 - 23.17)	58	36.5	
$\bar{X} = 24.57$ S.D. = 2.79			

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีนส่วนใหญ่มีเจตคติต่อการดูแลตนเองในระดับสูง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 39.6 และ 36.5 ตามลำดับ

## 3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่อหีน

**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่อหีน

			(n=159)
ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับสูง (23.14 - 28)	41	25.8	
ระดับปานกลาง (20.55 - 23.13)	61	38.4	
ระดับต่ำ (16.00 - 20.54)	57	35.8	
$\bar{X} = 21.84$ S.D. = 2.58			

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีนส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค อยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 38.4 และ 35.8 ตามลำดับ

#### 4. การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหิน

**ตารางที่ 5** จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหิน

(n=159)		
ระดับการรับรู้ความรุนแรง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (26.40 - 32)	47	29.5
ระดับปานกลาง (23.61 - 26.39)	58	36.5
ระดับต่ำ (19.00 - 23.60)	54	34.0
$\bar{X} = 25.0$ S.D. = 2.78		

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหินอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 36.5 และ 34.0 ตามลำดับ

#### 5. การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน

**ตารางที่ 6** จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน

(n=159)		
ระดับการรับรู้ประโยชน์	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (23.21 - 27.00)	45	28.3
ระดับปานกลาง (20.72 - 23.20)	63	39.6
ระดับต่ำ (17.00 - 20.71)	51	32.1
$\bar{X} = 21.96$ S.D. = 2.48		

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 39.6 และ 32.1 ตามลำดับ

#### 6. การรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน

**ตารางที่ 7** จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน (n=159)

ระดับการรับรู้อุปสรรค	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (22.88 - 28)	55	34.6
ระดับปานกลาง (20.13 - 22.87)	41	25.8
ระดับต่ำ (14.00 - 20.12)	63	39.6
$\bar{X} = 21.50$ S.D.= 2.74		

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีนส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำและระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 39.6 และ 34.6 ตามลำดับ

#### 4. แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน

**ตารางที่ 8** จำนวนและร้อยละของระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง ( 24.69 - 30)	57	35.8
ระดับปานกลาง (20.46- 24.68)	48	30.2
ระดับต่ำ (13- 20.45)	54	34.0
$\bar{X} = 22.57$ S.D. = 4.22		

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีนส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูงและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 35.8 และ 34.0 ตามลำดับ

### 5. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน

**ตารางที่ 9** จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน

			(n=159)
ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ระดับสูง (83.79 - 104)	47	29.6	
ระดับปานกลาง (74.42 - 83.78)	60	37.7	
ระดับต่ำ (59.06 - 74.41)	52	32.7	
$\bar{X} = 79.1$ S.D. = 9.37			

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 37.7 และ 32.7 ตามลำดับ

### ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

**สมมติฐานข้อที่ 1** ปัจจัยทางชีวสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน การทดสอบสมมติฐานโดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ ( $\chi^2$ -test) ผลการวิเคราะห์แสดงในตารางที่ 10

**ตารางที่ 10** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน

(n = 159)		
ปัจจัยทางชีวสังคม	$\chi^2$	p-value
เพศ	1.696	.428
อายุ	1.651	.990
ระดับการศึกษา	33.596**	.001
สถานภาพสมรส	7.626	.267
อาชีพ	8.418	.394
รายได้ครอบครัวต่อเดือน	20.785**	.002

\*\* P < .01

จากตารางที่ 10 พบว่าปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ป่วยโรคต่อหิน ได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส และอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานข้อที่ 1 เป็นบางส่วน

**สมมติฐานข้อที่ 2** ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน การดูแลตนเอง เจตคติต่อการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน การวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ผลการวิเคราะห์แสดงในตารางที่ 11

**ตารางที่ 11** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคคอหิ

(n = 159)		
ตัวแปร	r	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อการดูแลตนเอง	.125	.117
เจตคติต่อการดูแลตนเอง	.280**	.000
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	.450**	.000
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.297**	.000
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง	.461**	.000
การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง	.259**	.001

\*\*  $p < .01$

จากตารางที่ 11 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อการดูแลตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคคอหิ ส่วนเจตคติต่อการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคคอหิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 2 เป็นบางส่วน

**สมมติฐานข้อที่ 3** ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ในด้านการยอมรับและเข้าใจจากบุคคลในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด/ การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคคอหิ

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ผลการวิเคราะห์แสดงในตารางที่ 12

**ตารางที่ 12** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอกตัวบุคคลคือแรงสนับสนุนทางสังคม  
กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน

(n = 159)		
ตัวแปร	r	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคม	.418**	.000

\*\* P< .01

จากตารางที่ 12 พบว่า ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 3

### ข้อวิจารณ์

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถนำผลมาวิจารณ์ได้ดังนี้

#### 1. ปัจจัยทางชีวสังคม มีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ดังนี้

1.1 ระดับการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาตรีถึงปริญญาตรี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ซวลี (2534) ที่ศึกษา ปัจจัยคัดสรร ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา (2542) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระจก

1.2 รายได้ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน แสดงว่าผู้ป่วยที่มีรายได้แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1982) ได้อธิบายว่า รายได้เป็นสิ่งส่งเสริมให้บุคคลมีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดีขึ้น บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองได้ดีและให้ความสนใจกับสุขภาพ ผู้มีรายได้น้อยจะมีข้อจำกัดในเรื่องต่าง ๆ เนื่องจากต้องหาเลี้ยงชีพ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ พบว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระจก

## 2. ปัจจัยภายในตัวบุคคล ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ดังนี้

ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหีนต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน เจตคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่อหีน การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหีน การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน และการรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหีนต่อการดูแลตนเอง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน แสดงว่าผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มีระดับความรู้ที่แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชีรา (2544) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหีน โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มีระดับความรู้ที่ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน กล่าวคือผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มีระดับความรู้สูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มีระดับความรู้ปานกลางและต่ำ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหีนต่อการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุและป่วยด้วยโรคต่อหีนมาเป็นเวลานาน อาจทำให้

มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นไปตามความเคยชิน ร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น เจตคติต่อการดูแลตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Oram (1980) แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้ระลึกถึงเป้าหมายของการกระทำ

2.2 เจตคติต่อการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มีระดับเจตคติแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน สอดคล้องกับแนวคิดของ Lewin (อ้างใน สมทรง และ สรวงศ์ภูณ, 2540) ได้อธิบายไว้ว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมในการป้องกันโรคหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรค การที่บุคคลจะเข้าไปใกล้หรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจเพราะคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ตนไม่ชอบหรือไม่พึงปรารถนา ต้องมีความเชื่อในค่านิยมเชิงบวกมากกว่าเชิงลบ และสอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock (1974) อธิบายว่า ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรค เป็นการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อเผชิญภาวะความเจ็บป่วยหรือลดอันตรายที่จะเกิดขึ้น จึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มีเจตคติต่อการดูแลตนเองดี ก็จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย

2.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่อหีน พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มีความตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่อหีน จะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค สอดคล้องกับ Becker et al. (1974) มีแนวคิดว่าความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และการปฏิบัติในการป้องกันโรคของผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร (2541) ที่ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรัง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อหีนชนิดเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวร่วมมือในการรักษา และสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อหีนจากโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก จึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคต้อหินดี ก็จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย

2.4 การรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อหิน พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีความตระหนักถึงความรุนแรง จากโรคต้อหิน จะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีเพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงจากโรค สอดคล้องกับ Becker (1977) ได้สรุปผลการศึกษาระบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างปี ค.ศ. 1974 ถึง 1984 พบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคสามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 85 และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ร้อยละ 36 และสอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร (2541) ที่ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิต สังคมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง พบว่า การรับรู้ ความรุนแรงของโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวร่วมมือในการรักษา และ สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตา ประชารักษ์ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแล ตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก จึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มี ความตระหนักหรือการรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อหินดี ก็จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย

2.5 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองดี จะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดี สอดคล้องกับ แนวคิดของ Becker (1974) ได้สรุปผลการศึกษาระบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ถึง ประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือ ในการรักษาโรคของผู้ป่วยและ พฤติกรรมป้องกันโรคของผู้ป่วยได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร (2541) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรค ต้อหินชนิดเรื้อรัง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวร่วมมือ ในการรักษา และสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรค

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก จึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองดี จะมีพฤติกรรมในการ ดูแลตนเองที่ดี

2.6 การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง จะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดของ Becker (1974) ได้สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า บุคคลต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันโรค และการกระทำพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วยซึ่งสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคและการรักษาได้ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก

3. แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคต้อหินที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย สอดคล้องกับ Beakeland and Lundwell (อ้างใน บุญเยี่ยม, 2528) จากผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพอนามัยของคน อิทธิพลแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ช่วยให้คนไข้ที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มารับบริการสม่ำเสมอ รับประทานยาสม่ำเสมอ และหายจากโรคดังกล่าวมากกว่าผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมและสอดคล้องกับการศึกษาของ Caplan et al. (อ้างใน บุญเยี่ยม, 2528) ผู้คิดค้นทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม มีแนวคิดที่ว่าแรงสนับสนุนทางสังคม คือ สิ่งที่ได้รับจากผู้ให้การสนับสนุน ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ เพื่อช่วยในการแก้ปัญหา ทำให้บุคคลนั้น ๆ มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ สอดคล้องกับ Pender (1987) ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น ได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสารต่าง ๆ โดยได้รับจากบุคคลในระบบสังคม อันจะทำให้บุคคลนั้น

สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชีรา (2544) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหีน โรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

## สรุปและข้อเสนอแนะ

### สรุป

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มารับการตรวจรักษา ที่ห้องตรวจจักษุ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ผลการวิเคราะห์และข้อสรุปที่ได้จากการวิจัย สามารถนำมากำหนดแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนางานด้านสุขศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อการเสริมสร้างพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถรับมือและจัดการกับสุขภาวะได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยโรคต่อหีน ที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล รวมทั้งสิ้น 159 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยแบบสอบถามปัจจัยด้านชีวสังคม แบบสอบถามปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน เจตคติต่อการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง แบบสอบถามปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมในด้านการยอมรับและเข้าใจจากบุคคลในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด การได้รับ การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน และได้ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคต่อหีน จำนวน 30 คน แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหีนต่อการดูแลตนเอง คำนวณหาระดับความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตร KR- 20 (Kuder - Richardson) แบบสอบถามเจตคติต่อการดูแลตนเองและแบบสอบถามปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม คำนวณหาระดับความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยลักษณะทางชีวสังคมกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน ด้วยสถิติไคสแควร์ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคลกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้ คือ

#### 1. การสรุปผลตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยครั้งนี้ คือ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน ผลการวิจัยพบว่า การนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม มาร่วมกันวิเคราะห์ ทำให้ทราบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคลและแรงสนับสนุนทางสังคม

#### 2. สรุปผลตามวัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย

วัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัยได้กำหนดไว้ดังนี้

2.1 ศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน จากการศึกษาในภาพรวมพบว่า โรคต่อหีนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 37.7 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 32.7 และร้อยละ 29.6 อยู่ในระดับสูง

2.2 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน คือ ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ เจตคติ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน / การรับรู้ความรุนแรงของโรค / การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลตนเอง / การรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเอง และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า

2.2.1 ปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ป่วยโรคต่อหิน พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคต่อหิน ร้อยละ 58.5 เป็นผู้หญิง และร้อยละ 41.5 เป็นเพศชาย อายุ พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินอายุมากที่สุดคือ 83 ปี อายุน้อยที่สุด คือ 36 ปี โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือระหว่าง 61-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.8 รองลงมาคืออายุระหว่าง 71 - 80 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.8 มากกว่า 81 ปี คิดเป็นร้อยละ 2.5 และช่วงอายุที่พบน้อยที่สุดคืออายุน้อยกว่า 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 1.2 ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหิน ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 44.7 รองลงมาคือร้อยละ 25 มีการศึกษาระดับมัธยมต้นและระดับปริญญาตรี ระดับมัธยมปลาย คิดเป็นร้อยละ 9.4 ระดับอนุปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 7.5 และพบน้อยที่สุดคือไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 3.1 สถานภาพสมรส พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหิน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 59.1 รองลงมาคือมีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 20.1 สถานภาพสมรสหม้าย คิดเป็นร้อยละ 17.6 และพบน้อยที่สุด คือมีสถานภาพสมรส หย่าร้าง / แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 3.1 อาชีพ พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหิน ส่วนใหญ่ร้อยละ 59.7 อยู่กับบ้าน ไม่ได้ประกอบอาชีพ รองลงมาคือร้อยละ 15.7 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 9.4 ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 8.2 ประกอบอาชีพอื่น ๆ เช่น ผู้เกษียณราชการ นักบวช และพบน้อยที่สุดคือประกอบอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 6.9 รายได้ต่อเดือนของครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหิน ส่วนใหญ่ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 3,000 - 8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 37.7 รองลงมาคือมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 13,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.8 ร้อยละ 14.5 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 8,001- 13,000 บาท และพบน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 11.9 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ระดับการศึกษาและรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นการยอมรับสมมติฐานข้อที่ 1 เป็นบางส่วน

## 2.2.2 ปัจจัยภายในตัวบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า

ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหินการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 44.7 รองลงมาคือมีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 28.3 และร้อยละ 27.0 อยู่ในระดับต่ำ

เจตคติต่อการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหิน ส่วนใหญ่มีเจตคติต่อการดูแลตนเองในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 39.6 รองลงมา มีเจตคติต่อการดูแลตนเองในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 36.5 และร้อยละ 23.9 อยู่ในระดับปานกลาง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่อหินอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 38.4 รองลงมา มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 35.8 และร้อยละ 25.8 อยู่ในระดับสูง

การรับรู้ความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหินอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 36.5 รองลงมา มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 34.0 และร้อยละ 29.5 อยู่ในระดับสูง

การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.6 รองลงมา ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 32.1 และร้อยละ 28.3 อยู่ในระดับสูง

การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 39.6 รองลงมา ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 34.6 และร้อยละ 25.8 อยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ เจตคติต่อการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นการยอมรับสมมติฐานข้อที่ 2 เป็นบางส่วน

2.2.3 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคต่อหिनส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 35.8 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 34.0 และร้อยละ 30.2 อยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอกตัวบุคคลกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหिन ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหिन อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นการยอมรับสมมติฐานข้อที่ 3

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากการผลวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. การวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหिनส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเอง ในระดับปานกลาง และมีผู้ป่วยบางส่วนมีพฤติกรรมดูแลตนเองยังไม่ถูกต้องในบางเรื่อง เช่น การหยอดยา การมาตรวจตามนัด การล้างมือก่อนหยอดยา การสังเกตอาการข้างเคียงของ ยาที่ใช้ การหลีกเลี่ยงจากกิจกรรมที่ทำให้ความดันตาสูง ดังนั้นเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ควรจัดทำแนวทางการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยการสอนสุขศึกษา จัดเป็นโปรแกรมสุขศึกษา สำหรับผู้ป่วยโรคต่อหिनโดยเฉพาะ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม

2. จากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหिनส่วนใหญ่สูงอายุมีความบกพร่อง ในการมองเห็น และมีความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหินดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นในการ ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพควรคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ด้วย สื่อการสอนควรจัดให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ต้องใช้การสื่อสารที่สามารถเข้าใจและปฏิบัติ ตามได้ง่าย คอยเตือนผู้ป่วยที่มาตรวจทุกครั้ง ควรมีการจัดทำเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับโรคต่อหิน และการปฏิบัติตัว แจกให้ผู้ป่วยเก็บติดตัวไว้อ่านหรือให้ญาติอ่านให้ผู้ป่วยฟัง เพราะการให้ ความรู้หรือให้สุขศึกษาในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการรับรู้ ถ้าใช้สื่อที่ไม่เหมาะสม จะทำให้ ผู้ป่วยขาดความสนใจ เบื่อหน่าย ร่วมกับผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านความจำ ทำให้ไม่สามารถ จดจำข้อมูลได้ครบถ้วน

3. ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง และขาดการส่งเสริมด้านข้อมูลข่าวสาร ดังนั้น เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพควรสร้างความตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย ควรมีการส่งเสริมเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การสนับสนุน ส่งเสริมและชี้แนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบและตระหนักถึงความรุนแรงของโรคต่อหิน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อลดความรุนแรงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่อหินได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

4. จากการเก็บข้อมูล พบว่า มีผู้ป่วยโรคต่อหินที่สูงอายุบางส่วนอยู่คนเดียว (โสด/หม้าย) ไม่มีลูกหลานคอยดูแล บางครอบครัวถึงแม้จะอาศัยอยู่ร่วมกัน แต่ต้องทิ้งผู้ป่วยให้อยู่ที่บ้านตามลำพัง เนื่องจากลูกหลานต้องไปทำงานหรือไปศึกษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว บางครั้งรู้สึกตัวเองไร้ค่าไร้ประโยชน์ ทำให้ผู้ป่วยขาดกำลังใจ เบื่อหน่ายต่อโรคที่เป็นอยู่ ไม่สนใจในการดูแลตนเองเท่าที่ควร ดังนั้นทีมสุขภาพควรตระหนักถึงปัญหานี้ ควรมีการประสานงานหน่วยเวชศาสตร์ป้องกันและสังคมของโรงพยาบาล เพื่อออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหา เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม

5. เนื่องจากการนัดผู้ป่วยมาตรวจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยกลุ่มเดิมที่นัดมาตรวจผู้ป่วยจะมีความคุ้นเคยกัน ดังนั้นเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพอาจจัดตั้งชมรมผู้ป่วยโรคต่อหินหรือจัดกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (self help group) โดยจัดให้ผู้ป่วยโรคต่อหินได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน เพราะการเข้ากลุ่มนอกจากเป็นการระบายความรู้สึกแล้ว ยังเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

6. ในการเก็บข้อมูล พบว่า พยาบาลประจำห้องตรวจจักษุมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอ กับผู้ป่วยที่มาตรวจซึ่งมีจำนวนมาก ทำให้การสอนสุขศึกษาให้ความรู้กับผู้ป่วยยังทำไม่ได้ สมบูรณ์ผู้บริหารควรมีการส่งเสริมปัจจัยด้านแรงสนับสนุน เช่น การจัดอัตรากำลังที่เหมาะสม การตรวจเยี่ยมพื้นที่ให้กำลังใจ การส่งทีมส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลเข้าช่วยเหลือ เพื่อเป็นแรงส่งเสริมให้กับพยาบาลวิชาชีพในด้านการปฏิบัติงาน

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบโปรแกรมสุขศึกษาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหินให้มีการดูแลตนเองที่ดียิ่งขึ้น
2. ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหิน รวมทั้งปัจจัยด้านความคิด และอารมณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

## เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กัญจนา ลินทร์ตันศิริกุล และ อุษาวดี จันทร์สนธิ. 2524. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการวัดและการประเมินการศึกษา. เอกสารการสอนชุดวิชาสถิติวิจัยและการประเมิน เล่มที่ 3 หน่วยที่ 11-15. อมรินทร์การพิมพ์, กรุงเทพฯ.

ขวัญตา เกิดชูชื่น และ สุจินดา ริมศรีทอง. 2540. การพยาบาลจักษุวิทยา. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

คณะทำงานโครงการป้องกันตาบอดและควบคุมสายตาสีเทา กระทรวงสาธารณสุข. 2539. รายงานการสำรวจสถานะตาบอดจากต้อกระจกและความครอบคลุมของการให้บริการ. กิจเสรีการพิมพ์, ลำปาง.

จริยวัตร คมพักษ์. 2531. แรงสนับสนุนทางสังคม มโนทัศน์และการนำไปใช้. วารสารพยาบาลศาสตร์ 6 (2): 20-24.

จิตร์ภักย์ วิเศษศิลปานนท์ และ ดวงพร เชี่ยวชาญธนกิจ. 2542. ระบาดวิทยาของต้อหินมุมเปิด. จักษุสาธารณสุข 3 (มกราคม – มิถุนายน): 1-10.

จินตนา มณฑลปัญญากุล. 2542. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง). วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

จุฑารัตน์ กมลศรีจักร. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ชวลี โหมยิตทาภิรัชน์. 2534. ปัจจัยคัดสรรความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ  
ในผู้ป่วยโรคข้อหินชนิดเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. เทพเนรมิตการพิมพ์,  
กรุงเทพฯ.
- ชัยพงศ์ ชูยศ. 2547. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง  
ณ สถาบันโรคทรวงอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ศรินาช โกวิทเจริญตระกูล. 2542. การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับ  
บริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ทรงพล ผุดผาด. 2541. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่มาติดตามการรักษา  
ที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศรีนครินทร  
วิโรฒ ประสานมิตร.
- ทัศนีย์ หงษาครประเสริฐ. 2540. ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบสนับสนุนการดูแลตนเองของ  
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัย  
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ธีรา พงษ์พานิช. 2544. การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิก  
โรคข้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศรีนครินทร  
วิโรฒ ประสานมิตร.
- นพรัตน์ หนูบ้านยาง. 2540. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกสูงอายุ โรงพยาบาล  
สมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัย  
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

- นภาพร พรหมคำชาว. 2541. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุญเรียง ขจรศิลป์. 2543. การวิเคราะห์และแปลความหมายข้อมูลในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2528. จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข. เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, กรุงเทพฯ.
- เบญจพร ทองเที่ยงดี. 2541. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532. พฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- พจนา โล่กันภัย. 2546. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังจากผ่าตัดเต้านมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- พรรณทิพา เหมแหวน. 2543. ตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื่อเอดส์ ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน แขนงผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ. 2546. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการใส่หลอดเลือดขยาย ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์. 2543. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกัน  
ความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง  
จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
ประสานมิตร.
- วัลลภ เอี่ยมสมบูรณ์. 2539. **Glaucoma.** โครงการตำรา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า,  
กรุงเทพฯ.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2544. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 6.  
ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ. พรินติ้ง, กรุงเทพฯ.
- สมทรง รัศมีเฝ้า และ สรวงศ์กฤษณ์ ดวงคำสวัสดิ์. 2540. กระบวนการทางสุขศึกษาเพื่อพัฒนา  
พฤติกรรมสุขภาพ: กรณีการพัฒนาพฤติกรรมผู้บริโภคในชุมชน. โรงพิมพ์ไทยวัฒนา  
พานิช, กรุงเทพฯ.
- สุนทรา หิรัญวรรณ. 2538. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะการควบคุม  
ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน: ศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาล  
แก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หน่วยเวชระเบียนและสถิติ. 2545-2547. **สรุปผลการปฏิบัติงาน.** ฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยแพทย  
ศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล, กรุงเทพฯ.
- อรชร ศรีไทยล้วน. 2541. ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง ในการป้องกันภาวะ  
แทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- อัสรา อารณ. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพภายในครอบครัว การสนับสนุนทาง  
สังคมและปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรม  
ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

อภิชาติ สิงคาลวณิช และ ญานี เจียมไชยศรี. 2540. **จักษุวิทยา**. พิมพ์ครั้งที่ 1. โอเอสติก  
พับลิชชิ่ง จำกัด, กรุงเทพฯ.

Becker, M.H. 1977. The health belief model and prediction of dietary compliance:  
A field experiment. **Journal of Health and Social Behavior**. 18: 348-366.

Becker, M.H. and L.A. Maiman. 1974. The health belief model: origin and correlation  
in psychological theory. **Health Education Monographs** 2: 300-385.

\_\_\_\_\_. 1975. Social Behavioral Determinations of Compliance with Health and  
Medical Care Recommendation. **Medical Care** 13 (1): 12-28.

\_\_\_\_\_. 1977. Compliance with a medical regimen for asthma a test of the health  
belief model. **Public Health Report**. 93(3): 268-277.

Berkman, L.F. and S.L. Syme. 1979. Social Networks, Host Resistance, Mortality: A Nine  
Year Follow-up Study of Alameda County Residents. **American Journal of  
Epidemiology**. 109: 186 - 203.

Caplan, G. 1974. **Support System and Community Mental Health: Lecture on  
Concept Development**. Behavioral publications, New York.

Cobb, S. 1976. Social Support as a Moderator of Life Stress. **Psychosomatic Medicine**.  
83 (September – October): 300 – 314.

Cohen, S. and T.A. Wills. 1985. Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis.  
**Psychological bulletin**. 98: 310- 357.

Cronbach, L.S. 1970. **Essential of psychological testing**. Harper & Row Publishers,  
New York.

Diamond, M. and S.L. Jones. 1983. **Chronic Illness Across Life Span**. Appleton Century Crofts, Norwalk.

Johnson, G. J. and Foster, A. 1988. **Prevalence, incidence and distribution of visual impairment in the epidemiology of eye disease**. Chapman and Hall, London.

Gast, H. Danyes, J. and Campbell, J. 1989. Self-care agency: Conceptualizations and operationalizations. **Advances in Nursing Science**. 12 (1): 26-38.

Hartweg, D.E. 1991. **Orem's Self Care Deficit Theory**. Sage Publication the International Professional Publisher, Newbury Park.

House, J.S. 1985. Measure and concept of social support. **Social Support and Health**. Academic Press, Orlando.

Kahn. 1979. **Aging and Social Support in Riley, M.M. (Ed), Aging from Birth to Death: Interdisciplinary Perspectives**, West Press, Colorado.

Kaplan, R.M, J.W. Bush and C.C. Berry. 1976. **Health Status Types Validity and the Index of Well Health Service Rev.** 11: 478-507.

Kanski, J.J. 1989. **Clinical ophthalmology**. 2<sup>nd</sup> edition. Butterworth, London.

\_\_\_\_\_. 1994. **Clinical ophthalmology**. 4<sup>th</sup> edition. Butterworth, London.

Kasl, S.V. and S. Cobb. 1966. "Health Behavior Illness Behavior and Sick Role Behavior". **Environmental - Health**. 12: 246- 266.

Kolker, A.E. and J. Hetherington. 1976. **Becker-Shaffer's : diagnosis and therapy of the glaucoma**. 4<sup>th</sup> edition. CV Mosby Company, St. Louis.

O' Donnell, M.P. 2002. **Health Promotion in the Workplace**. Delmar, Singapore.

Orem, D.E. 1980. **Nursing Concepts of Practice**. 2<sup>nd</sup> edition. McGraw Hill Book Company, New York.

\_\_\_\_\_. 1985. **Nursing Concepts of Practice**. 3<sup>rd</sup> edition. McGraw - Hill Book Company, New York.

\_\_\_\_\_. 1991. **Nursing Concepts of Practice**. 4<sup>th</sup> edition. Mosby Year Book, St. Louis.

\_\_\_\_\_. and S. Taylor. 1986. **Orem's General Theory of Nursing : Case Studies in Nursing Theory**. National League for Nursing, New York.

Pender, N.J. 1987. **Health Promoting in Nursing Practice**. 2<sup>nd</sup> edition. Appleton and Lange, California.

Pilisuk, M. 1982. Delivery of Social Support: The Social Inoculation. **American Journal of Orthopsychiatry**. 52: 20- 30.

Rosenstock, I.M. 1974. The health belief model and preventive health behavior. **Health Education Monographs**. 2: 331-386.

Ritch, R. and T. Krupin. 1996. **The Glaucoma**. 2<sup>nd</sup> edition. Mosby Year Book, Missouri.

Shields, M.B. 1992. **Textbook of glaucoma**. 3<sup>rd</sup> edition. Williams & Wilkins, Baltimore.

Thoits, P.A. 1982. Conceptual, Methodological and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress. **Journal of Health and Social Behavior**. 23: 145-149.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

### รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

1. นายแพทย์ วิชัย หาญบรรจง  
แพทย์ 9 วช รองหัวหน้าภาควิชาจักษุวิทยา  
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
2. นายแพทย์ อภิชาติ สวนศิลป์พงศ์  
แพทย์ 8 วช รองหัวหน้าภาควิชาจักษุวิทยา  
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
3. นายแพทย์ อาทิตย์ แก้วนพรัตน์  
แพทย์ 7 วช ภาควิชาจักษุวิทยา  
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
4. อาจารย์ นงลักษณ์ นฤวัต  
อาจารย์ 2 ระดับ 7 หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์- ศัลยศาสตร์  
วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
5. อาจารย์ แฉ่งน้อย สมเจริญ  
อาจารย์ 2 ระดับ 7 ภาควิชาการศึกษาทั่วไป  
วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามการวิจัย

## แบบสอบถามงานวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน ที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

### คำชี้แจง

ดิฉันนางชลธิชา พราทิตย์ นิสิตปริญญาโท สาขาสุศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ มีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน ท่านเป็นบุคคลหนึ่งที่เป็นตัวแทนในการให้ข้อมูลครั้งนี้ ดิฉันใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามนี้ ขอความกรุณาตอบให้ครบทุกข้อและตอบตรงตามความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติตัวของท่านมากที่สุด แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน ข้อมูลที่ได้รับจากท่าน จะนำมาซึ่งประโยชน์อย่างยิ่งต่อส่วนรวม ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาการให้บริการด้านสุขภาพ รวมทั้งนำข้อมูลมาใช้ในการกำหนดแนวทางการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีนที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

แบบสอบถามชุดนี้ แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

**ตอนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทางชีวสังคม

**ตอนที่ 2** แบบสอบถามปัจจัยภายใน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหีนและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดเจตคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่อหีน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหีน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามวัดการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามวัดการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน

**ตอนที่ 3** แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน

**ตอนที่ 4** แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

นางชลธิชา พราทิตย์

ผู้วิจัย

**ตอนที่ 1 ข้อมูลทางชีวสังคม เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล**

**คำชี้แจง** โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน  หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

ชาย                       หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ระดับการศึกษา

ไม่ได้ศึกษา               ประถมศึกษา  
 มัธยมศึกษาตอนต้น       มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช  
 อนุปริญญา/ปวส         ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า  
 สูงกว่าปริญญาตรี       อื่นๆ ระบุ.....

4. สถานภาพสมรส

โสด                       คู่  
 หม้าย                     หย่าร้าง / แยกกันอยู่

5. อาชีพ

อยู่กับบ้าน               เกษตรกรรม (เช่น ทำสวน ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์)  
 ค้าขาย                     รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ  
 รับจ้าง                     อื่นๆ ระบุ.....

6. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว

ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน               3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน  
 8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน               สูงกว่า 13,000 บาทต่อเดือน

## ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยภายใน

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกรดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน

**คำชี้แจง** กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยท่านเลือกเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ คำตอบมีให้เลือก 3 คำตอบ คือ

ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นใช่ / ถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ใช่ / ไม่ถูกต้อง

ไม่ทราบ หมายถึง ท่านไม่ทราบว่าข้อความนั้นใช่/ถูกต้องหรือไม่ใช่ / ไม่ถูกต้อง

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. โรคต้อหินเป็นโรคที่เกิดจากความดันในลูกตาส่งขึ้นมากกว่าปกติ			
2. ในโรคต้อหินความดันตาที่สูงจะไปกดประสาทตาจนประสาทตาถูกทำลาย ทำให้การมองเห็นลดลง ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้ตาบอดได้			
3. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคต้อหินได้มากกว่าคนปกติ			
4. ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคต้อหิน จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคต้อหินมากกว่าคนอื่น			
5. โรคต้อหินจะพบในคนสูงอายุเท่านั้น			
6. อาการของโรคต้อหินเฉียบพลันคือ ปวดกระบอกตาและปวดศีรษะตามัว ตาแดง มองเห็นสีรุ้งรอบดวงไฟ			
7. การใช้ยาหยอดตาและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามการรักษาของแพทย์ จะช่วยควบคุมอาการต้อหินและป้องกันมิให้ตาบอดได้			
8. การเบ่งถ่ายอุจจาระจากอาการท้องผูก ไม่ทำให้ความดันตาส่งขึ้น			
9. การยกของหนัก ไม่ทำให้ความดันตาส่งขึ้น			
10. ถ้าเป็นโรคต้อหินไม่ควรใช้สายตานิที่มีदनานๆ เช่น ขับรถในเวลากลางคืน เพราะจะทำให้ความดันตาส่งขึ้น			

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดเจตคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน

**คำชี้แจง** กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน โดยท่านเลือกเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ คำตอบมีให้เลือก 4 ระดับ ดังนี้

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

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. การดูแลสุขภาพตาและการป้องกันภาวะตาบอดจากโรคต่อหินขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของท่านเอง				
2. การมาตรวจตามแพทย์นัด ควรมาตรวจเมื่อมีอาการผิดปกติทางตา				
3. ท่านคิดว่าการปฏิบัติตัวตามการรักษาและคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลจะช่วยให้อาการต่อหินดีขึ้น				
4. ท่านคิดว่าการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง ทำให้ท่านเสียเวลา				
5. ถ้าท่านมีอาการดีขึ้น ท่านสามารถซื้อยาชนิดเดียวกันมาหยอดตาได้				
6. ทุกคนมีโอกาสเป็นต่อหิน ถ้าไม่มีการดูแลสุขภาพตาอย่างสม่ำเสมอ				
7. การตรวจสุขภาพตาทุก 6 เดือน ไม่สามารถป้องกันโรคต่อหินได้				
8. การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลเป็นเรื่องยุ่งยาก				

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคต้อหิน

**คำชี้แจง** กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยท่านเลือกเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ คำตอบมีให้เลือก 4 ระดับ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
<b><u>การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน</u></b>				
1. การไม่รับประทานยาและ /หรือไม่หยอดยาตาเพียงไม่กี่ครั้ง ไม่ทำให้อาการต้อหินเป็นมากขึ้น				
2. การหลีกเลี่ยงจากกิจกรรมที่ทำให้ความดันตาสูงจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคต้อหินได้				
3. ท่านสามารถเว้นระยะในการหยอดยาตาได้ถ้าท่านรู้สึกว่าการต้อหินดีขึ้น				
4. การซื้อยาหยอดตามาใช้เองโดยไม่ปรึกษาแพทย์อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของต้อหินได้				
5. ควรหยอดยาตาอย่างสม่ำเสมอ แม้เวลาออกนอกบ้านหรือมาตรวจตามแพทย์นัด				
6. การปฏิบัติตามการรักษาและคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคต้อหิน				
7. ถ้าท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการจากโรคที่เป็นอยู่ ท่านจะสอบถามจากแพทย์หรือพยาบาลทุกครั้ง				
<b><u>การรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อหิน</u></b>				
1. โรคต้อหินถ้าตรวจพบในระยะเริ่มแรกและได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว จะทำให้สามารถลดความรุนแรงและป้องกันภาวะลุกลามของโรคได้				
2. ความดันตาที่สูงเมื่อทำลายประสาทตาแล้ว แม้ความดันตาจะลดลง ประสาทตาก็จะไม่กลับคืนสู่ปกติ				
3. ต้อหินจะทำให้ลานสายตาแคบลง การมองเห็นมัวลงเรื่อยๆ แต่ไม่ทำให้เกิดภาวะตาบอดอย่างถาวร				

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
4. อาการปวดตาและปวดศีรษะอย่างรุนแรง เป็นอาการ เฉียบพลันของต้อหิน เนื่องจากความดันตาที่สูงขึ้น				
5. อาการปวดตา ตามัว จากโรคต้อหิน มีผลต่อ การดำเนินชีวิตของท่าน				
6. การหยอดยาตาและรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ตามเวลา จะทำให้อาการของโรคต้อหินรุนแรงขึ้น และเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้				
7. ท่านสามารถเว้นระยะในการมาพบแพทย์ได้ ถ้าอาการของต้อหินดีขึ้น				
8. ถึงแม้จะมีอาการปวดตา ตาแดง ตามัวลง ท่านจะมาพบแพทย์ตามนัดเท่านั้น				
<b><u>การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง</u></b>				
1. การตรวจสุขภาพตาเป็นประจำ ทำให้สามารถค้นหา ภาวะแทรกซ้อนของโรคต้อหินได้				
2. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของโรคต้อหินได้				
3. การมาตรวจตามแพทย์นัด ทำให้ทราบการดำเนิน อาการของโรค				
4. การตรวจสายตาและวัดความดันในลูกตา ทำให้ทราบถึงความรุนแรงของโรคต้อหิน				
5. การหลีกเลี่ยงจากกิจกรรมที่ทำให้ความดันในตาสูง จะทำให้ป้องกันการลุกลามของโรคต้อหินได้				
6. การลืมหยอดยาตามเวลาเป็นบางครั้ง ไม่ทำให้ความดันตาสูงขึ้น				
7. การตรวจตามีหลายขั้นตอนต้องใช้เวลา ทำให้ท่านเสียเวลามาก				

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
<b>การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง</b>				
1. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการหยอดยาตา ซึ่งมีหลายชนิด และต้องหยอดวันละหลายครั้ง				
2. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของโรค จะต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ทำให้ท่านรู้สึกท้อแท้				
3. ท่านรู้สึกเป็นภาระในการพกยาดิตตัว เมื่อต้องออกนอกบ้านเป็นเวลานาน				
4. ท่านคิดว่าการซื้อยาหยอดตาที่ร้านขายยาใกล้บ้าน มีความสะดวกกว่ามาโรงพยาบาล				
5. ท่านมาตรวจตามนัดทุกครั้ง ถึงแม้ว่าญาติของท่าน จะไม่ว่างในการพาท่านมาตรวจ				
6. การหลีกเลี่ยงจากกิจกรรมที่ทำให้ความดันตาสูง แม้จะมีหลายอย่างแต่ก็เป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติ				
7. บางครั้งท่านไม่ได้รับความกระจ่างจากแพทย์ และพยาบาลในเรื่องที่ท่านสอบถามเท่าที่ท่านต้องการ เนื่องจากมีผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาจำนวนมาก				

### ตอนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน

**คำชี้แจง** โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยท่านเลือกเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ คำตอบมีให้เลือก 3 ระดับ ดังนี้

ได้รับเป็นประจำ หมายถึง มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์

ได้รับบางครั้ง หมายถึง อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

ไม่เคยได้รับ หมายถึง ไม่ได้รับเลยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

ข้อความ	ได้รับ เป็นประจำ	ได้รับ บางครั้ง	ไม่เคย ได้รับ
1. บุคคลใกล้ชิดพร้อมจะรับฟังและให้คำปรึกษาแก่ท่านในทุกๆ เรื่อง			
2. เมื่อท่านมีปัญหาเกิดขึ้น ท่านสามารถขอคำแนะนำหรือความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดได้			
3. บุคคลใกล้ชิดคอยให้กำลังใจแก่ท่านเสมอในการรักษา			
4. บุคคลในครอบครัวคอยอำนวยความสะดวกและยินดีในการพาท่านมาตรวจตามแพทย์นัด			
5. บุคคลในครอบครัวคอยกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล			
6. บุคคลในครอบครัวคอยกระตุ้นเตือนท่านเกี่ยวกับการหยุดยาและรับประทานยา พร้อมทั้งคอยช่วยเหลือท่าน			
7. แพทย์ที่ทำการรักษาท่าน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็นอยู่			
8. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวจากพยาบาล			
9. ท่านได้รับคำแนะนำหรือข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับโรคต่อหินจากบุคคลใกล้ชิด			
10. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหินจากการมาตรวจรักษา			

#### ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน

**คำชี้แจง** กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ สม่ำเสมอ ทุกครั้งหรือทุกวัน
- ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ บ่อยครั้งหรือเกือบทุกครั้งหรือเกือบทุกวัน
- ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นบางวันหรือเป็นส่วนน้อย
- ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ผู้ตอบไม่มีพฤติกรรมหรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เลย

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ เป็น ส่วนใหญ่	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
<b>การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป</b>				
1. ท่านรับประทานอาหารที่สะอาดและมีประโยชน์ต่อร่างกาย โดยเฉพาะผักสดและผลไม้				
2. ท่านพักผ่อนนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง				
3. ท่านทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ				
4. ท่านออกกำลังกายตามความเหมาะสมและสม่ำเสมอ				
5. ท่านดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายและของใช้				
6. ท่านขับถ่ายเป็นเวลาทุกวัน				
<b>การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ</b>				
1. ท่านพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่น ๆ				
2. ท่านสามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่น				
3. ท่านสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่น				

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นส่วนใหญ่	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
4. เวลาที่มีความเครียดท่านสามารถผ่อนคลาย ความเครียด เช่น การพูดคุยกับผู้อื่น การนั่งสมาธิ				
5. ท่านยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น				
<b><u>การดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ</u></b>				
1. ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และออกกำลังกายตามคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาล				
2. ท่านให้ความร่วมมือกับแพทย์และพยาบาล ในเรื่องการรักษาและการปฏิบัติตัว				
3. ท่านมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง				
4. ท่านหลีกเลี่ยงจากกิจกรรมที่ทำให้ความดันตาสูง				
5. ถึงจะมีอาการผิดปกติทางตา ท่านก็จะมาพบ แพทย์ตามเวลาที่แพทย์นัดเท่านั้น				
6. ถ้ารู้สึกไม่สบาย ท่านจะซื้อยามารับประทานเอง				
7. ในการหยอดยาตา ท่านสังเกตอาการข้างเคียง ของยาที่หยอดด้วย				
8. เวลาออกนอกบ้านนานๆ ท่านจะหยอดยาตา เมื่อกลับมาที่บ้านเท่านั้น				
9. ท่านสอบถามแพทย์หรือพยาบาล เมื่อสงสัย เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ				
10. ท่านคอยสังเกตตัวเองถึงอาการของโรคต้อหิน ที่ท่านเป็นอยู่				
11. ท่านล้างมือให้สะอาดก่อนหยอดยาตา				
12. ท่านปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์และ พยาบาลอย่างเคร่งครัด				
13. ท่านติดตามข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ เกี่ยวกับโรคต้อหิน				

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นส่วนใหญ่	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
14. ท่านค้นหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคต่อหิน และนำความรู้นั้นมาใช้ในการดูแลสุขภาพ ของตนเอง				
15. ท่านรับประทานยาและหยุดยาตามตรงเวลา ตามการรักษาของแพทย์				

## ประวัติการศึกษาและการทำงาน

ชื่อ	นางชลธิชา พราทิตย์
วัน เดือน ปี เกิด	2 มิถุนายน พ.ศ. 2500
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ พ.ศ. 2522  ครุศาสตรบัณฑิต (สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2527
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	หอผู้ป่วยจักษุ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล