

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาโรคต่อหิน
เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ

เรวดี สุราทะโก

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2557

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพโรคต่อหิน
เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ

.....

นางเรวดี สุราทะโก

ผู้วิจัย

.....

ศาสตราจารย์ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ,

ศษ.ด.(ประชากรศึกษา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....

รองศาสตราจารย์ นริศ กิจณรงค์,

พ.บ., ว.ว.จักษุวิทยา

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

รองศาสตราจารย์ ปราบธนา สถิตย์วิภาวี,

Ph.D.(Public Health)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว.ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์ วิณา เทียงธรรม,

ส.ด.(การพยาบาลสาธารณสุข)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพโรคต่อหิน
เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข
วันที่ 30 มีนาคม พ.ศ.2557

.....
ศาสตราจารย์ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ,
ศษ.ด.(ประชากรศึกษา)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
นางเรวดี สุราทะโก
ผู้วิจัย

.....
รองศาสตราจารย์ วิภา เทียงธรรม,
ส.ด.(การพยาบาลสาธารณสุข)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
อาจารย์ ชมนาด สุ่มเงิน,
Ph.D.(Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์ นริศ กิจณรงค์,
พ.บ., ว.ว.จักษุวิทยา
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์ ปรรธนา สถิตย์วิภาวี,
Ph.D.(Public Health)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว.ออร์โธปิดิกส์
คณบดี

.....
รองศาสตราจารย์ พิทยา จารุพูนผล,
พ.บ., อ.ว.(ระบาดวิทยา)
คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ รองศาสตราจารย์ ดร.ปรารธนา สถิตย์วิภาวี และรองศาสตราจารย์ นพ.นริศ กิจณรงค์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้คำแนะนำข้อคิดเห็น ช่วยปรับแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆของงานวิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบ ขอบพระคุณอย่างสูงไว้ในโอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ อ.ดร.ชมนาด สุ่มเงิน ประธานกรรมการการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้ กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ให้การศึกษาครั้งนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญพัฒนา อ.ดร.สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์ และคุณเอื้องพร พิทักษ์สังข์ ที่กรุณาสละเวลาเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และให้คำแนะนำที่มี ประโยชน์มาแก้ไข ปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ พญ.จุฑาไล ดันตเทอดธรรม หัวหน้าภาควิชาจักษุ วิทยา รองศาสตราจารย์พญ.อังคณา เมธีไตรรัตน์ หัวหน้าหน่วยต้อหิน คณะแพทยศาสตร์ศิริราช พยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ที่ให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูล และเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำหน่วย ตรวจโรคจักษุ โรงพยาบาลศิริราช ที่ให้ความกรุณาและความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็น อย่างดี ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.วีณา เทียงธรรม ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร ซึ่งเป็นกำลังใจ และคอยให้คำแนะนำตลอดการศึกษาวิจัยจนทำให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ซึ่งเป็นกำลังใจสำคัญของผู้วิจัยเสมอมาจน สำเร็จการศึกษา ขอขอบคุณทีมผู้บริหารงานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราชที่ช่วยเหลือและสนับสนุนในการทำวิจัย ขอขอบคุณคุณเฉลิมเกียรติ สุราทะโก สามิ ที่คอยให้กำลังใจ ช่วยเหลือในทุกเรื่องตั้งแต่เริ่มเข้าศึกษา และบุคคลอื่น ๆ ที่มีได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ที่ ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจทำให้ผ่านพ้นอุปสรรคต่างๆ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จด้วยดี

เรวดี สุราทะโก

ผลของ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพโรคต้อหิน เพื่อควบคุมระดับความดันลูกตาของผู้สูงอายุ
THE EFFECT OF SELF-CARE BEHAVIOR PROMOTION PROGRAM FOR INTRAOCULAR PRESSURE
CONTROL AMONG THE ELDERLY WITH GLAUCOMA

เรวดี สุราทะโก 5236304 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ ศษ.ค.(ประชากรศึกษา), ปรรธนา สติชัยวิภาวี
Ph.D.(PUBLIC HEALTH), นริศ กิจณรงค์ พ.บ.ว. จักรวิทยา

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพโรคต้อหินเพื่อควบคุมระดับความดันลูกตา โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในผู้สูงอายุโรคต้อหิน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวน 60 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพโรคต้อหินเพื่อควบคุมระดับความดันลูกตา ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ตัวแปรตามดังนี้ ความรู้เรื่องโรคต้อหิน การรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันลูกตา ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันลูกตา ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันลูกตา พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันลูกตา และการช่วยเหลือของผู้ดูแลหลัก โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรตามระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มด้วยสถิติ Independent-t tested และ paired t-tested ตามลำดับ

ผลการวิจัย พบว่า ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพโรคต้อหินเพื่อควบคุมระดับความดันลูกตา มีความรู้เรื่องโรคต้อหิน การรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อหิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันลูกตา ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันลูกตา ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันลูกตา และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันลูกตา สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

จากผลการวิจัย ควรมีการประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุกลุ่มโรคทางตาอื่นๆ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลัก ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพโรคต้อหิน / ผู้สูงอายุโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง / ผู้ดูแลหลัก

THE EFFECT OF SELF-CARE BEHAVIOR PROMOTION PROGRAM FOR INTRAOCULAR PRESSURE CONTROL AMONG THE ELDERLY WITH GLAUCOMA

REWADEE SURATKO 5236304 PPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: PIMPAN SILPASUWAN, Ed.D., PRATANA SATITVIPAWEE, Ph.D., NARIS KITNARONG, M.D.

ABSTRACT

The objective of this study was to explore the effects of the self-care behavior promotion program, based on the application of motivation theory for disease prevention of diseases in the elderly with glaucoma. This study was quasi-experimental research. The 60 samples were divided into 2 groups, the experimental group and the control group. The experimental group participated in the self-care behavior promotion program, while the control group received standard of nursing care. The data were collected by using 1) the interview form with respect of perceived severity of chronic glaucoma 2) perceived susceptibility of higher intraocular pressure 3) self-efficacy expectations in performing behaviors to control intraocular pressure 4) expectations on the effectiveness of feedback from performing behaviors to control intraocular pressure 5) behaviors to control intraocular pressure and 6) the assistance of main caregivers. The data were analyzed by using the independent t-test and paired t-test

The findings of the study revealed that the experimental group, which participated in the self-care behavior promotion program, had higher mean scores of perceived severity of chronic glaucoma, perceived susceptibility of higher intraocular pressure, self-efficacy expectations in performing behaviors to control intraocular pressure, expectations on effectiveness of feedback from performing behaviors to control intraocular pressure, and behaviors to control intraocular pressure significance than the control group ($p < .05$). Based on the results of the study, it was recommended that the program be applied to provide care for elderly patients with other eye diseases in order to promote self-care behaviors and the participation of main caregivers. This would enable the elderly to perform behaviors appropriate to their diseases and have a good quality of life.

KEY WORDS: THE BLINDNESS PREVENTION PROGRAM / THE ELDERLY WITH CHRONIC GLAUCOMA / MAIN CAREGIVERS

161 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 ปัญหาการวิจัย	6
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย	6
1.4 สมมติฐานการศึกษาวิจัย	7
1.5 ขอบเขตของการวิจัย	7
1.6 ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย	8
1.7 คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย	8
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	11
2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน	11
2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	17
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	21
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล	26
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	32
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	41
2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย	61
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	62
3.1 รูปแบบการวิจัย	62
3.2 ประชากรที่ศึกษา	63

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.3 ขนาดตัวอย่าง	64
3.4 วิธีการสุ่มตัวอย่าง	66
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย	67
3.6 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ	72
3.7 การดำเนินการเก็บข้อมูล	74
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล	78
บทที่ 4 ผลการวิจัย	80
ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร	81
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลระดับคะแนนความรู้ของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัว ควบคุมระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต และการช่วยเหลือของผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่าง	84
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง และหลังการทดลองในเรื่อง ความรู้ของโรคคอตีบชนิดเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต และระดับความดันโลหิต	87

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเรื่อง ความรู้ของโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับความดันโลหิต	90
บทที่ 5 การอภิปรายผล	93
5.1 สรุปผลการวิจัย	93
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	98
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	101
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	110
บรรณานุกรม	120
ภาคผนวก	127
ประวัติผู้วิจัย	161

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
3.1 โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาโรคต่อหิน เพื่อควบคุมระดับความดัน โลหิตของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค	68
4.1 เปรียบเทียบคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง	81
4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามระดับคะแนนของ ตัวแปรก่อนและหลังการทดลอง (n=60)	85
4.3 เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลองและ หลังการทดลองในเรื่อง ความรู้ของโรคต่อหิน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การ รับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ ความ คาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัว (n=30)	88
4.4 เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองและ หลังการทดลองด้านพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิต	89
4.5 เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองและ หลังการทดลอง ระดับความดันโลหิต	89
4.6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เรื่อง ความรู้ของโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของ โรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัว	90
4.7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้านพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิต การช่วยเหลือ ของผู้ดูแล	91
4.8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระดับความดันโลหิต	92

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ		หน้า
2.1	แสดงถึงรูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค	34
2.2	ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่ได้รับการพัฒนา (Rogers,1986)	40
2.3	กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย	61
3.1	การสุ่มตัวอย่างประชากรที่ศึกษา	67
3.2	จัดกิจกรรม โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพโรคต่อหิน	77

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคต้อหิน เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญมาก เนื่องจากเป็นสาเหตุอันดับที่ 2 ทำให้เกิดตาบอดทั่วโลก และมากกว่า 66 ล้านคนทั่วโลกที่คาดว่าจะเป็นต้อหิน (Quigley,1996:389-93) ซึ่งในปี พ.ศ.2563 จะมีคนตาบอดจากต้อหิน 11 ล้าน ประชากรส่วนใหญ่มาจากประเทศแถบเอเชีย มากถึงร้อยละ 47 ของโลก และตาบอดจากต้อหินคิดเป็นร้อยละ 15 ของคนตาบอดทั่วโลก (Quigley,2006:262-7) จากข้อมูลการสำรวจสภาวะตาบอด สายตาเลือนราง และโรคตาที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย พ.ศ.2549-2550 ที่ผ่านมา พบว่า สาเหตุที่ทำให้คนไทยตาบอด อันดับหนึ่งคือโรคต้อกระจก ซึ่งเมื่อได้รับการรักษาสามารถกลับมามองเห็นได้ รองลงมาคือ โรคต้อหิน พบมากในผู้สูงอายุ เป็นการตาบอดที่ไม่สามารถกลับมามองเห็นได้ เนื่องจากการถูกทำลายเส้นประสาทตา และทำให้ผู้ป่วยตาบอดได้ถ้าไม่ได้รับการรักษา รักษาไม่ต่อเนื่อง หรือไม่ถูกวิธี เป็นต้น(นิตยา โสธรวิทย์ และคณะ,2550:161-180)

จากรายงานการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินเรื้อรังรายใหม่อาจจะมีสภาวะตาบอด ร้อยละ 27 ใน 1 ชั่วโมง และร้อยละ 9 ทั้งสองข้างหลังการรักษาไป 20 ปี (Hattenhauer et al.,1998:2099-104) ซึ่งสภาวะตาบอดจากการรักษาโรคต้อหินอาจเป็นร้อยละ 28.6 ในระยะเวลา 16 ปี อย่างน้อย 1 ข้างในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาและไม่มาตรวจตามนัด ร้อยละ 40 ที่จะนำไปสู่สภาวะตาบอด (Chang et al.,2005:492-496)

ต้อหินชนิดเรื้อรัง มีลักษณะเฉพาะตัวของการสูญเสียลานสายตา โดยมีความดันลูกตาสุงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ (สมสงวน อัญญคุณ และคณะ,2552:113) การป้องกันการสูญเสียการมองเห็นของผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง โดย การควบคุมความดันภายในลูกตาให้อยู่ในภาวะปกติ (ทวีศักดิ์ จุลวัจนะ,2533) ซึ่งการรักษาามีหลายวิธี ได้แก่ การใช้ยาหยอดตาเพื่อช่วยส่งเสริมการระบายออกของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา หรือ เพื่อการลดการสร้างน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ จึงจะสามารถควบคุมความดันลูกตาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Yumori et al.,2011:10-15) หากไม่ได้ผลก็ใช้การรักษาด้วยแสงเลเซอร์ หรือการทำผ่าตัดเพื่อระบายน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา ซึ่งภายหลังการรักษาด้วยแสงเลเซอร์ หรือการทำผ่าตัด ในผู้ป่วยบางรายอาจจะ

ต้องหยุดยาค และรับประทานยาต่อไปตลอดชีวิต ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการรักษา และมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคคือหินเป็นอย่างมาก

พฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคคือหินชนิดเรื้อรัง เช่น การไม่รับประทานยา หรือไม่หยุดยาคตามแผนการรักษา การไม่มาตรวจตามนัด ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ การขาดแรงจูงใจในการให้ความร่วมมือในการรักษา เนื่องจากลักษณะพยาธิสภาพของโรคที่ไม่มีอาการปวด หรือทุกข์ทรมานที่ทำให้ต้องแก้ไขอย่างรีบด่วน จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (Ashbum,1980;Zimmerman and Zalta,1983 อ้างถึงใน นภาพร พรหมคำชาว,2541) ส่วนหนึ่งจากปัญหาการใช้ยาลดความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคคือหินมาจากหลายสาเหตุ เนื่องจากต้องใช้ยาลดความดันโลหิตในระยะยาว และมาตรวจตามนัดหมายอย่างต่อเนื่อง การใช้ยามีความซับซ้อนหลายระดับ เช่น ชนิดของยา ความตรงเวลาในการใช้ยา วิธีการหยุดยาค ในแต่ละวัน พบว่ามีค่าเฉลี่ยของการใช้ยาไม่สม่ำเสมอถึงร้อยละ 25.0 (DiMatteo et al.,2000:2101) นอกจากนี้ยังพบอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น อาการตาแดง เมื่อใช้ยาบางชนิดทำให้ผู้ป่วยหยุดการใช้ยาเอง (Balkrishnan,2003:75) และความไม่ได้ตั้งใจจากการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ จากสาเหตุ การลืม ถึงร้อยละ 66.1 มีความตั้งใจในการใช้ยาไม่สม่ำเสมอร้อยละ 16.9 (Rees,2010:903-908) ส่วนหนึ่งคงเนื่องมาจากผลข้างเคียงที่ไม่ดีของยา ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมใช้ยา อาจเนื่องจากความไม่รู้ ไม่เข้าใจ ถึงความจำเป็นต้องใช้ยา (สกวารัตน์ คุณาวิศรุต,2534:175) ซึ่งปัญหาความร่วมมือในการรักษาจะมีมากยิ่งขึ้นในผู้สูงอายุโรคคือหิน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีโรคประจำตัวหลายชนิด โอกาสเกิดอาการข้างเคียงและปัญหาจากฤทธิ์ที่ขัดแย้งกันจากยาแต่ละชนิดก็มีมากขึ้น นอกจากนี้ความสามารถในการฟังและการทำความเข้าใจก็ลดลง เนื่องจากความชราและการเจ็บป่วยเรื้อรังจึงทำให้ความสามารถในการให้ความร่วมมือต่อการรักษาพยาบาลลดลงไปอีกจากการศึกษาพบปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาสูงถึงร้อยละ 30-50 ซึ่งร้อยละ 90 ของปัญหาความไม่ร่วมมือเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือทำตามแผนการรักษาของแพทย์ได้อย่างเคร่งครัด (ยุพิน ลีละชัยกุล,2550:41)

จากหลายการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความไม่ร่วมมือ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยคือหินที่ขาดแรงจูงใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง และร้อยละ 41 ของผู้ป่วยคือหินที่ขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษาเช่นเดียวกัน (Geld al.,2008:690-698) นภาพร พรหมคำชาว (2541) พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ชลธิชา พรทิพย์ (2549) พบว่า ปัจจัยภายในตัวบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของ

ผู้ป่วยโรคข้อหินได้แก่ เจตคติต่อการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อหิน

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายทั้งทางด้านโครงสร้างและหน้าที่ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวในผู้สูงอายุ เป็นความเสื่อมโทรมที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา โดยเฉพาะ โรคเรื้อรัง อารมณ์และสภาวะจิตใจ (กชกร สังขชาติ, 2538:5-6) จากการประเมินความรู้และทัศนคติของผู้สูงอายุเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น การใช้สายตางานละเอียด เช่น อ่านหนังสือพิมพ์ ทำได้ดีเมื่อใช้แว่นตา เพียงร้อยละ 43.2 การเดินทางของผู้สูงอายุมองเห็นชัดเจนสามารถเดินทางคนเดียวได้ร้อยละ 63.9 และเมื่อมีปัญหาโรคตาพบว่า ร้อยละ 14.8 ปล่อยทิ้งไว้มีอาการมากจึงไปพบแพทย์ และร้อยละ 14.3 ซื่อยามาหยอดเอง หรือปรึกษาญาติ (วิระพันธ์ สุวรรณไชยมาตย์ และคณะ, 2544:21-27) จากลักษณะดังกล่าวของวัยสูงอายุอาจส่งผลกระทบต่อการรักษาอย่างต่อเนื่องของโรคข้อหินชนิดเรื้อรัง เช่น การหยอดยา การมาตรวจตามนัด เป็นต้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคข้อหินต้องการมากกว่าข้อมูลการบริหารยาที่ถูกต้อง เพราะต้องเผชิญกับความยุ่งยากในการใช้ยา เช่น การหยอดยา ซึ่งการทำให้เข้าใจขนาดในการใช้ยาที่ง่ายขึ้น มีการคอยเตือน การให้ความรู้ และการวางแผนในการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยในการปรับปรุงให้มีการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ (Gray et al., 2009) ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการรักษาที่ดีขึ้น

อย่างไรก็ดีความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุ ส่วนหนึ่งมาจากปัญหาด้านการรับรู้ปัญหาาระบบกล้ามเนื้อและกระดูก การเดินทาง เป็นต้น รวมทั้งสาเหตุอื่นๆ เช่น ความซับซ้อนของขนาดยาที่ใช้ (Budenz, 2009:43-47) สุจินดา ริมศิริทองและคณะ (2537) พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อหินมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อหินระดับไม่ดี ร้อยละ 30.2 ใช้ยาไม่สม่ำเสมอร้อยละ 16.7 สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการลืมร้อยละ 32.4 นอกจากนี้มีความสับสนในการใช้ยาหลายชนิดและอาการแสบตาหลังหยอดตา เบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) พบว่า ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคข้อหิน นอกจากนี้วสนา ฟุ้งฟู (2548) พบว่า ระดับการศึกษา และความสามารถในการมองเห็นมีความเกี่ยวข้องกับความรู้ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคข้อหิน และสิริพัช รัตแพทย์ (2535) พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อหินชนิดเรื้อรังได้รับผลกระทบทางจิตใจและสังคมมากกว่าประชากรปกติ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกลึกลับและวิตกกังวลสูง ทำให้ขาดความร่วมมือในการรักษา ซึ่งถ้ามีคนคอยช่วยเหลือปรับระดับประคองผู้สูงอายุจะทำให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และมีความร่วมมือในการรักษาที่ดีขึ้น

จากลักษณะดังกล่าวของผู้สูงอายุโรคข้อหิน ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เพื่อ

ป้องกันการสูญเสียการมองเห็น ดังนั้นบทบาทการดูแลผู้สูงอายุ กล่าวว่าเป็นการให้ผู้สูงอายุได้รับบริการขั้นพื้นฐาน และช่วยเหลือต่างๆในการทำกิจวัตรประจำวันโดยบริการขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย ความอบอุ่นใจ อาหารที่เหมาะสม เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มและการดูแลสุขภาพ (บรรลุ ศิริพานิช, 2538) พาไปซื้อของ เข้าสังคม พาไปพบแพทย์ การบริหารจัดการเงิน เป็นบทบาทที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัวซึ่งอาจช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีความร่วมมือในการรักษา แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลหลักในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ปัญหาทางตา โดยเฉพาะโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง

อย่างไรก็ตามหลายการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลหลัก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ศิริพร อิททาคม (2548) พบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมช่วยเหลือผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดย จัดยาให้ร้อยละ 45.7 เตือนให้รับประทานยาร้อยละ 87.9 พาไปตรวจตามนัด ร้อยละ 84.9 และร้อยละ 89.9 รับประทานยาสม่ำเสมอดี (มากกว่าร้อยละ 80 ของยาตามแผนการรักษา) นอกจากนี้ เบ็ญจลักษณ์ อัครพสุชาติ (2550) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีบทบาทในการดูแลทุกด้านอยู่ในระดับมาก ด้านสังคม รองลงมา ด้านร่างกาย และด้านอารมณ์และจิตใจ

จากการสำรวจความชุกของโรคต้อหินในผู้สูงอายุชุมชนรอบโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 2,114 คน พบว่า เป็นโรคต้อหิน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1 เป็นต้อหินชนิดมุมเปิดร้อยละ 47.7 ต้อหินชนิดมุมปิดร้อยละ 41.4 ต้อหินทุติยภูมิร้อยละ 1.6 (รจิต ตูจินดา และคณะ, 2545: 147-53)

หน่วยตรวจโรคจักษุ งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ให้บริการตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษา ฟันฟู ป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้รับบริการทุกเพศทุกวัย ที่มีความผิดปกติทางระบบจักษุ โดยปกติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ทางหน่วยงานจัดให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางตาทุกวันในช่วงเช้าสำหรับผู้ป่วยทุกวัยที่มีการเจ็บป่วยโรคต่างๆของลูกตา ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคต้อหินมีรูปแบบการให้ความรู้ยังไม่ชัดเจน ครบถ้วนเพียงพอที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริง เนื่องจากเป็นการให้ความรู้กลุ่มใหญ่จำนวนมาก ผู้ป่วยสูงอายุบางรายอาจขาดโอกาสซักถาม และไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเป็นอยู่อย่างแท้จริง และการเปลี่ยนแปลงในวัยนี้อาจเป็นข้อจำกัดในการรับรู้บางอย่าง เช่น ได้ยินไม่ชัดเจน จำไม่ได้ มองไม่ชัด เป็นต้น ส่วนการให้ความรู้รายบุคคลผู้ป่วยบางรายอาจไม่ได้เข้าถึงการบริการดังกล่าวเนื่องจากข้อจำกัดของตัวผู้ป่วยเอง และการบริการ เพื่อพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยงานในกลุ่มผู้สูงอายุโรคต้อหินให้สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องต่อเนื้อที่บ้าน และป้องกันการสูญเสียการมองเห็น

จากการสัมภาษณ์ของผู้วิจัยในผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง จำนวน 30 ราย ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2554 ที่มารับบริการที่แผนกตา ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคต้อหิน เช่น ภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดการสูญเสียการมองเห็น

จากโรคต่อหีน 4 ราย ขาดการรับรู้ประโยชน์และผลของการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง เช่น ผลดีของการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอในโรคต่อหีน 5 ราย อาการข้างเคียงของยาทำให้หยุดการใช้ยา 6 ราย หยุดยาไม่ตรงเวลา 8 ราย ไม่มาตรวจตามนัด 5 ราย นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหีนขาดการรับรู้อันตรายของโรคต่อหีนว่ารุนแรงจนทำให้ตาบอด ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาโรค อาจเนื่องจากประโยชน์ที่ได้จากการรักษาไม่ได้ปรากฏให้เห็นทันที นอกจากนี้ยังขาดการสนับสนุน หรือความร่วมมือของผู้ป่วย และบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น ทำให้อาการของโรคลุกลามมากขึ้นที่จะควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ซึ่งมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ไม่เหมาะสม เช่น การลืมหยุดยา ขาดยาเป็นเวลานาน เนื่องจากไม่แสดงอาการอย่างชัดเจน ไม่มีอาการปวด คิดเป็นร้อยละ 21 ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวของผู้ป่วยจะส่งผลให้เกิดการสูญเสียการมองเห็นในที่สุด

จากลักษณะปัญหาดังกล่าวของผู้สูงอายุโรคต่อหีน จะเห็นได้ว่าสามารถประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค(Roger ,1975:93) ตามแนวคิดเกี่ยวกับการจูงใจในการป้องกันโรค มีองค์ประกอบของทฤษฎีมีกระบวนการรับรู้ 2 ประเภท คือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ(Threat Appraisal) และการประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ซึ่งกระบวนการรับรู้ดังกล่าว เกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร คือ สิ่งแวดล้อม บุคคล ชกชน การเรียนรู้จากการสังเกต การสาธิต หรือการใช้ตัวแบบ ซึ่งการประเมินอันตรายต่อสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และการประเมินการเผชิญปัญหา คือ มีความคาดหวังว่าผลลัพธ์ที่ตอบสนองจากการกระทำของตนเอง และความสามารถของตนเองในการทำสิ่งนั้นได้ จะทำให้มีความตั้งใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันโรค และผู้ดูแลหลักในการช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคต่อหีนด้านข้อมูลข่าวสาร รับฟังปัญหา ให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือน แก่ผู้สูงอายุ

จากการศึกษาที่ผ่านมา ศุภวรรณ พิมใจใส (2548) ใช้ผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษา โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคสำหรับส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันตาบอด พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคต่อหีน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการตาบอดจากโรคต่อหีน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองได้ผลดีขึ้น ส่วนของ สุกัญญา ศรีสง่า (2550) ใช้ผลของโปรแกรมสุขศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดปฐมภูมิ พบว่า การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ

และพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านหยอดยาอย่างถูกวิธี และการตรวจตามนัดกลุ่มทดลองได้ผลดีขึ้นเช่นกัน ซึ่งทั้งสองการวิจัยศึกษาทำในผู้ป่วยโรคต่อหีนทุกกลุ่มวัยอาจมีความแตกต่างกับผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตามจากปัญหาดังกล่าวยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหีนชนิดเรื้อรังที่มีพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษา โดยนำผู้ดูแลหลักมาช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยต่อหีนสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลรักษาโรคต่อหีน ซึ่งประกอบด้วย บรรยายด้วยสื่อสไลด์ อภิปรายกลุ่ม นำเสนอตัวแบบ การสาธิตและฝึกทักษะเพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความรู้เข้าใจสามารถนำไปประยุกต์ใช้จริงที่บ้าน ดังนั้นจึงได้เพิ่มเติมการเยี่ยมบ้านและส่งต่อ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคต่อหีน สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลรักษาโรคต่อหีน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิตที่ได้รับจากคลินิกนำไปสู่การปฏิบัติที่บ้าน ผลที่ได้จากงานวิจัยสามารถใช้ประโยชน์ในการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัวในการดูแลกันในชุมชนต่อไป

1.2 ปัญหาการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลรักษาโรคต่อหีน โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในผู้สูงอายุโรคต่อหีน สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้หรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลรักษาโรคต่อหีน โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในผู้สูงอายุโรคต่อหีน

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคต้อหินหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตในประเด็น ดังนี้

- 1.1) การรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อหิน
- 1.2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต
- 1.3) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต
- 1.4) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต
- 1.5) พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต

2) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินกลุ่มที่เข้าโปรแกรม

1.4 สมมติฐานการศึกษาวิจัย

ภายหลังการทดลอง โปรแกรมนี้แล้วกลุ่มทดลองมี

- 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อหินสูงขึ้น
- 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิตสูงขึ้น
- 3) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูงขึ้น
- 4) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูงขึ้น
- 5) พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงขึ้น
- 6) ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินลดลง หรือไม่เปลี่ยนแปลง

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินอายุ 60-80 ปีและมีผู้ดูแลหลัก ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหินมุมเปิด ชนิดปฐมภูมิโดยจักษุแพทย์ ที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนก

ผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจโรคจักษุ โรงพยาบาลศิริราช ที่มารับบริการช่วงเดือนกันยายน 2555 ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ.2555

1.6 ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

- 1) ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโรคต้อหิน โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
- 2) ตัวแปรตาม ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อหิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันลูกตา ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันลูกตา ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันลูกตา และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันลูกตา

1.7 คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย

- 1) โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโรคต้อหิน หมายถึง กิจกรรมที่จัดกระทำขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยการนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันลูกตา ได้แก่ การหอยอดยาอย่างถูกต้อง การมาตรวจตามนัด และนำผู้ดูแลหลักในการช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคต้อหินในการรับฟังปัญหา ให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือน การช่วยเหลือ ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้สูงอายุ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโรคต้อหิน โดยจัดกิจกรรม 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลา 90 นาที ประกอบด้วย บรรยายกลุ่ม อภิปรายกลุ่ม นำเสนอตัวแบบ การสาธิตและฝึกทักษะ และการให้คำปรึกษา ครั้งที่ 2 ใช้ระยะเวลา 90 นาที ประกอบด้วย การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษารายบุคคล และส่งต่อ
- 2) ผู้สูงอายุโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง หมายถึง ผู้สูงอายุชายหรือหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยเป็นโรคต้อหินที่ไม่ได้มีสาเหตุของโรค หรือความผิดปกติอื่นๆของตา หรือโรคต่างๆทางกาย ที่ทำให้การเพิ่มแรงดันต้านทานต่อการระบายของน้ำในช่องหน้าม่านตา (วัลลภ เอี่ยมสมบุญ, 2539)

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ป่วยคือหิมนชนิดเรื้อรังหมายถึง ผู้ป่วยชายหรือหญิงที่มีอายุ 60-80 ปี และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นคือหิมนมเปิด ชนิดปฐมภูมิโดยจักษุแพทย์ ที่มารับบริการตรวจรักษา แผนกจักษุ โรงพยาบาลศิริราช

3) การรับรู้ความรุนแรงของโรคคือหิมน หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีต่อความรุนแรงที่จะได้รับการเป็นโรคคือหิมนที่มีผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ และบทบาททางสังคม โดยวัดจากแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคคือหิมนชนิดเรื้อรังที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

4) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีต่อการวินิจฉัย โรค และการคาดคะเนของตัวผู้ป่วยถึงโอกาสเสี่ยงต่อการสูญเสียการมองเห็นจากการเพิ่มระดับความดันโลหิตของโรคคือหิมน โดยวัดจากแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิตในโรคคือหิมนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

5) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลว่า ตนเองสามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันการสูญเสียการมองเห็นโดยควบคุมระดับความดันโลหิต ได้แก่ การใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ สังเกตอาการผิดปกติหลังใช้ยา และอาการข้างเคียงของยารักษาโรคคือหิมน โดยวัดจากแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของโรคคือหิมนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

6) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลว่า จะปฏิบัติตัวตามคำแนะนำที่จะมีผลดีต่อตัวผู้ป่วยเอง ทำให้เพิ่มผลการรักษาโรคคือหิมน และควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยวัดจากแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ของโรคคือหิมนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

7) ระดับความดันโลหิตปกติ หมายถึง ความดันโลหิตที่มีค่าอยู่ระหว่าง 10-21 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งความดันตามีหน่วยวัดเป็นมิลลิเมตรปรอท (mmHg) (ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์; วรเทพ จันทร์ลลิต, 2549: 51)

8) พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต หมายถึง การแสดงออกของผู้สูงอายุซึ่งเหมาะสมสอดคล้องสภาวะของโรคและตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต โดยวัดจากแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการหยอดยา การมาตรวจตามนัด และแบบประเมินวิธีการหยอดตาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วย

8.1) การหยอดยาอย่างถูกต้อง หมายถึง การใช้ยาหยอดตาอย่างสม่ำเสมอ ถูกวิธี โดยประเมินจาก หยอดถูกชนิดยาตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ ตรงตามเวลา ลักษณะการหยอดและท่าที่ใช้ในการหยอดยา

8.2) การมาตรวจตามนัด หมายถึง การมาพบแพทย์ตามนัดหมาย เพื่อตรวจดูระดับความดันตาให้อยู่ในระดับปกติ

9) ผู้ดูแลหลัก (caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลหลัก หมายถึง ผู้ที่มีอายุมากกว่า 20 ปี อยู่บ้านเดียวกันหรือคนละบ้านแต่ไปมาหาสู่กันสม่ำเสมอ สามารถอ่านออกเขียนได้ เน้นการรับฟังปัญหา ให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือน การช่วยเหลือ ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้สูงอายุ โดยวัดจากแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการช่วยเหลือของผู้ดูแลหลัก ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยนี้เป็นโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และผู้ดูแลหลักในการช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคต้อหิน ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

- ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน และแนวทางการรักษา
- แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล
- ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
- โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลรักษาโรคต้อหิน

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน

ต้อหิน เป็นกลุ่มของโรคที่มีรอยโรคที่เส้นประสาท (optic neuropathy) มีขั้วประสาทตาฝ่อและมีการสูญเสียลานสายตา (visual field) ทำให้มีการทำลายของขั้วประสาทตาซึ่งมีผลทำให้ตามัว ลานสายตาแคบลงจนถึงกับบอดสนิทได้ในที่สุด (วณิช ชื่นกองแก้ว; อังคณา เมธีไตรรัตน์, 2550: 272)

พยาธิสภาพของต้อหิน

สาเหตุสำคัญของต้อหิน (นิลวรรณ ศิริคุณ, 2533) คือ ระดับความดันลูกตาสูงกว่าปกติ เนื่องจากความผิดปกติของระบบไหลเวียนน้ำเอเควียส ความดันลูกตาปกติ คือความดันที่อยู่ในซึ่งไม่ทำให้เกิดการทำลายของขั้วประสาทตา ซึ่งไม่สามารถบอกเป็นตัวเลขที่แน่นอนได้ เพราะมีความแตกต่างระหว่างบุคคล ในการศึกษาประชากรทั่วไป พบว่าความดันลูกตามีค่าเฉลี่ยประมาณ 15.5 ± 2.57 สูงสุด 20.5 มม.ปรอท สำหรับคนไทยจากการสำรวจระดับชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2537 คือ 14 ± 0.78 มม.ปรอท (ยุพดี รัตตะรังสี, 2545) ความดันลูกตาที่สูงกว่าปกตินี้ มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของระบบไหลเวียนของน้ำเอเควียส

น้ำเอควีส(วณิชา ชั้นกองแก้ว;อังคณา เมธีไตรรัตน์,2550: 273) สร้างจากชั้นผิวส่วน non-pigmented ของซีเลียรี(ciliary process) ซึ่งมีด้วยกัน 3 ขบวนการ คือ active secretion , ultrafiltration และ diffusion ส่วนใหญ่น้ำเอควีสสร้างโดย active secretion จากนั้นจะไหลผ่านจากช่องหลังม่านตา(posterior chamber) ผ่านรูม่านตาไปยังช่องหน้าม่านตา(anterior chamber) แล้วผ่าน trabecular meshwork ตรงมุมตาเข้าสู่ Schlemm's canal จนกระทั่งเข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิตทาง aqueous vein สาเหตุส่วนใหญ่ของการมีความดันลูกตาสุงมักเกิดจากการเพิ่มแรงต้านการไหลออกของน้ำเอควีส มีบางอย่างที่เกิดจากความดันหลอดเลือด episcleral สูงขึ้น และพบน้อยมากจากการผลิตน้ำเอควีสมากเกินไป (ยุพดี รัตตะรังสี,2545)

ชนิดและสาเหตุของต้อหิน

ต้อหินแบ่งตามสาเหตุได้ดังนี้(วณิชา ชั้นกองแก้ว;อังคณา เมธีไตรรัตน์,2550:278-286)

1. ต้อหินปฐมภูมิ(primary glaucoma) เป็นโรคทางกายที่ทำให้เกิดความดันลูกตาเพิ่มขึ้นแบ่งได้เป็น 2 ชนิดคือ

1.1 ต้อหินมุมเปิดปฐมภูมิ(primary open-angle glaucoma) เป็นต้อหินชนิดเรื้อรัง โรคดำเนินไปช้าๆ ไม่มีอาการเจ็บปวด อาการแสดง คือ ความดันตาสุง ขั้วประสาทตามุม และมีความผิดปกติของลานสายตา

1.2 ต้อหินมุมปิดปฐมภูมิ(primary angle-closure glaucoma) ส่วนใหญ่มีอายุ 55-60 ปีขึ้นไปเกิดจาก iris root เบนมาปิดหน้า trabecular meshwork ทำให้น้ำเอควีสไหลออกจากตาไม่ได้

2. ต้อหินทุติยภูมิ(secondary glaucoma) เป็นต้อหินที่มีสาเหตุเกิดความผิดปกติภายในตา หรือ อาจเกิดภายนอกลูกตาประกอบด้วย

2.1 ต้อหินเกิดจากความผิดปกติของเลนส์ พบในผู้ป่วยต้อกระจก มีเลนส์ขนาดโตและบวมขึ้น อาการและอาการแสดง เลนส์มีสีขาวขุ่น ปวดตา ตาแดงพบว่ามุมม่านตาปิดรูม่านตาขยาย และความดันลูกตาสุง

2.2 ต้อหินเกิดจากโรคของยูเวีย ได้แก่ การอักเสบของม่านตา (anterior uveitis) ความเสื่อมของเยื่อภายในลูกตา พบว่าความดันลูกตาสุง

2.3 ต้อหินที่เกิดจากอุบัติเหตุต่อลูกตา (ocular trauma)พบ ภาวะที่มีเลือดออกในช่องหน้าลูกตา อาจเกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือดม่านตา

2.4 ต้อหินที่เกิดจากก้อนเนื้อออก (ocular tumors) เกิดจากเซลล์ของเนื้อออกไปอุดหน้า trabecular meshwork

2.5 ต้อหินที่เกิดจากการใช้คอร์ติโคสเตียรอยด์ (steroid induced glaucoma) เกิดจากใช้ยาหยอดตาที่มีคอร์ติโคสเตียรอยด์นานๆ ทำให้ความดันลูกตาเพิ่มขึ้น

2.6 ต้อหินที่เกิดจากการเพิ่มความดัน episcleral vein ได้แก่ thyroid ophthalmopathy

2.7 ต้อหินที่เกิดจากความผิดปกติของจอประสาทตา น้ำวุ้นตา และกลอรัอยด์ โรคที่พบบ่อยคือ neovascular glaucoma โรคพวกนี้เกิดจากการสร้างหลอดเลือดขึ้นมาใหม่ บริเวณม่านตาทำให้อุดตันทางเดินของน้ำเอควีเอส

2.8 ต้อหินเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด สาเหตุของการเกิดต้อหินหลังการผ่าตัดต่อกระจกมีหลายประการ มักเกิดการอักเสบเม็ดสีไปอุดหน้า trabecular meshwork

3. ต้อหินแต่กำเนิด(congenital glaucoma) จะมีอาการน้ำตาไหล เคืองตา กระจกขุ่น

4. ต้อหินระยะสุดท้าย เป็นระยะสุดท้ายของต้อหินที่ไม่ได้รับการรักษา หรือได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้องจะทำให้ตาบอดได้ เคืองตา และความดันลูกตาสูง

การเกิดรอยโรคของขั้วประสาทตา (วนิษา ชื่นทองแก้ว;อังคณา เมธีไตรรัตน์, 2550:274)

เมื่อมีการเพิ่มความดันตาจะทำให้มีการทำลายเส้นประสาทตา ทำให้ขั้วประสาทตาฝ่อ(optic nerve atrophy) กลไกที่ทำให้เกิดการทำลายยังไม่ทราบแน่นอน บางคนเชื่อว่า สาเหตุจาก mechanical theory ซึ่งกล่าวว่า การเพิ่มความดันภายในลูกตามีผลไปกดขั้วประสาทตาโดยตรง ทำให้มีการอุดตันทางเดินของสารอาหาร(axoplasmic flow)ของเส้นประสาทตา บางคนกล่าวว่าสาเหตุน่าจะเกิดจาก vascular theory การเพิ่มความดันตาจะไปกดหลอดเลือดที่มาเลี้ยงขั้วประสาทตาทำให้เกิดภาวะการขาดเลือด ผลของการเพิ่มความดันลูกตาทำให้มีการทำลายประสาทตา เกิดขั้วประสาทตาฝ่อจากต้อหิน(glaucomatous optic nerve atrophy) เมื่อตรวจขั้วประสาทตาจะพบว่าบริเวณ neural rim จะค่อยๆถูกทำลายลงทีละน้อย ทำให้ตรงกลางของขั้วประสาทตามีขนาดและความลึกมากขึ้น

โรคต้อหินชนิดมุมเปิดแบบปฐมภูมิ (Primary open-angle glaucoma)

คือ chronic, slowly progressive optic neuropathy มีลักษณะของ atrophy และ cupping ของ optic nerve head, loss of nerve fiber layer และมีลักษณะเฉพาะตัวของการสูญเสียลานสายตาโดยมีความดันลูกตาสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรค (สมสงวน อัยญคุณ;เกษรา พัฒนพิฑูรย์, 2552:113)

ส่วนมากไม่มีอาการอักเสบ แต่บางรายอาจมี circumcorneal injection เล็กน้อยและ episcleral vein ขยายบ้าง โดยมากมักเป็นทั้งสองข้าง แต่ไม่พร้อมกัน ดังนั้น ผู้ป่วยบางรายจึงไม่รู้ตัว

จนกระทั่งตาข้างที่เป็นโรคนั้นเกือบบอดสนิท เนื่องจากตาอีกข้างหนึ่งยังมองเห็นได้อยู่ การวินิจฉัยโรคนี้นឹងขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 3 อย่างคือ ความดันตา ลานสายตา และขั้วประสาทตา (สัญญา ปิลกศิริ, 2523:162-166)

อาการ และอาการแสดง

1. บางรายอาจปวดต้อเล็กน้อยที่ตา แต่ส่วนมากมักไม่ปวด บางรายอาจมีบ้างในเวลาที่มีความดันตาขึ้นสูงมาก และอาจมีตาพร่าแบบ foggy vision เป็นบางเวลา

2. Accommodative power จะค่อยๆ ลดน้อยลงเร็วกว่าปกติ ถ้าผู้ป่วยมี prebyopia อยู่ก่อน มักจะต้องเปลี่ยนแว่นตาสำหรับอ่านหนังสือบ่อยกว่าปกติ นอกจากนี้ dark adaptation มักจะน้อยกว่าปกติ

3. รูม่านตามักจะขยายเล็กน้อยถึงปานกลาง และมีปฏิกิริยาต่อแสงน้อย ในคนปกติถ้าหยอด adrenalin 1:1000 ลงใน conjunctival sac หนึ่งหยด รูม่านตาจะไม่ขยาย แต่ในต้อหินจะพบว่ารูม่านตาขยายมากขึ้น อาจใช้ช่วยในการวินิจฉัยโรคได้

4. สายตาของผู้ป่วยค่อยๆ มัวลง โดยเฉพาจะเริ่มเสียที่รอบนอกของลานสายตาก่อน โดยมากจะเริ่มเสียทางด้านในก่อน และมักเสียทางด้านบนและด้านในก่อนทางด้านล่าง ต่อมาลานสายตาต่างๆ ไปก็จะค่อยๆ ลดลงตามไปเข้าหา fixation area ของลานสายตา ซึ่งจะตรวจได้โดยเครื่องมือที่เรียกว่า เพอร์มิเตอร์ ถ้าเมื่อใดลานสายตานั้นลุกลามถึง fixation point ดวงตาข้างนั้นก็จะมีบอดสนิท เนื่องจากสายตาส່วณกลางเสียไปด้วย

5. ความดันลูกตาสูงกว่าปกติเล็กน้อยถึงปานกลางและอาจไม่คงที่ บางเวลาความดันอาจปกติ ดังนั้นเพื่อให้ผลที่แน่นอน อาจต้องวัดเทียบดูหลายๆ ครั้ง ความดันลูกตาที่สูงในต้อหินชนิดมุมเปิดนี้ เกิดจากการอุดตันของการไหลเวียนของน้ำเอควีตซึ่งอาจเกิดขึ้นจาก sclerosis trabecular ของ meshwork ที่มุมของช่องหน้าม่านตาหรืออาจเกิดขึ้นจาก sclerosis ของตาขาว ทำให้มีการอุดตันที่ canal of schlemm หรือที่ aqueous veins นอกจากนี้ยังอาจเกิดขึ้นจาก excessive hydrostatic pressure ใน anterior ciliary veins ซึ่งติดต่อกับ aqueous veins

เครื่องมือที่ใช้วัดความดันตาทั่วไป เรียกว่า schiotz tonometer และอ่านผลที่ได้เป็น มิลลิเมตรปรอท อีกแบบหนึ่งที่วัดได้ละเอียดและแน่นอน เรียกว่า Applanation tonometer ซึ่งต้องใช้ร่วมกับสลิตแลมป์ไบคอสโคป

6. การตรวจด้วยออพธัลโมสโคป มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ ขั้วประสาทตาหว่า ซึ่งอาจพบได้ตั้งแต่ระยะแรกของโรคและเปลี่ยนแปลงไปต่างๆ ต่างกับในต้อหินชนิดมุมปิด ซึ่งขั้วประสาทตาหว่าพบในระยะหลังและเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว

7. Gonioscopic examination เป็นการตรวจมุมของช่องหน้าม่านตาด้วย contact prism ซึ่งวางบนตาดำ และตรวจด้วยร่วมกับสลิทแลมพ์ไบคอสโคป ในโรคนี้จะพบว่ามุมช่องหน้าม่านตาเปิดกว้างเช่นเดียวกับดวงตาปกติ ต่างกับต้อหินชนิดมุมปิด ซึ่งมุมช่องหน้าม่านตาแคบ

8. โรคต้อหินมุมเปิดถ้าไม่ได้รับการรักษา หรือรักษาไม่ได้ผล ก็อาจสิ้นสุดลงด้วยต้อหินระยะสุดท้ายเช่นเดียวกับต้อหินชนิดมุมปิด

การรักษาต้อหิน

การรักษาต้อหินมีหลายวิธี การรักษาขึ้นอยู่กับชนิดของต้อหิน ซึ่งแพทย์เลือกใช้วิธี

1. การรักษาด้วยยา (ยุพดี รัตตะรังสี, 2545; ศศิธร อินทยุง, 2537) เพื่อลดการสร้างน้ำเอควีเอสและเพิ่มการไหลออกของน้ำเอควีเอสทาง trabecular meshwork ซึ่งมียาที่ใช้รักษา 5 กลุ่ม ได้แก่

1.1 Mitotic ได้แก่ Pilocarpine ซึ่งออกฤทธิ์ที่ parasympathetic end organ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนออกของน้ำเอควีเอส และลดการสร้างของน้ำเอควีเอส ซึ่งขนาดที่ใช้ 1%, 2% และ 4% หยอดตาวันละ 4 ครั้ง ผลข้างเคียงทำให้ปวดศีรษะ ตามัว คลื่นไส้ ท้องเดิน ถ้าใช้นานๆ ทำให้เกิดจอประสาทตาหลุดและต้อกระจก

1.2 Sympathomimetic ได้แก่ epinephrine กระตุ้น alpha และ beta-adrenergic receptors ฤทธิ์ยาไม่ชัดเจนแต่ทำให้เพิ่มการไหลเวียน และลดการสร้างน้ำเอควีเอส ซึ่งขนาดที่ใช้ 0.5-1% หยอดตาวันละ 2 ครั้ง ผลข้างเคียงทำให้ปวดศีรษะ ใจสั่น ห้ามใช้ในผู้ป่วยต้อหินมุมปิด

1.3 Beta-adrenergic inhibitor ได้แก่ timolol, betaxolol ยากลุ่มนี้ฤทธิ์ลดการสร้างน้ำเอควีเอส ซึ่งขนาดที่ใช้ 0.25% และ 0.5% หยอดตาวันละ 2 ครั้ง ผลข้างเคียงทำให้ใจสั่นมีการกระตุกของหลอดเลือด

1.4 Carbonic anhydrase inhibitor ได้แก่ acetazolamide (Diamox) ฤทธิ์ลดการสร้างน้ำเอควีเอส ซึ่งขนาดที่ใช้ในผู้ใหญ่ 1 กรัม/วัน วันละ 2-4 ครั้ง ผลข้างเคียงทำให้มีอาการชาตามตัว เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อ่อนแรง

1.5 Hyperosmotic agent ซึ่งในภาวะฉุกเฉินในผู้ป่วยที่มีความดันลูกตาสูงมากๆ ไม่ค่อยใช้ใน primary open angle glaucoma ใช้ในการดึงน้ำออกจากตา มี 2 ประเภทคือ ชนิดกิน ได้แก่ glycerol, isosorbide และชนิดทางหลอดเลือด ได้แก่ mannitol และ urea ครั้ง ผลข้างเคียงทำให้คลื่นไส้อาเจียน ปัสสาวะมาก เป็นต้น

ข้อควรปฏิบัติในการใช้ยารักษาต้อหิน (ยุพดี รัตตะรังสี,2545;ศศิธร อินทยุง ,2537)

- 1) หยอดยา กินยา ตามแพทย์สั่ง ไม่ซื้อยาหยอดเอง
- 2) อ่านฉลากยาทุกครั้ง
- 3) ต้องไม่ขาดยา หรือลดยาเอง และต้องหยอดยาอย่างสม่ำเสมอไปตลอดชีวิต
- 4) มาพบแพทย์ตามนัดเป็นระยะๆ เพื่อตรวจดูความดันตาให้อยู่ในระดับปกติ ถ้ามีอาการแพ้ยา ควรรีบมาพบแพทย์

การใช้ยาหยอดตา มีวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องดังนี้

- 1) ตรวจสอบชื่อยาว่าถูกต้องหรือไม่
- 2) ล้างมือให้สะอาด
- 3) เขย่าขวดยาเพื่อให้ยาเข้ากัน
- 4) เอนตัวไปข้างหลัง
- 5) เหลือกตามองไปด้านบน และดึงหนังตาล่างออกเพื่อเป็นแหล่งยาหยอด
- 6) หยอดตาลงบนหนังตาล่างแล้วปิดตา เอนนอน
- 7) กดที่หัวตาเบาๆ 2-3 นาทีเพื่อให้ยาไหลเข้าในท่อน้ำตา และใช้ผ้าเช็ดตาที่อยู่รอบตา
- 8) ล้างมืออีกครั้ง และหากต้องหยอดยาอีกชนิดหนึ่งให้รอ 5 นาทีค่อยหยอดยาใหม่

2. การรักษาโดยแสงเลเซอร์(ยุพดี รัตตะรังสี,2545;ศศิธร อินทยุง ,2537) มีหลายวิธีจะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับชนิดของต้อหินนั้นๆ ในการทำ laser iridotomy เป็นการผ่าตัดเพื่อให้น้ำเอควีซิสไหลผ่านจากช่องหลังม่านตามายังช่องหน้าลูกตา การทำ argon laser trabeculoplasty เป็นการผ่าตัดที่ใช้ในกรณีผู้ป่วยต้อหินมุมเปิดซึ่งไม่สามารถรักษาด้วยยาได้ การทำ laser iridoplasty ใช้แสงเลเซอร์ยิงไปที่ peripheral iris stroma เพื่อให้ม่านตาบริเวณนั้นเกิดการหดตัวใช้ในรายที่ต้อหินชนิดมุมปิด และการทำ laser cyclophotocoagulation เพื่อลดการสร้างน้ำเอควีซิส

3. การรักษาโดยการผ่าตัด (ยุพดี รัตตะรังสี,2545;ศศิธร อินทยุง ,2537) มีหลายวิธี ซึ่งในการ Filtering operation ทำในรายที่ควบคุมความดันตาโดยการรักษาด้วยยาไม่ได้ผลในผู้ป่วยต้อหินชนิดมุมเปิด วัตถุประสงค์ของการทำผ่าตัด เพื่อทำช่องทางของน้ำเอควีซิส โดยทำให้เกิดมีรูรั่วถาวร ติดต่อระหว่างช่องหน้าลูกตากับ subconjunctival space ซึ่งข้อบ่งชี้ในการพิจารณาทำผ่าตัดได้แก่ เมื่อรักษาด้วยยาเต็มที่แล้ว การควบคุมความดันตาให้ปกติไม่ได้ ในกรณีผู้ป่วยมีอาการแพ้ยาหรือไม่สามารถทนผลข้างเคียงของยาหยอดตาได้ ผู้ป่วยใช้ยาสม่ำเสมอ กินยา,หยอดยาไม่ได้ตามการรักษา รวมทั้งในผู้ป่วยที่มีฐานะยากจนไม่สามารถซื้อยาที่มีราคาแพงได้

ข้อควรรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน (มัณชิมา มะกรวณะ, 2553: 96-97)

1. การดื่มน้ำครั้งละมากๆ ในเวลาอันสั้น อาจทำให้ความดันตาสูงจนผิดปกติได้ จากการศึกษาพบว่า การดื่มน้ำประมาณ 800-1000 มิลลิลิตร ภายในเวลา 10-20 นาที จะทำให้ความดันตาสูงจนผิดปกติได้
2. การเล่นโยคะในท่าสิริษะและท่าไหล่ลงต่ำ ในขณะที่ยกเท้าขึ้นสูงเป็นเวลาประมาณ 5 นาที มีผลทำให้ความดันตาสูงจากเดิมถึง 2 เท่า และลานสายตาแย่ง

จากแนวคิดดังกล่าว โรคต่อหินมุมเปิด ชนิดปฐมภูมิ มีลักษณะของโรคไม่มี อาการแสดงอย่างชัดเจน ระดับความดันลูกตาจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลรักษาโรคต่อหินซึ่งต้องใช้ระยะเวลายาว คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อหินมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันลูกตาเพื่อป้องกันสูญเสียการมองเห็น ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง การเป็นภาระพึ่งพาต่อครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจเกี่ยวกับการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันลูกตา ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันลูกตา ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันลูกตา ทำให้ผู้สูงอายุโรคต่อหินร่วมมือในการรักษา และผู้ดูแลหลักมีความเข้าใจผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินทำให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อสามารถควบคุมระดับความดันความดันลูกตา และป้องกันการสูญเสียการมองเห็น

2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา

ชลธิชา พรทิพย์ (2549) ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหินที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล จำนวน 159 คน ผลการศึกษาวิจัยพบว่า 1. ปัจจัยทางชีวสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 2. ปัจจัยภายในตัวบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยโรคต่อหิน ได้แก่ เจตคติต่อการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.01 3.ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

นภาพร พรหมคำชาว(2541)ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคม กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรังที่มารับบริการที่ห้องตรวจตา โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี จำนวน 100 คน ผลการศึกษาวิจัยพบว่า 1.แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 2.การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 3.การรับรู้ความรุนแรงของโรคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 4.การรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ศุจินดา ริมศรีทองและคณะ (2537) ศึกษารูปร่างและความร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคต่อหีนจำนวน 126 คน ที่คลินิกต่อหีน โรงพยาบาลรามาชินดี พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 53.2 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีความเกี่ยวกับโรคต่อหีนอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 43.7 แต่ในระดับไม่ตีมมีจำนวนถึงร้อยละ 30.2 สำหรับความร่วมมือในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและหยอดตา ร้อยละ 83.3 เนื่องจากได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลร้อยละ 36.4 รองลงมากลัวตาบอดร้อยละ 31.1 ในผู้ป่วยที่ใช้จ่ายไม่สม่ำเสมอ มีสาเหตุมาจากการลืมมากที่สุดร้อยละ 32.4 รองลงมางานยุ่งมาก ร้อยละ 17.8 และต้องใช้จ่ายหลายชนิดสับสนเวลาในการหยอดและใช้แล้วแสบตามีจำนวนเท่าๆกันร้อยละ 8.8

เบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหีน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหีน กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคต่อหีน จำนวน 150 คน ที่คลินิกต่อหีน โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่จิง) โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน พบว่า 1.ความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหีนอยู่ในระดับสูง 2.ปัจจัยด้านการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหีน 3.ปัจจัยด้านผู้ให้บริการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหีน 4.ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรักษา ส่วนปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

สิริพัช รัตแพทย์ (2535) ผลกระทบด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยต่อหินชนิดเรื้อรัง และศึกษาผลกระทบด้านจิตใจจำแนกตาม เพศ อายุ ระยะเวลาเจ็บป่วย และระดับการมองเห็น กลุ่มตัวอย่างคือผู้โรคต่อหินชนิดเรื้อรัง จำนวน 90 คน จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาริบัติ และ โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า 1.ผู้ป่วยต่อหินชนิดเรื้อรังได้รับผลกระทบทางจิตใจ และสังคมสูงกว่าประชากรปกติ 2. เพศชายมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศหญิง 3. ผู้ป่วยต่อหินชนิดเรื้อรังที่มีอายุมากกว่า 60 ปีมีความรู้สึกซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 4. ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีผลต่อความรู้สึกซึมเศร้าและวิตกกังวล 5.ผู้ป่วยต่อหินชนิดเรื้อรังที่มีความพิการทางสายตา 2 ข้างมีความรู้สึกซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงกว่า กลุ่มที่มีความพิการทางสายตา 1 ข้าง และไม่มี ความพิการทางสายตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วาสนา ฟุ้งฟู (2548) ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุ โรคต่อหิน เพื่อศึกษาความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคต่อหิน จำนวน 160 คน ที่คลินิกต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 1.ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหินอยู่ในระดับปานกลาง 2. รายได้ จำนวน โรคเรื้อรังอื่นของผู้สูงอายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน 3.ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน 4.ระดับการศึกษา และความสามารถในการมองเห็นมีความเกี่ยวข้องกับ ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 5.เพศ อายุ และระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน

การจัดโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคต่อหิน

ชนิษฐา คุณสว่าง (2544) ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินปฐมภูมิมุมเปิด โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 51 คน โดยวัดซ้ำสองครั้งในกลุ่มเดียวกัน จัดให้ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ร่วมกับการสนับสนุนจากพยาบาล และญาติครั้งละ 45-60 นาที รวม 4 ครั้งห่างกันเดือนละ 1 ครั้ง ผลการทดลองพบว่า ผู้สูงอายุหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีความรู้เรื่องโรค และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ศศิธร อินทุง (2540) ศึกษาผลการสอนโดยใช้แผ่นภาพพลิกประกอบเทปบันทึกเสียง เปรียบเทียบการสอนตามปกติของเจ้าหน้าที่ในผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มารับบริการ ณ ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 60 คน ให้ได้รับการสอนโดยใช้สื่อการสอน คือ ให้อ่านแผ่นพลิก ประกอบคำบรรยายเทปบันทึกเสียง เรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยต่อหีน ผลการศึกษาวินิจฉัยพบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับสื่อการสอนมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคต่อหีนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุกัญญา ศรีสง่า (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง และผลการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิด ปฐมภูมิจำนวน 140 คน จัดให้ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามแบบแผนตามความเชื่อ ด้านสุขภาพ จำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 จัดกิจกรรมเช่น ชมวีดิทัศน์ครั้งที่ 1 สอน สาธิต ปฏิบัติการหยอดยา แจกบัตร คำเตือน บัตรนัดและคู่มือการดูแลตนเองเรื่องโรคต่อหีน ครั้งที่ 2 จัดกิจกรรมในวันที่มีญาติและมีการส่งจดหมายเตือนให้มาตรวจตามนัด ผลการศึกษาวินิจฉัยพบว่า โปรแกรมสุขศึกษาตามแบบแผนตาม ความเชื่อ ด้านสุขภาพมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดปฐมภูมิในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการ รับรู้ด้านสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุมได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง ของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และพฤติกรรม การดูแลตนเองในด้านหยอดยา อย่างถูกวิธี และการตรวจตามนัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยต่อหีน

Betsy Sleath et al. (2009;67-69) ศึกษา การรายงานความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยต่อหีน แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 141 คน ผลการศึกษพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ใช่ชนผิวขาวมีการใช้ยาสม่ำเสมอก่อนหนึ่งอาทิตย์น้อยกว่าชนผิวขาว อย่างมีนัยสำคัญ $p < .05$ จากรายงานผู้ป่วยที่ใช้ยา ≥ 1 มีความยากในการใช้ยาต่อหีน ร้อยละ 67.4 ซึ่ง ส่วนใหญ่มี 3 ประการคือ ร้อยละ 29.1 หยอดยาไม่เข้าตา ร้อยละ 20.6 หยอดยาออกมาปริมาณมาก และร้อยละ 17.0 ฉลากอ่านยาก

Gwyneth Rees et al. (2010;903-908) ศึกษา อิทธิพลที่มีผลต่อความตั้งใจ และความไม่ตั้งใจในการใช้ยาลดความดันไม่สม่ำเสมอในการรักษาผู้ป่วยต่อหีน จำนวน 131 คน ผลการศึกษพบว่า ร้อยละ 45.0 ผู้ป่วยต่อหีนที่ใช้ยาไม่สม่ำเสมอ และมีความไม่ได้ตั้งใจจากการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ จากสาเหตุ การลืม ถึงร้อยละ 66.1 มีความตั้งใจในการใช้ยาไม่สม่ำเสมอร้อยละ 16.9 ซึ่ง ระดับความไม่ได้ตั้งใจจากการใช้ยาไม่สม่ำเสมอมีความสัมพันธ์กับความเชื่อระดับต่ำต่อความ

จำเป็นในการใช้ยา ในทางตรงกันข้ามระดับความตั้งใจในการใช้ยาไม่สม่ำเสมอความสัมพันธ์กับความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาหยอดตา

Donald L. Budenz (2009;S43-S47) ศึกษา ปัญหาของการใช้ยาไม่สม่ำเสมอในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยต้อหิน ซึ่งได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เสนอว่า ควรมีการปรับระบบยาให้ง่ายขึ้น ลดค่าใช้จ่าย และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องโรค และความสำคัญของการใช้ยาซึ่งต้องมีการปรับกลยุทธ์ โดยการใช้ครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การเยี่ยมบ่อยๆของแพทย์ และการจับคู่การบริหารยากับกิจกรรมพิเศษต่างๆน่าจะส่งเสริมการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ

Jaana Lunnela (2011;119-129) ศึกษาประสิทธิผลของโยงโยการให้ความรู้ปรับปรุงการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคต้อหิน จำนวน 85 คน ซึ่งมีจุดประสงค์ให้ความรู้กับผู้ป่วยโรคต้อหิน เน้นเรื่องอาการ การรักษา การดำเนินของโรค และการใช้ยา พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการปรับปรุงการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ แต่ไม่มีความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้านการดูแลเรื่องการใช้ยา การสนับสนุนของพยาบาลและแพทย์ รวมทั้งการวางแผนในการดูแลของกลุ่มทดลองมีมากกว่ากลุ่มควบคุม

จากงานวิจัยเกี่ยวกับโรคต้อหินที่ผ่านมา หลายการศึกษาพบว่า ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ เจตคติต่อการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง และปัจจัยทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน เนื่องจากการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรังมีความสำคัญกับการควบคุมระดับความดันโลหิตเพื่อป้องกันการสูญเสียการมองเห็น ซึ่งยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน นอกจากนี้มีหลายงานวิจัยเสนอแนะการนำครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจึงนำการเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษารายบุคคล และผู้ดูแลหลักเข้ามาช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ซึ่งยังไม่มีการศึกษามาก่อน

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ (กระทรวงสาธารณสุข,2546) ตามความหมายขององค์การสหประชาชาติ และองค์การอนามัยโลก คือ ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เมื่อนับตามวัย หรือหมายถึง ผู้เกษียณอายุจากการทำงาน เมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ หรือหมายถึง ผู้ที่สังคม หรือวัฒนธรรมกำหนดว่า ผู้สูงอายุ ซึ่งใน

แต่แต่ละประเทศอาจแตกต่างกัน เช่น ยุโรป อเมริกา นิวซีแลนด์ สิงคโปร์ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป สำหรับประเทศไทย หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

ผู้สูงอายุ หมายถึง กระบวนการสุขภาพเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงชีวิตอายุมนุษย์ เกี่ยวกับความเสื่อมถอยทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามอายุ (สุรกุล เจนอบรม,2541)

ผู้สูงอายุ มีลักษณะของความชราภาพโดยชัดเจน ซึ่งความแตกต่างดังกล่าว เป็นผลลัพธ์จากปัจจัยหลายอย่าง เช่น กระบวนการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ และเนื้อเยื่อต่างๆ ภายใต้การควบคุมของ DNA ผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม เช่น อากาศ อุณหภูมิ แสงแดด มลภาวะ ภาวะโภชนาการ รวมไปถึง สภาวะความเครียดของจิตใจ เป็นต้น ทางด้านจิตใจ Krapf (Krapf, E.E. ,1953 อ้างตาม ธนุ ชาติธนานนท์,2540) ได้กล่าวถึงคนชราว่า คือ ผู้ที่กระบวนการคิดถึงอนาคตข้างหน้าเหี่ยวเฉาลง (A feature of old age is the atrophy of the ability to project oneself into the future)

ผู้สูงอายุแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มตามจำนวนปีของอายุ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ,2548) ดังนี้ 1.วัยสูงอายุตอนต้น อายุระหว่าง 60-69 ปี 2.วัยสูงอายุตอนกลางอายุระหว่าง 70-79 ปี 3.วัยสูงอายุมาก อายุ 80 ปีหรือมากกว่า ส่วนใหญ่พบว่าวัยสูงอายุตอนต้นเป็นวัยที่มีสุขภาพแข็งแรงสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ส่วนในวัยสูงอายุตอนกลางเริ่มมีสุขภาพถดถอย และวัยสูงอายุมากเป็นวัยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือวัยพึ่งพาผู้อื่น

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในด้านโครงสร้างและหน้าที่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่างๆในร่างกาย ซึ่งความเสื่อมโทรมดังกล่าวทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมาโดยเฉพาะ โรคเรื้อรัง อารมณ์และสภาวะจิตใจ ซึ่งได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์ความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ประเภท (กชกร สังขชาติ,2538) ได้แก่

1. การสูงอายุตามวัย หมายถึง การนับจำนวนอายุจริงตามปฏิทิน โดยนับจากปีที่เกิดเป็นต้นไป

2. การสูงอายุตามสภาพร่างกาย หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้น และกระบวนการหน้าที่ที่ปรากฏขณะที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ การเปลี่ยนแปลงภายนอกที่สังเกตเห็นได้ การเปลี่ยนแปลงด้านประสาทสัมผัส และการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ (จันทนา รณฤทธิวิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ,2545 ;ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551; วลัยพร นันทศุภวัฒน์,2552) มีรายละเอียดดังนี้

2.1 การเปลี่ยนแปลงภายนอกที่สังเกตเห็นได้ (External signs of physical aging)

2.1.1 ผิวหนัง เป็นการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังมีสาเหตุจากกรรมพันธุ์ และการได้รับแสงอัลตราไวโอเล็ต ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของยีนที่สร้างโปรตีน เช่น ที่

หน้ามือ คอ ซึ่งอายุและแสงอาทิตย์ส่งผลกระทบต่อภาวะความสมดุลของการทำงานของร่างกาย ดังนั้นผิวหนังอาจดำเป็นแห่ง(hypopigmentation) เนื่องจากการกระจายของเม็ดสีผิวไม่สม่ำเสมอในผิวหนังผู้สูงอายุ หรือบางแห่งจะมีผิวสีเข้มเป็นแห่งๆ การเปลี่ยนแปลงความหนาของผิวหนังจะบางลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ผิวหนังจะหยาบ ความยืดหยุ่นลดลง ทำให้เกิดการเหี่ยวย่น ส่งผลกระทบต่อบุคคลนั้นๆ มีความคิดเห็นต่อบุคลิกลักษณะของตนเองที่เปลี่ยนไป อาจทำให้ถอยหนีจากสังคมได้

2.1.2 ผมและการสร้าง ผมของผู้สูงอายุจะลดลงทั้งปริมาณ และคุณภาพ ผมหงอกเป็นผลมาจากการสูญเสีย pigment และ cellular material จะหงอกเร็วขึ้น ซึ่งขึ้นอยู่กับความควบคุมของยีน การมีผมร่วงก็มียีนมาเกี่ยวข้องเช่นกันแต่อาจมีรูปแบบแตกต่างกัน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ความดึงดูดใจและความภาคภูมิใจในเรื่องเพศ

2.1.3 ต่อมไขมันและต่อมเหงื่อ ซึ่งทำหน้าที่เคลือบผิวหนัง รากผม ให้ความชุ่มชื้น แต่จะมีการแห้งลดลงเมื่อมีอายุสูงขึ้น ผิวหนังจะอักเสบติดเชื้อได้ง่าย ความทนต่ออากาศร้อนไม่ลดลง ทำให้ขาดการระมัดระวังต่ออุณหภูมิร้อนๆก่อให้เกิดการเป็นลมแดดได้

2.1.4 เล็บมือเล็บเท้า การเจริญของเล็บมือเล็บเท้าลดลงเมื่อมีอายุสูงขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้อาจจะบ่งบอกถึงภาวะโภชนาการ และการทำงานของระบบการย่อยอาหารของผู้สูงอายุได้ อาจส่งผลทำให้มีระดับการช่วยเหลือตนเองลดลง และก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพได้

2.1.5 ส่วนสูง การเจริญตามยาวของกระดูกลดลงเมื่อมีอายุ 40 ปี การเปลี่ยนแปลงของกระดูกสันหลัง ทำให้เกิดหลังค่อม และส่วนหนึ่งจะมาจากการเดินหลังค่อม ทำให้ผู้สูงอายุมีการทรงตัวไม่ดี เดินในที่ที่ไม่ถูกต้อง เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้มได้

2.1.6 น้ำหนัก น้ำหนักอาจจะคงที่ไปจนถึงอายุ 70 ปี แต่สัดส่วนของไขมันในกล้ามเนื้อเปลี่ยนไป จะมีไขมันมากขึ้น ถึงแม้จะสูญเสียไขมันไปในบริเวณใบหน้า พบว่า ไขมันสะสมบริเวณหน้าท้องและสะโพก

2.2 ระบบการไหลเวียนเลือด การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงจะแข็ง ขาดความยืดหยุ่น ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่อายุ 30 ปีขึ้นไป ทำให้ความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุมิ แนวโน้มที่จะสูงขึ้นเรื่อยๆตามอายุที่มากขึ้น รวมทั้งอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีการสะสมของคอเลสเตอรอลในหัวใจ นอกจากนี้หัวใจยังมีความยืดหยุ่นลดลงเป็นผลให้การบีบตัว และการขยายของหัวใจเปลี่ยนแปลง โดยจะพบว่า ในการออกกำลังกายที่รุนแรง ปริมาตรเลือดที่หัวใจของผู้สูงอายุส่งออก ต่อนาทีไม่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกายเนื่องจากหัวใจบีบตัวได้ลดลง และการเต้นหัวใจ การตอบสนองต่อการออกกำลังกายลดลง

2.3 ระบบหายใจ ความจุและการขยายตัวของปอดลดลง ทำให้ปอดรับออกซิเจนได้ลดลง มีการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลง และประสิทธิภาพการไหลเวียนโลหิตในการไหลเวียนไปทั่วร่างกายลดลง กล้ามเนื้ออกอ่อนแรง แต่ความสามารถของปอดยังคงเดิม ทำให้ปริมาณอากาศที่ค้างในปอดเพิ่มขึ้น เนื่องจากกล้ามเนื้อที่เกี่ยวกับการหายใจอ่อนแรงลง ปริมาตรสูงสุดของอากาศที่หายใจออกลดลง เชื้อบูที่ถูกลดลง และความสามารถในการต่อต้านการติดเชื้อลดลง

2.4 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก กล้ามเนื้อจะมีความแข็งแรงมากที่สุดในช่วงอายุ 20-30 ปี หลังจากนั้นจะเริ่มลดลง ผู้สูงอายุจะมีขนาดของกล้ามเนื้อลดลง กล้ามเนื้อลีบเล็ก และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ความยืดหยุ่น และความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวช้า การเกิดกระดูกหัก หรืออุบัติเหตุต่างๆ ได้ง่าย

2.5 ระบบทางเดินอาหาร เริ่มตั้งแต่ในช่องปากผู้สูงอายุจะมีการหลั่งน้ำลายลดลง การขับน้ำลายลดลง การได้รับกลิ่นและรสลดลง การหลั่งน้ำย่อยของกระเพาะ และลำไส้ลดลง ตลอดจนการเคลื่อนไหว หรือการบีบตัวของทางเดินอาหารลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการท้องอืด และท้องผูกได้ง่าย

2.6 ระบบต่อมไร้ท่อ ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่อมไร้ท่อต่างๆ ได้แก่ ต่อมไธสมอน ต่อมหมวกไต ต่อมไพทรอยด์ และตับอ่อนจะพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงทั้งขนาด และปริมาณเลือดไปเลี้ยงลดลง ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมน และสารต่างๆ ในร่างกายลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอัตราการเผาผลาญของร่างกายลดลง มีแนวโน้มที่จะมีน้ำตาลในเลือดสูงได้ง่าย และความสามารถในการปรับตัวต่อภาวะเครียดต่างๆ ลดลง

2.7 ระบบขับถ่ายปัสสาวะ เมื่ออายุมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงขนาดของไตลดลง หน้าที่การทำงานของไตลดลงส่งผลในการขับยาทางไต และความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง ทำให้ผู้สูงอายุชายปัสสาวะบ่อยมากขึ้น

2.8 ระบบสืบพันธุ์ การหลั่งฮอร์โมนเพศลดลง ในผู้สูงอายุหญิงมดลูกมีขนาดเล็กลงในผู้สูงอายุชายมักจะมีต่อมลูกหมากโต อันตะเล็กกลง รวมทั้งการหลั่งน้ำอสุจิได้ช้าลง

2.9 ระบบประสาทสัมผัส พบว่าการตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ช้าลง การควบคุมและการประสานงานการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง การเคลื่อนไหวร่างกายช้า และการทรงตัวไม่ดี ส่วนการทำงานของสมองโดยเฉพาะเรื่องความจำ การเรียนรู้สิ่งใหม่ และการรับรู้สัมผัสต่างๆ ลดลง ได้แก่

2.9.1 สายตา การมองเห็นจะลดลงตามอายุ เลนส์ตาจะมีความยืดหยุ่นลดลง และกล้ามเนื้อตาที่หย่อนสมรรถภาพลง มีลานสายตาแคบลง ความสามารถในการ

การมองเห็น ในที่มีลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการมองเห็นลดลง ซึ่งเป็นเหตุทำให้เกิดอุบัติเหตุได้

2.9.2 การได้ยิน ความสามารถในการได้ยินจะลดลงเมื่อมีอายุสูงขึ้น การได้ยินจะลดลงในด้านความถี่และโดยเฉพาะอย่างยิ่งความดังของเสียง ทำให้สูญเสียการได้ยินเสียงสูงมากกว่าเสียงต่ำ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาในการติดต่อสื่อสาร ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับความเห็นใจ และสนับสนุนทางจิตใจ การพูดคุยกับผู้สูงอายุควรจะช้าๆ ชัดเจน ไม่ควรตะโกน ไม่ควรพูดเสียงแหลมเล็ก

2.9.3 การสัมผัส และการรับรู้ เนื่องมาจากผิวหนัง ระบบไหลเวียนของเลือดและระบบประสาท และต่อมไร้ท่อเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งทำให้การรับรู้ความรู้สึกสัมผัสลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ในระดับความทนต่อความเจ็บปวดในผู้สูงอายุบางคนอาจสูงขึ้น เช่น ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเจ็บปวดจากกระดูกสันหลังน้อยกว่าคนที่อายุน้อยกว่า

2.9.4 การรับกลิ่น ความสามารถในการรับกลิ่นลดลง อาจเนื่องจากการสูญเสียประสาทที่ควบคุมการรับกลิ่น ทำให้การแยกแยะกลิ่นต่างๆลดลง หรือไม่สามารถได้กลิ่นอาหาร ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.9.5 การรับรส ต่อมรับรสมีจำนวนลดลงทำให้ความสามารถในการรับรสน้อยลง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อความอยากอาหาร รวมทั้งความปลอดภัยได้ เช่น ผู้สูงอายุจะได้รับน้ำตาลและเกลือมากกว่าปกติ เนื่องจากการสูญเสียการรับรสชาติและกลิ่นของอาหารที่เปลี่ยนไปได้

3. การสูงอายุตามสภาพจิตใจ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของการรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เชาวน์ปัญญาและลักษณะบุคลิกภาพที่ปรากฏในระยะต่างๆของชีวิตแต่ละคน เช่น เกิดความกลัวในการถูกทอดทิ้ง ความจำเสื่อม ใจน้อย เป็นต้น ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระของผู้สูงอายุทำให้มีจิตใจหดหู่ วิตกกังวล ซึมเศร้า ขาดความกระตือรือร้น ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ และสังคม ผู้สูงอายุขาดรายได้ หรือมีรายได้ลดลง ผู้สูงอายุวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย และข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในสังคม รวมทั้งการได้รับความเคารพนับถือจากลูกหลาน และสังคมลดลง ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เป็นภาระแก่ลูกหลาน น้อยใจง่าย และท้อแท้ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง เปื่อหน่ายสิ่งต่างๆ อารมณ์ไม่มั่นคง หงุดหงิดและโกรธง่าย

4. การสูงอายุตามสภาพสังคม หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม เช่น การเกษียณอายุ ทำให้สูญเสียสถานภาพ และบทบาททางสังคม โดยเปลี่ยนเป็นสมาชิกคนหนึ่งในระบบทำให้สูญเสียความมั่นคงในชีวิต รู้สึกตนเองหมดความสำคัญใน

สังคมตลอดจนความสัมพันธ์ที่เคยมีในชุมชนก็ลดลง และการสูญเสียสถานะทางการเงินที่ดีเนื่องจากขาดรายได้ หรือรายได้ลดลงหลังเกษียณ ประกอบกับการเจริญด้านเทคโนโลยี รวมถึงการเจริญเติบโตของโรงงานอุตสาหกรรม เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปจากสภาพที่เคยเป็นอยู่

ปัญหาเฉพาะของกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นคอหิ

ปัญหาความร่วมมือในการรักษาจะมีมากยิ่งขึ้นในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีโรคประจำตัวหลายชนิด จึงจำเป็นต้องใช้ยาหลายขนาน โอกาสเกิดอาการข้างเคียงและปัญหาจากฤทธิ์ที่ขัดแย้งกันจากยาแต่ละชนิดก็มีมากขึ้น นอกจากนี้ความสามารถในการฟังและการทำความเข้าใจในสิ่งที่ได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ก็ลดลง เนื่องจากความชราและการเจ็บป่วยเรื้อรังจึงทำให้ความสามารถของผู้ป่วยกลุ่มนี้ในการให้ความร่วมมือต่อการรักษาพยาบาลลดลงไปอีก จากการศึกษาพบปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาสูงถึง 30-50% ในผู้สูงอายุ โดย 90% ของปัญหาความไม่ร่วมมือดังกล่าวเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือทำตามแผนการรักษาของแพทย์ได้อย่างเคร่งครัด แต่ก็พบผู้ป่วยสูงอายुरาว 70% อาจเปลี่ยนหรือลดขนาดยาเอง เพื่อลดอาการข้างเคียงที่เกิดจากยา (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550 : 41)

ดังนั้นผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีภาวะเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยโรคคอหิชนิดเรื้อรัง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-80 ปี และเป็นโรคคอหิชนิดเรื้อรัง ชนิดปฐมภูมิโดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ซึ่งการมีอายุมากขึ้นของผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายทั้งจากการสังเกตได้และไม่ได้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องครอบคลุมกับปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุในการร่วมมือปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของผู้ป่วยโรคคอหิ เช่น การมาตรวจตามนัด และรับประทานยา หรือหยุดตามแผนการรักษา การใช้ยารักษาโรคคอหิอย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลรักษาโรคคอหิ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และผู้ดูแลหลักในการช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคคอหิ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

เนื่องจากข้อจำกัดของระบบการทำงานของผู้สูงอายุที่เสื่อมลง ทำให้ผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยทั่วไปแล้ว ครอบครัวจะมีหน้าที่รับผิดชอบ และดูแลซึ่งกันและ

กันระหว่างสมาชิกแต่ละคน เช่น บิดามารดามีหน้าที่จะต้องดูแลบุตรหลาน สามีภรรยาจะรับผิดชอบดูแลความสุขสบายซึ่งกันและกัน ปรีกษาหรือและช่วยเหลือในทุกด้าน

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลแก่บุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีสภาพร่างกายหรือจิตใจอ่อนแอทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Fact sheet :Nation Family Caregivers Association,2000a) ซึ่งส่วนใหญ่ความหมายของผู้ดูแลว่าเป็นสมาชิกภายในครอบครัว หรือมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย คอยให้ความช่วยเหลือและจัดเตรียมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยไม่หวังค่าตอบแทน สิ้นจ้าง หรือรางวัลใดๆ

ญาติผู้ดูแล (family caregiver) หมายถึง ญาติ หรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้านซึ่งจัดเป็นกลุ่มผู้ให้การดูแลที่ไม่เป็นทางการ(informal caregiver) โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ (ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม,2539)

1. ญาติ หรือบุคคลในที่นี้ อาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิต

2. ผู้ป่วยต้องเป็นที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรือ อารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาเฉพาะของแพทย์ โดยความต้องการดังกล่าวต้องได้รับการตอบสนอง หรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

3. มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือดูแล โดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง หรือรางวัล

4. สถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นในบ้าน หรือในชุมชน แหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลต่างๆ

นอกจากนี้ความหมายของญาติผู้ดูแล ยังจำแนกตามระดับของความรับผิดชอบ ในการดูแลผู้ป่วยออกเป็น 2 แบบ คือ

1. ญาติผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น

2. ญาติผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจช่วยทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทนเป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น หรือเป็นผู้ช่วยของญาติผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น

ปัจจัยเงื่อนไขการเข้าสู่บทบาทญาติผู้ดูแล

เมื่อครอบครัวจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัวจะต้องมอบหมายให้บุคคลหนึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลจะมีเหตุผลในการตัดสินใจมาเป็นผู้ดูแล ดังต่อไปนี้

1. สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย และการยอมรับของญาติผู้ดูแล และผู้ป่วย กล่าวคือ ถ้าสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธที่ดีกับผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลยอมรับผู้ป่วยได้ มักเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วย เช่น บิดาหรือมารดาเจ็บป่วยผู้ดูแลจึงมักเป็นบุตรที่มีความสนิทกับผู้ป่วยมากที่สุด เป็นผู้ที่ผู้ป่วยรักและไว้วางใจมากที่สุด แต่ถ้าสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดี อาจทำให้เกิดความยากลำบากในการหาผู้ดูแลผู้ป่วย มีการปฏิเสธผลักภาระให้แก้กัน

2. ศักยภาพในการดูแลของญาติผู้ดูแล สมาชิกครอบครัวที่มีความรู้ความเข้าใจในตัวผู้ป่วย การเจ็บป่วยหรือการดูแล รวมทั้งมีประสบการณ์ หรือทักษะในการดูแลผู้ป่วยหนัก มักมีแนวโน้มเป็นผู้รับดูแลผู้ป่วยมากกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ

3. แรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ (Motive for helping) เป็นปัจจัยที่สำคัญในการตัดสินใจว่า บุคคลจะช่วยเหลือผู้อื่นหรือไม่ เพราะเหตุใด แรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น (ยูพาฟิน ศิริ โพร้จาม, 2539)

3.1 แรงจูงใจที่เกิดขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง (Egoistic motivation) เป็นแรงจูงใจที่ทำให้รับบทบาทญาติผู้ดูแล เนื่องจากคาดว่าจะได้รับรางวัลตอบแทน การยอมรับของสังคม คำชมว่าเป็นคนดี หรือคาดว่าจะเกิดสิ่งที่ไม่ดีกับตนเองถ้าไม่ช่วยเหลือ เช่น ทำไปเพื่อป้องกันคำครหา หรือรู้สึกผิด

3.2 แรงจูงใจที่เกิดขึ้นเพราะความสงสาร เห็นใจ (Altruistic motivation) แรงจูงใจนี้มุ่งประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้ป่วย โดยมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น พื้นฐานความเป็นญาติ ความคล้ายคลึงกันในด้านต่างๆ ความสัมพันธ์ในอดีต ระหว่างผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อาจมีทั้งแรงจูงใจที่ตอบสนองความต้องการของตนเอง และความสงสาร เห็นใจ กล่าวคือในระยะแรกของการเป็นญาติผู้ดูแล มักทำไปเพราะความสงสาร เห็นใจ แต่เมื่อช่วยเหลือไปนานๆ อาจทำไปเพราะป้องกันคำครหา หรือต้องการสิ่งตอบแทน อย่างไรก็ตามญาติผู้ดูแลอาจมีแรงจูงใจทั้งสองแบบ สลับสับเปลี่ยนในแต่ละระยะของการดูแล

4. วัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดกันมาในครอบครัว พื้นฐานความเชื่อทางสังคม และการปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรม ส่วนใหญ่ผู้ทำหน้าที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว

ที่มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดทางสายเลือดกับผู้ป่วย เป็นการดูแลตามลำดับรุ่น และพัฒนาการของสมาชิกเป็นระบบย่อยของครอบครัว

5. เวลา ความสะดวกของญาติผู้ดูแล อาจขึ้นกับปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส หรืองานประจำที่ทำอยู่ ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ผู้ดูแลจึงต้องมีเวลาให้กับการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวที่สามารถหยุดพักจากการทำงานนอกบ้าน จึงมักทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

6. ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ สมาชิกในครอบครัวที่ไม่มีรายได้ประจำมักเป็นผู้รับบทบาทการดูแล เพื่อให้เกิดผลกระทบต่อรายได้ในครอบครัวน้อยที่สุด

ภาระงานที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย (Caregiver demands) หรือภาระงานที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ ได้แก่

1. การดูแลโดยตรงในกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากข้อจำกัด หรือความพร่องทางร่างกาย หรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ (Physical or function impairment) อาจเกิดจากโรคของความพิการ หรือความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ของผู้ป่วย ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเอง ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐาน (Activities of daily living) เช่น การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนหลับนอน และการขับถ่าย หรือขั้นสูง (Instrumental activities of daily living) รวมทั้งการดูแลรักษาที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละโรค เช่น การฉีดอินซูลิน การทำแผล เป็นต้น อย่างไรก็ตาม กิจกรรม หรืองานที่ต้องดูแลร่างกายของผู้ป่วย สามารถวางแผน คาดการณ์ และจัดเวลาดูแลล่วงหน้าได้ว่าจะทำอะไร เมื่อใด

2. ให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และจิตใจ (Emotion and Psychological Support) เนื่องจากความบกพร่องทางด้านความคิด สติปัญญา (Cognitive impairment) หรือความเปราะบางทางด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยมักมีอาการหงุดหงิด ใจร้อน ซึมเศร้า ท้อแท้ หดหู่ หวาดระแวง กลัวถูกทอดทิ้ง และต้องการให้ญาติผู้ดูแลมาอยู่ใกล้ชิด เป็นต้น ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต้องประเมินความรู้สึกของผู้ป่วย และหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง ต้องคอยให้กำลังใจ คอยดูแลและเอาใจผู้ป่วย ดูแลสนับสนุนให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง เกิดความหวังและกำลังใจในการฟื้นฟูสภาพ

3. การจัดสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยให้สะอาดและปลอดภัย และการดูแลจัดเตรียมต่าง เช่น การเตรียมอาหาร เสื้อผ้า ของใช้ต่างๆ เป็นต้น

4. การฟื้นฟูสภาพร่างกายและการดูแลตนเอง เพื่อช่วยให้ร่างกายผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ใกล้เคียงปกติมากที่สุด เช่น การดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ญาติผู้ดูแลต้องช่วยผู้ป่วยบริหารกำลังกล้ามเนื้อแขนขา ฝึกการยืนและเดิน ซึ่งญาติผู้ดูแลอาจพาไปฝึกกับนักกายภาพบำบัด หรือญาติผู้ดูแลเป็นผู้บริหารและฝึกให้เองตามที่ได้รับการสอน นอกจากนั้นญาติผู้ดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ การถ่ายอุจจาระและปัสสาวะที่ห้องน้ำ เป็นต้น

5. ทำหน้าที่เป็นบุคคลกลางในการติดต่อเจรจากับบุคลากร หรือองค์การสุขภาพเพื่อการรักษาพยาบาล หรือช่วยประสานงานลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นระหว่างดำเนินการรักษา

6. ญาติที่ดูแลบางรายต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการเงินด้วย

7. การตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การแสวงหาแหล่งรักษา เลือกวิธีรักษา และบุคคลที่จะขอความช่วยเหลือในการรักษาผู้ป่วย

บทบาทการให้การดูแลผู้สูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช, 2538) กล่าวว่าเป็นการให้ผู้สูงอายุได้รับบริการขั้นพื้นฐาน และช่วยเหลือความพิการต่างๆ ในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยบริการขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย ความอบอุ่นใจ อาหารที่เหมาะสม เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มและการดูแลสุขภาพ

กิจกรรมการดูแลแบ่งเป็น 2 ประเภท (Biegel&Schuz, 1999) ได้แก่

1. การดูแลโดยตรง (direct activities) คือ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล เช่น การช่วยเหลือเรื่องการแต่งตัว การเตรียมอาหาร การจัดหา เป็นต้น ซึ่งจากการสำรวจพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มักให้การดูแลโดยตรง

2. การดูแลโดยอ้อม (indirect activities) คือ การดูแลที่ไม่จำเป็นต้องใกล้ชิดตลอดเวลา เช่น การไปเยี่ยม โทรศัพท์พูดคุยกับผู้สูงอายุเป็นครั้งคราว และการพาไปพบแพทย์ตามกำหนดนัด เป็นต้น

ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุมาก เพราะมีอิทธิพลต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ ครอบครัวเป็นสถาบันที่ให้ความรัก ความอบอุ่น ความปลอดภัย ความไว้วางใจแก่ผู้สูงอายุและยังเป็นแหล่งพึ่งพิงที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงยังคงอาศัยและใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับบุตรหลานและญาติพี่น้อง

การดูแลผู้สูงอายุเป็นการอำนวยความสะดวก และเป็นส่งเสริมสุขภาพอนามัยทั้งทางกาย และจิตใจแก่ผู้สูงอายุ (เสนอ อินทรสุขศรี, 2526) การดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในขอบข่ายการช่วยเหลือของครอบครัว (Cicirelli, 1981) ได้แก่

1. การช่วยเหลือทำงานบ้าน เช่น ทำอาหาร ง่ายตลาด ทำความสะอาด ซักรีด เป็นต้น

2. การจัดหาที่อยู่อาศัยให้

3. การช่วยซ่อมแซมสิ่งของเครื่องใช้ เช่น ซ่อมแซมบ้าน ทาสี เป็นต้น
4. ด้านการเงิน ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่เครื่องใช้ หรือเป็นเงินก็ได้
5. การดูแลเอาใจใส่ตัวบุคคล เช่น การดูแลผม เล็บ การอาบน้ำ การแต่งตัว เป็นต้น
6. การดูแลด้านสุขภาพ เช่น การให้การรักษาพยาบาล หรือการพาไปพบแพทย์ เป็นต้น
7. การอำนวยความสะดวกด้านการคมนาคม เช่น จัดยานพาหนะเพื่อรับ-ส่ง ไปทำธุระ

นอกบ้าน

8. กิจกรรมสังคมและนันทนาการ เช่น การให้ความบันเทิงในบ้าน การพาไปประกอบกิจกรรมนอกบ้าน การแสดง ภาพยนตร์ จัดให้พบปะเพื่อนฝูง เป็นสมาชิกสโมสรต่างๆ
9. สนับสนุนทางด้านจิตใจ เช่น การรับฟังปัญหา ให้กำลังใจ ให้ความรักความเข้าใจ
10. การจัดหางานที่เหมาะสมให้
11. การสนับสนุนด้านกิจกรรมทางศาสนา เช่น พาไปวัด ฟังธรรม ฟังเทศน์ เป็นต้น
12. การให้ข่าวสารเกี่ยวกับงานบริการด้านต่างๆ เช่น ข่าวสารของทางราชการ เป็นต้น
13. การจัดสื่อต่างๆ ให้ เช่น หนังสือพิมพ์ วารสาร วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น
14. การสนับสนุนให้ได้เรียนรู้ และฝึกฝนอาชีพใหม่ๆ
15. การสนับสนุนให้ทำงานอดิเรก
16. การป้องกัน และคุ้มครองภัย เช่น การป้องกันโรคต่างๆ เป็นต้น

จากลักษณะปัญหาเฉพาะของกลุ่มผู้สูงอายุโรคต่อหิน เช่น การรับรู้ ปัญหาระบบกล้ามเนื้อและกระดูก การเดินทาง เป็นต้น รวมทั้งสาเหตุอื่นๆ เช่น ราคาดาย ความซับซ้อนของขนาดยาที่ใช้ ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหิน จึงจำเป็นต้องการผู้ดูแลในการช่วยเหลือดูแลจัดหา การหยุดยาตรงตามเวลา การพามาตรวจตามนัด เป็นต้น เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และป้องกันการสูญเสียการมองเห็น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลรักษาโรคต่อหิน โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และนำผู้ดูแลหลักในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสอดคล้องกับสังคมไทยที่มีความรักผูกพันใกล้ชิดกันในครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความต้องการให้สมาชิกในครอบครัวรับฟังปัญหา เข้าใจ ให้คำแนะนำ คอยตักเตือน กระตุ้นเตือน ให้ข้อมูลข่าวสาร และการช่วยเหลือด้านต่างๆตลอดการดูแลรักษาซึ่งมีระยะยาวนานในโรคต่อหิน เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคต่อหินนั้นสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บทบาทสำคัญของผู้ดูแลที่มีต่อการช่วยเหลือ

ศิริพร อิทชาคม (2548) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ดูแล จำนวนผู้ดูแลและผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงจำนวน 99 คู่ ที่มารับบริการจากโรงพยาบาลดอนมดแดง ศูนย์สุขภาพชุมชนท่าเมืองและศูนย์สุขภาพชุมชนดงบัง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดย จัดยาให้ร้อยละ 45.7 เตือนให้รับประทานยาร้อยละ 87.9 และพาไปตรวจตามนัด ร้อยละ 84.9 คะแนน ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงมีอายุเฉลี่ย 65.3 ปี เพศหญิงร้อยละ 71.7 จบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 87.9 มีระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 4.2 ปีรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง 1 ชนิด, วันละครั้ง, มีจำนวนเม็ดยา 0.5 ถึง 1.5 เม็ดต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 51.5, 57.6 และ 52.5 ตามลำดับ ร้อยละ 89.9 รับประทานยาสม่ำเสมอ (มากกว่าร้อยละ 80 ของยาตามแผนการรักษา) และพบว่าเพศของผู้ดูแล, ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและคะแนนการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ($r = -2.11, p < .05$), ($r = .303, p < .01$) และ ($r = .211, p < .05$)

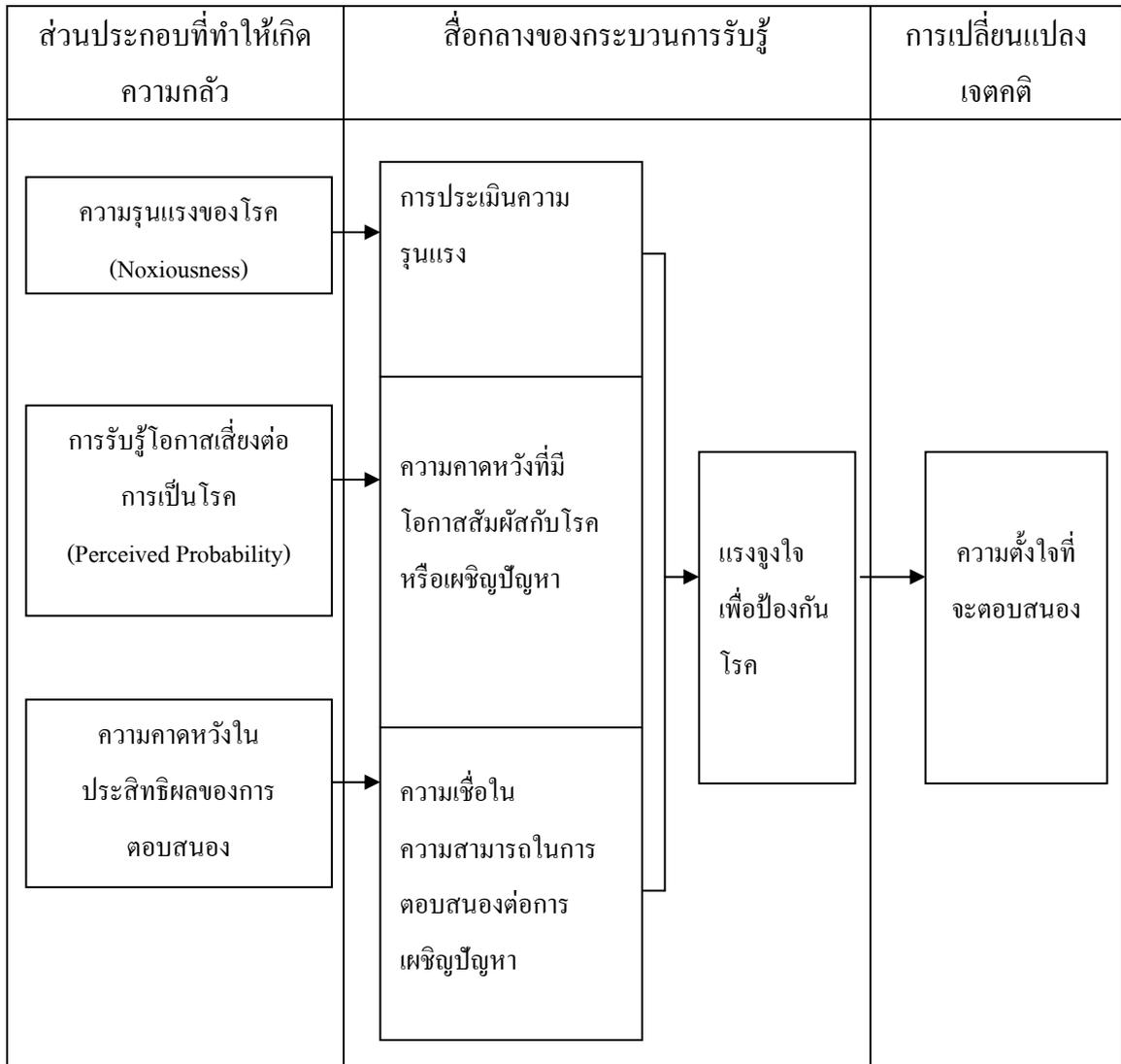
เบ็ญจลักษณ์ อัครพสุชาติ (2550) ศึกษา บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอุดรดิตถ์ จำนวน 359 คน ในเขตเทศบาลเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ ผลการศึกษาวิจัยพบว่า 1. ผู้ดูแลมีบทบาทในการดูแลทุกด้านอยู่ในระดับมาก ($X = 3.98$) เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่าบทบาทที่กระทำมากเป็นอันดับแรกคือการดูแลด้านสังคม การดูแลด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตใจ และการดูแลด้านเศรษฐกิจตามลำดับ 2. ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลพบว่าปัญหา 3 อันดับแรกในแต่ละด้านมีดังนี้ ด้านร่างกายของผู้ดูแล คือ ผู้ดูแลเกิดอาการเครียด วิดกกังวล ($f = 81$) รองลงมาคือความดันโลหิตสูง เหนื่อยง่ายและมีเวลาพักผ่อนน้อย ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ คือ ใจร้อน ฉุนเฉียวง่าย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ($f = 86$) ปัญหาด้านสังคม คือ มีภาระงานภายนอกในการประกอบอาชีพการงานมาก ($f = 187$)

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีการนำผู้ดูแลหลักมาคอยช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจนำผู้ดูแลหลักในการช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคข้อหินให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรักษาได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตเพื่อป้องกันการสูญเสียการมองเห็น ซึ่งยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลหลักในการ

ช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคข้อหินซึ่งน่าจะเหมาะสมกับสภาพสังคมไทย ซึ่งบุคคลในครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันทั่วไป ช่วยกระตุ้นเตือน การหยุดยั้งที่ถูกต้อง การพามาตรวจตามนัด เป็นต้น

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory)

เกิดขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ.1975 โดย Donald W. Miller (Mackay,1992 อ้างถึงในจุฬารัตน์ โสตะ,2546)ต่อมาได้ปรับปรุงแก้ไขใหม่ และนำมาใช้ในปี ค.ศ.1983 ซึ่งเริ่มต้นจากการนำการกระตุ้นด้วยความกลัวมาใช้ โดยเน้นความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถตนเอง(Self-Efficacy Theory) คือการรวมปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้นี้เป็นการเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับสูงสุด ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนี้ ได้เน้นเกี่ยวกับการประเมิน การรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารในการเผยแพร่ข่าวสาร การประเมินการรับรู้นี้มาจากการสื่อสารกลางรับรู้ที่ทำให้เกิดความกลัว และตรวจสอบการประเมินการรับรู้ Roger ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค(Perceived Probability) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง(Response Efficacy) ตามแผนภูมิที่ 2.1



แผนภาพที่ 2.1 แสดงถึงรูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

(Roger,1975 อ้างถึงในจุฬารัตน์ โสตะ,2546)

ความรุนแรงของโรค (Noxiousness)

พัฒนาจากการชู่ว่าจะกระทำ หรือไม่ทำพฤติกรรมบางอย่าง เพื่อให้บุคคลได้ผลร้ายแรง โดย ใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่สิ่งคุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตรายถึงชีวิต หรือบรรยายว่าไม่ทำให้เกิดความรุนแรง เช่น การระคายเคืองปอดเล็กน้อย โดยทั่วไป ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูง อาจไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยตรง แต่หากใช้กระตุ้น หรือปลุกเร้า ร่วมกับการชู่ อาจส่งผลให้ลักษณะข้อมูลนั้น โดดเด่นขึ้น กระบวนการประเมินการรับรู้ของบุคคล ต่อข้อมูล

ข่าวสารที่เกิดขึ้น จะทำให้บุคคลรับรู้ ความรุนแรงของการเป็นโรค ได้ดีกว่าการกระตุ้นตามปกติ และทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรม ซึ่งการตรวจสอบองค์ประกอบ เกี่ยวกับผลที่เกิดจากการรับรู้ถึงอันตรายระดับสูง พบว่า มีผลต่อการตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ การเลิกดื่มสุรา ช่วยร่างกายแข็งแรง และทำให้เกิดอันตราย ผลการศึกษาที่สำคัญพบว่า นักเรียนที่ได้รับการสอนสุขศึกษาสามารถงดสูบบุหรี่ได้เพิ่มมากขึ้น และลดความผิดพลาดในการจับชีพาหณะลดลง (Mackay,1992)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived Probability)

สื่อสาร โดยการชู ที่คุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งจะเชื่อให้บุคคลเชื่อว่า ตนตกอยู่ในภาวะเสี่ยง เช่น ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคโรครอคเอดส์ในนิวยอร์ก ได้นำเสนอข้อมูลเพื่อให้บุคคลมีความตั้งใจที่ลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นโรครอคเอดส์ โดยกล่าวว่า จากการตรวจเลือดจากชายรักร่วมเพศ และชายรักสองเพศ พบว่า 1 ใน 4 มีการติดเชื้อไวรัสเอดส์ เพื่อหวังให้ประชาชนมีความตื่นตัวว่า ตนตกอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ อย่างไรก็ตาม วิธีนี้ยังไม่ใช้แนวทางที่จะทำให้บุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Sutton,1982 อ้างถึงใน Mackay,1992) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค จะขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่า ถ้าไม่ปฏิบัติตนหลีกเลี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้น จะทำให้ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ การตรวจสอบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค สามารถทำได้เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยใช้แบบสอบถามให้ตอบคำถาม ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูง และกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคต่ำ ตัวอย่างเช่น ให้กลุ่มสูบบุหรี่อ่านบทความเรื่อง การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหัวใจและมะเร็ง ปอดสูงได้ (Maddux & Roger,1983 อ้างถึงใน Mackay,1992) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การสูบบุหรี่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Roger,1983 อ้างถึงใน Mackay,1992) โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมายลงในช่องหน้าข้อความของแบบสอบถามว่า ตนเองเชื่อหรือไม่ว่า การสูบบุหรี่จะทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดและโรคหัวใจ จากการรายงานการศึกษา พบว่าผู้สูบบุหรี่ส่วนมากมีความคาดหวังว่า ตนสามารถปรับปรุงพฤติกรรมของตนเอง และมีความตั้งใจที่จะลด หรือเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Maddux & Roger,1983 อ้างถึงใน Mackay,1992) การใช้แบบสอบถามเพื่อตรวจสอบความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาจไม่ประสบความสำเร็จเท่าใดนัก เนื่องจากการตรวจสอบตัวแปรเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือแบบสอบถามที่ใช้นั้น ไม่มีผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง (Sutton,1982 อ้างถึงใน Mackay,1992) เนื่องจากผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคจะไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำเสมอไป ดังตัวอย่าง เช่น ภายหลังจากผู้ที่สูบบุหรี่จัดได้รับการกระตุ้นในระดับสูง เพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ ก็ยังคงหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติตาม

คำแนะนำ การส่งตรวจฉายเอ็กซเรย์ปอดเพิ่มอาจให้บุคคลนั้นกลัวเป็นมะเร็งปอด ซึ่งจะหลีกเลี่ยงความกลัวโดยการไม่ยอมรับการเอ็กซเรย์ ในทางกลับกันการเอาใจใส่สนับสนุนให้ผู้ที่สูบบุหรี่คำนึงถึงผลที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ จะทำให้บุคคลนั้นลดจำนวนมวนที่สูบลงได้ ซึ่งจะส่งผลให้มีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งปอดน้อยลง (Leventhal & Watt, 1996 อ้างถึงใน Mackay, 1992)

การให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำอาจใช้เงื่อนไขความเสี่ยงต่อการเป็นโรคร่วมกับผลที่เกิดจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ แต่เงื่อนไขดังกล่าวก็ยังเป็นสิ่งที่ต้องค้นหาค้นอีกต่อไปว่า ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคร่วมจะมีผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติตนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงนั้นหรือไม่ เช่นเพิ่มการสูบบุหรี่มากขึ้น (Roger, 1983 อ้างถึงใน Mackay, 1992) เพราะอาจทำให้เพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นได้ถ้าบุคคลพยายามปฏิเสธการรับรู้ของตนเองว่า เขาไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำนี้ได้ แม้ว่าจะเป็นผลเสีย (Maddux & Roger, 1983 อ้างถึงใน Mackay, 1992) ในทางกลับกันถ้ารวมภาวะเสี่ยงสูงกับผลดีของการปฏิบัติจะทำให้การตั้งใจที่ยอมรับการปฏิบัติจะทำให้ตั้งใจที่จะยอมรับการปฏิบัติตามเพิ่มมากขึ้น (Roger, 1983; Sutton, 1982 อ้างถึงใน Mackay, 1992) อย่างไรก็ตามการใช้แบบสอบถามซึ่งผู้ตอบจะให้ค่าความรู้สึกตามข้อความที่กำหนดไว้ในแบบสอบถามเท่านั้น ยังเป็นสิ่งที่ต้องทำการศึกษาต่อไปว่า จะสามารถคาดคะเนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคของกลุ่มตัวอย่างได้หรือไม่ (Sutton, 1982 อ้างถึงใน Mackay, 1992)

ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนอง (Response Efficacy)

การกระทำโดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้ บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ โดยปกติการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบการปรับ หรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง จากผลการวิจัยพบว่า การที่บุคคลทราบถึงผลที่เกิดจากการปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตัวแปรนี้มีการทดสอบว่า จะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ ดังการศึกษาของ Maddux และ Roger พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำ โดยบอกถึงผลดีที่เกิดขึ้น จากการงดสูบบุหรี่ คือ ช่วยลดการเกิดโรคหัวใจและโรคปอด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่และนำไปสู่ความตั้งใจในการป้องกันรักษาสุขภาพของบุคคลจากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การเพิ่มความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นร่วมกับความตั้งใจจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะกรณีที่ บุคคลรู้ว่าตนกำลังเสี่ยงต่อการเป็นโรค แต่เมื่อบุคคลนั้นถูกถามความรู้สึกอย่างรุนแรง และไม่มีวิธีใดที่จะลดความคุกคามนั้นลงได้ อาจทำให้บุคคลขาดที่พึ่งและการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจง เพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยให้เกิดความตั้งใจที่จะปรับความตั้งใจที่จะ

ปรับพฤติกรรมอย่างจริงจัง อีกทั้งการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจง มีรายละเอียดเพื่อกระตุ้นเตือนความรู้สึก หรือการรับรู้ต่อความสามารถของตนเองได้ปฏิบัติตนมากขึ้น (Mackay,1992)

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความกลัวทั้ง 3 ตัวแปรดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเป็นมติเดียวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการได้รับอันตรายต่อสุขภาพ การรับรู้ในความรุนแรงของอันตรายที่เกิดขึ้นแก่สุขภาพ และการรับรู้ต่อผลที่คาดว่าจะได้รับจากการปฏิบัติเพื่อป้องกัน หรือลดอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งต่อมา Maddux และ Roger (Mackay,1992) ได้เพิ่มตัวแปรอีก 1 ตัวแปร คือความคาดหวังในความสามารถของตน ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค มีฐานมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง Bandura (1997) ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับสูงสุดและเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตามโดยแท้จริง โดยสรุปบุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้น เนื้อหาของข่าวสารควรมีผลช่วยให้บุคคลปฏิบัติตามได้ (Mackay,1992) แต่แตกต่างจากตัวแปรอื่นๆ ซึ่งมีลักษณะของข่าวสารคุกคามต่อสุขภาพ และไม่ได้คำนึงถึงการส่งเสริมความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ การทดลองที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของความคาดหวังของความสามารถของตนเองที่นำมาใช้ในการป้องกันโรคจากกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตน และกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจนอกตน จะเชื่อว่าสุขภาพของเขายั่งยืนอยู่กับโอกาส เคราะห์กรรม โชคชะตา หรืออำนาจอื่นๆ และไม่ตั้งใจจะแสวงหาข้อมูลข่าวสารหรือ การปฏิบัติตนที่จะป้องกัน (Wallston and Wallston,1978) ดังนั้น ผู้ที่มีอำนาจในตนจึงมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถตนเองสูง ในการตรวจสอบองค์ประกอบในความคาดหวังในความสามารถในตน Maddux และ Roger ได้ทำให้ผู้สูบบุหรี่ที่มีความเชื่อว่า การลด หรือการเลิกสูบบุหรี่สามารถกระทำได้ง่าย คือ มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูง หรือกระทำได้ง่ายมาก คือ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ ผลการทดลองพบว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเป็นการทำนายที่มีผลสูงสุดต่อความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น การทำให้บุคคลเชื่อว่าเขามีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ เขาก็จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ง่าย ความคาดหวังของความสามารถตนเองความสามารถในการปฏิบัติตาม จึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง Beck และ Lund พบว่า ความสามารถของบุคคลเป็นตัวทำนายที่มีอำนาจสูงสุดต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนทางด้านสุขภาพต่ำ และกลุ่มที่มีความเชื่อในตนเองทางด้านสุขภาพสูง หากทำให้เกิดความเครียดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองจะ พบว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนต่ำจะมีแนวโน้มเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติจะเป็นตัวขัดขวางแรงจูงใจต่อการปฏิบัติอย่างมากเช่นกัน ดังนั้นประสิทธิภาพของการแพร่ข้อมูลข่าวสาร จึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับความชัดเจนของสื่อที่จะทำให้

บุคคลปฏิบัติตามเท่านั้น หากแต่บุคคลต้องมีความคาดหวังว่า เขาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ด้วย

ตัวแปรที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง เมื่อบุคคลมองเห็นว่ามีประโยชน์ และสามารถปฏิบัติตาม ได้ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองพบดังนี้ ถ้าความสามารถที่จะปฏิบัติตามมีสูง และผลดีของการปฏิบัติตามมีสูงด้วยก็จะทำให้ความตั้งใจในการปฏิบัติตามมีเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน ในทางกลับกัน ทางความสามารถในการปฏิบัติตามมีสูง แต่ผลดีของการปฏิบัติตามค่านำมีน้อยกว่าความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามก็น้อยจะลดลงไปด้วย เช่น ผู้ที่สูบบุหรี่มีความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น และกรณีที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำแต่ผลดีของการปฏิบัติตามมีสูง จากวิวัฒนาการทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Roger ได้พยายามปรับปรุงโดยนำตัวแปรทั้ง 4 ตัว คือ การรับรู้ในความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถตนเองมาสรุปเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบคือ

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal)
2. การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal)

จากกระบวนการดังกล่าว เกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร คือ สิ่งแวดล้อม การพูดชักชวน การเรียนจากการสังเกต และลักษณะบุคลิกภาพ หรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ คือ

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) ซึ่งการรับรู้นี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมมีโอกาส เป็นไปได้ที่การรับรู้อาจทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวตอบสนอง หรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 2 แบบ ได้แก่ มีความตั้งใจที่ปฏิบัติสม่ำเสมอ และมีการแก้ไขปัญหามีเหตุผล เช่น การรัดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง การเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น และอาจเกิดการปรับตัวตอบสนอง หรือพฤติกรรมแบบที่ไม่พึงประสงค์ 5 แบบ ได้แก่ ความสิ้นหวัง ความเชื่อในโชคชะตา การหลีกเลี่ยงความเชื่อในศาสนา ความคิดฝันลมๆแล้งๆ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ก็คือ ความพอใจในตัวเอง (Intrinsic Rewards) และความพึงพอใจจากภายนอก (Extrinsic Rewards) เช่น การเป็นที่ยอมรับของสังคม (Steven and Roger, 1986)

2. การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะคือ ความคาดหวังผลลัพธ์ของการตอบสนอง (Response Efficacy) และการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self Efficacy) ในการหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จได้ (Steven and Roger, 1986) และเป็นปัจจัย

ที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ แต่สิ่งที่ทำให้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองลดลง คือ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความไม่น่าชื่นชม ความยากลำบาก ความสับสนยุ่งยาก อาการแทรกซ้อน ความไม่สอดคล้องในการดำเนินชีวิต(Roger,1986)

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเป็นสิ่งสำคัญมากต่อการสร้างความตั้งใจซึ่งความตั้งใจที่จะแก้ปัญหา ถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ที่จะต้องพยายามสร้างให้เกิดขึ้น และรักษาความตั้งใจนั้นไว้ให้มั่นคง

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองมีความสำคัญเช่นกัน กล่าวคือ ถ้ารับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงแต่การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองต่ำ จะลดความตั้งใจลง

บุคคลจะรู้สึกที่ไม่สามารถป้องกันตนเองได้ใน 2 กรณี คือถ้าผลลัพธ์ของการเผชิญปัญหาที่มีอยู่ไม่มีประสิทธิภาพ ถ้าเขาเชื่อว่าตนเองไม่สามารถที่จะตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาได้ ดังนั้นถ้า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำ ก็เพิ่มการรับรู้ต่อความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูง จะเพิ่มความตั้งใจเพิ่มขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม ความตั้งใจจะสูงที่สุดเมื่อบุคคลมีทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูง และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองสูง

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนี้มีความเชื่อว่า แรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคนั้นจะทำให้ได้ดี เมื่อมี

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) และบุคคลเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคง หรือเสี่ยงต่ออันตรายนั้น

2. การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) และบุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถปรับตัวตอบสนอง หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์

กระบวนการดังกล่าว เกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร คือ สิ่งแวดล้อม การพูดชักชวน การเรียนรู้จากการสังเกต และลักษณะบุคลิกภาพ หรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับตามแผนภูมิที่ 2.2

ต่อหีนที่มีพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษา ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค มาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาโรคต่อหีนของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช โดยจัดโปรแกรมให้มีความสอดคล้องกับผู้สูงอายุทำให้เกิดการเรียนรู้จากการสังเกต การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งมีกระบวนการเรียนรู้มีผลต่อความเชื่อในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติจริง

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุภวรรณ พิมพ์ใจใส (2548) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคสำหรับส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันตาบอดในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในคลินิกต่อหีน โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 60 คน จัดโปรแกรมสุขศึกษาต่อความรู้เรื่องโรคต่อหีน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการตาบอดจากโรคต่อหีน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการหยอดยาและการตรวจตามนัย ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีความรู้เรื่องโรคต่อหีน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการตาบอดจากโรคต่อหีน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนสอน และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ชนิษฐา ทองหยอด (2543) ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 96 คน ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการจัดกิจกรรมโปรแกรมสุขศึกษาแก่ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในเรื่องการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสการเกิดความคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้น การรับรู้ความสามารถของตนเองถึงการมีพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง และการมีพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิภาวรรณ จรรย์ศุภรินทร์(2544) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนจากญาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 80 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่ม

ทดลองมีการรับรู้ของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนองและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และระดับความดันโลหิตตัวล่างของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าก่อนทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิติพร คัมภีรานนท์(2549) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลชลประทาน จำนวน 60 คน ผลการศึกษาว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก การหลีกเลี่ยงแรงกดบริเวณข้อเข่า การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และมีภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระดับความเจ็บปวด องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา และเวลาในการขึ้นบันได ดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุขปราณี นรารมย์(2552) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลินในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการผ่อนคลายความเครียดในตำบลหนองตุม จังหวัดขอนแก่น จำนวน 60 คน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง 1)คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 2)คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน 3)คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง 4)คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน 5)คะแนนเฉลี่ยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากหลายการศึกษาที่ผ่านมา นำการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ได้ผลดีขึ้นในกลุ่มทดลอง การศึกษาในครั้งนี้จึงนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมานำมาใช้กับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการสูญเสียการมองเห็นจากการเพิ่มระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิต นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ซึ่งยังไม่มีการศึกษาในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเรื้อรัง

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาโรคต่อหิน

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาโรคต่อหิน เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ ลักษณะของโปรแกรมประกอบด้วย

- การบรรยาย

การบรรยาย เป็นวิธีการสอนที่จัดทำง่าย มีจุดมุ่งหมายให้ผู้เรียนได้ฟัง คิด พิจารณา เข้าใจ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และการจดบันทึก ผู้สอนเป็นผู้เตรียมเนื้อหา ศึกษาความรู้เพิ่มเติมจากตำรา หนังสือ การศึกษาวิจัยตลอดจนจากประสบการณ์การทำงาน และแหล่งประโยชน์อื่นๆ เพื่อมาบอกเล่า อธิบายให้ผู้เรียนเข้าใจ (สุรีย์ จันทร โมลี, 2527)

- หนังสือคู่มือโรคต่อหิน

หนังสือคู่มือเป็นสื่อสิ่งพิมพ์ทางการศึกษา ที่จัดทำเป็นรูปเล่ม มีเนื้อหากะทัดรัด และมีความสมบูรณ์ในตัวเอง เพื่อแก้ไขข้อข้องใจเมื่อเกิดปัญหา ต้องการคำอธิบาย ต้องการให้เฉลยปัญหา หรือต้องการหาความรู้บางอย่างให้ได้คำตอบอย่างรวดเร็ว

- การอภิปรายกลุ่ม

การอภิปรายกลุ่ม เป็นวิธีการที่ดี โดย ให้สมาชิกใน ได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ทางคำพูด ได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับเรื่องที่อภิปรายในรูปธรรมและนามธรรมช่วยให้กลุ่มได้แสวงหาข้อเท็จจริง แปลความหมายของข้อเท็จจริง แยกแยะความเข้าใจของตนเอง ยอมรับความคิดเห็นของคนอื่น การอภิปรายกลุ่มไม่ใช่เป็นการพูดเท่านั้น หรือไม่ใช่การยึดเสียงข้างมาก แต่เป็นการตัดสินใจโดยฟังเหตุผลข้อเท็จจริง ความถูกต้องและความเหมาะสม ยึดหลักประชาธิปไตยให้อิสระในการออกความคิดเห็นเต็มที่ สมาชิกต่างให้ความร่วมมือในการค้นหาทางแก้ปัญหาที่เข้ามาเกี่ยวข้องมากกว่าจะพูดถึงข้อเท็จจริงเพียงอย่างเดียว ถ้าความคิดของกลุ่มดีก็จะเท่ากับแต่ละบุคคลในกลุ่มมีความคิดที่ดี คุณภาพของกลุ่มจะดีเพียงใดขึ้นอยู่กับคุณภาพของสมาชิกในกลุ่มด้วย (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2553)

การอภิปรายกลุ่ม ช่วยฝึกฝนให้ผู้เรียนได้ปรับตัวเข้ากับคนอื่นๆ เข้ากับสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม ฝึกฝนการสะท้อนความคิดในการแก้ปัญหาาร่วมกัน ทำกิจกรรมร่วมกัน งานบางอย่างไม่สามารถทำตามลำพังได้ หรือทำได้แต่ไม่ได้ผลดี แต่จะได้รับความสำเร็จ ถ้าทำโดยกลุ่ม ซึ่งเป็นการใช้เวลาอย่างฉลาด และมีคุณค่า

การอภิปรายกลุ่มเหมาะสำหรับสมาชิกจำนวนน้อย ประมาณ 10-12 คน ถ้าสมาชิกมากทำให้ไม่มีโอกาสได้อภิปรายเต็มที่ สมาชิกมากเกินไปอาจทำให้เกิดการผูกขาดการพูดสมาชิกอาจแบ่งแยกเป็นกลุ่มย่อย ความคิดเห็นแตกแยกกัน การอภิปรายกลุ่มที่นำมาใช้ได้ผลดีเป็นที่นิยมสามารถจะใช้กับกลุ่มเป้าหมายทุกระดับการศึกษาทุกระดับอายุ เพราะเป็นการอภิปรายที่ไม่ได้

นำไปสู่การหาคำตอบที่ตายตัว หรือคำตอบที่แน่นอน การประชุมกลุ่มช่วยให้สมาชิกได้ใช้ความคิด พิจารณาการไตร่ตรองอย่างรอบคอบทุกแง่ทุกมุมในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อจะนำไปสู่การประยุกต์ใช้ ในชีวิตประจำวัน เพื่อให้เกิดความเหมาะสมอิทธิพลของกลุ่มมีส่วนช่วยให้สมาชิกเกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การตัดสินใจด้วยการยอมรับสมัครใจซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพที่ถาวร

ลักษณะของกลุ่มประกอบไปด้วยสมาชิกของกลุ่ม

1. มีตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไป
2. มีความสำคัญในการเป็นสมาชิกกลุ่ม เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม
3. มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน
4. มีการให้ความช่วยเหลือพึ่งพาอาศัย ห่วงใยซึ่งกันและกัน มีความพอใจที่จะร่วมกลุ่มทำงานกับกลุ่ม
5. มีปฏิริยาสังสรรค์และการโต้ตอบซึ่งกันและกัน
6. มีพฤติกรรมเป็นแบบคล้ายๆกัน
7. มีการยอมรับ และการปฏิเสธการแสดงความคิดเห็น

เหตุผลที่ต้องมีการอภิปรายกลุ่ม คือ

1. เพื่อกำหนดปัญหาที่สำคัญ และน่าสนใจ
2. เพื่อทราบถึงลักษณะ และขอบเขตของปัญหาจะได้หาวิธีการแก้ปัญหาาร่วมกัน
3. เพื่อจะได้เรียนรู้ถึงศิลปะของการทำงานร่วมกัน ผลประโยชน์จากการทำงานร่วมกัน และการคิดสร้างสรรค์การทำงานร่วมกัน
4. เพื่อที่จะช่วยหาแนวคิดใหม่ๆในการแก้ปัญหาให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง
5. เพื่อส่งเสริมความคุ้นเคยกับสมาชิกในกลุ่ม แลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็น ประสบการณ์ซึ่งกัน และกัน
6. เพื่อที่จะช่วยค้นหาแหล่งประโยชน์ วิธีการใหม่ที่จะช่วยการทำงานกลุ่มให้มีประสิทธิภาพ
7. เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกมองเห็นปัญหา และเริ่มต้นงานอย่างเหมาะสม

การอภิปรายกลุ่มช่วยสร้างให้เกิดคุณค่าแก่สมาชิกในกลุ่ม คือ

1. สร้างให้เกิดทักษะในการสะท้อนความคิด การคิดอย่างไตร่ตรองค้นคว้า หาเหตุผลในการร่วมประชุมออกความคิดเห็น สมาชิกในกลุ่มต่างก็ร่วมพิจารณาความคิดเห็นซึ่งกันและกัน
2. สร้างให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อสมาชิกในกลุ่ม มีจิตใจกว้างขวาง เปิดเผยจริงใจรู้จักใช้การสะท้อนกลับให้กลุ่มได้สร้างสรรค์ในทางที่ดี
3. สร้างให้เกิดทักษะในการเตรียมตัว ขวนขวายหาความรู้ให้พร้อมในปัญหาที่จะต้องอภิปรายซึ่งเป็น การเพิ่มพูนความรู้แก่ตนเอง และกลุ่ม
4. สร้างให้เกิดทักษะในการอภิปราย และการเสนอความคิดเห็นในกลุ่มตามแบบสังคมประชาธิปไตย
5. สร้างให้เกิดคุณค่าในการพัฒนาบุคลิกภาพของบุคคลในด้านต่างๆ เช่น การรับฟังความคิดเห็นของคนอื่น การเปิดใจให้กว้าง การร่วมกันพิจารณาตัดสินข้อสงสัย การรู้จักพิจารณาวิจารณ์ตัวเอง การให้ความร่วมมือแก่สมาชิกในกลุ่ม การให้ความเคารพในความเชื่อ และความคิดเห็นของผู้อื่น การฝึกให้เกิดความกล้า เกิดความเชื่อมั่นในตัวเองมากขึ้น การฝึกทักษะในการพูดสื่อสารกับคนอื่น

การเรียนรู้จากตัวแบบ

การเรียนรู้จากตัวแบบ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยบุคคลจะสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่นแล้วสร้างความคิดว่าจะสร้างพฤติกรรมใหม่ได้อย่างไร ซึ่งความคิดนี้ได้ประมวลเป็นข้อมูลไว้ใช้เป็นเครื่องชี้แนะการแสดงพฤติกรรมของตนเอง นอกจากนี้ยังเป็นผลจากการสังเกต การฟังหรือการอ่านพฤติกรรมของบุคคล หรือสัญลักษณ์แทนบุคคล การที่บุคคลสามารถเรียนรู้ และเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบได้นั้น ต้องประกอบด้วยกระบวนการ 4 ประการ คือ

1. กระบวนการใส่ใจ (Attention Process) ความใส่ใจของผู้สังเกตจะทำหน้าที่ ตัดสินใจเลือกสิ่งที่ได้รับว่า ตัวแบบแสดงพฤติกรรมใดบ้าง ถ้าผู้สังเกตใส่ใจต่อพฤติกรรมที่เขาสนใจจากตัวแบบได้ปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ในกระบวนการใส่ใจ
2. กระบวนการเก็บจำ (Retention Process) เป็นการรวบรวมรูปแบบพฤติกรรมที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ แล้วเก็บจำในลักษณะของสัญลักษณ์ ซึ่งเป็นมโนภาพและภาษา การที่บุคคลมีการเก็บจำจึงสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบตามทันที หรือแสดงพฤติกรรมเลียนหรือหลายแบบภายหลัง การสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบผ่านไประยะหนึ่ง โดยมีหรือไม่มีตัวแบบในทีนั้นปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการเรียนในกระบวนการเก็บจำ ได้แก่

2.1 การที่บุคคลแปลงสัญลักษณ์ทางมโนภาพ เป็นสัญลักษณ์ทางภาษา ทำให้เก็บง่าย และนานขึ้น

2.2 การซักซ้อมในใจหรือคิดตาม ท่องจำ หลังจากได้สังเกตพฤติกรรมของตัวแบบซึ่งนอกจากจะทำให้ผู้สังเกตจำแม่นแล้ว ยังช่วยให้เลียนแบบได้ถูกต้องขึ้น

2.3 การให้เห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมบ่อยๆหรือหลายครั้งจะช่วยทำให้ความจำดีขึ้น

3. กระบวนการทางกาย (Motor Reproduction Process) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตเปลี่ยนสัญลักษณ์ จากการจำมาเป็นการกระทำ ซึ่งถ้ามีการให้ข้อมูลป้อนกลับ จะช่วยให้ผู้สังเกตสามารถปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมและการเลียนแบบของตน จนเป็นที่พอใจ ปัจจัยเอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ในกระบวนการทางกายได้แก่

3.1 ความสามารถ ความพร้อมทางร่างกายในการกระทำพฤติกรรมตามแบบ

3.2 การมีทักษะเบื้องต้นนำไปสู่การปฏิบัติตามพฤติกรรมที่ตัวแบบกระทำ

3.3 การปรับปรุง หรือฝึก หรือแสดงบทบาทสมมติตามพฤติกรรมที่ตัวแบบกระทำ

4. กระบวนการจูงใจ (Motivation Process) พฤติกรรมที่ผู้สังเกตเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบอาจถูกแสดงออกมาหรือไม่ก็ได้ ถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจ หรือสามารถหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงพอใจจะมีแนวโน้มการเลียนแบบสูง เพราะบุคคลเกิดความคาดหวังจะได้รับผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบ หรือเกิดความรู้สึกแค้นว่าตน คือ ผู้ที่ได้รับผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจนั้นปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ในกระบวนการจูงใจ ได้แก่

4.1 การให้ผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจแก่พฤติกรรมของตัวแบบที่เราต้องการให้ผู้สังเกตเลียนแบบทันทีที่ตัวแบบแสดงพฤติกรรมนั้น

4.2 การใช้ข้อมูลย้อนกลับและการเสริมแรงแก่ผู้สังเกตทันทีที่กระทำพฤติกรรมตามตัวแบบที่ต้องการ

ประเภทของตัวแบบ

1. ตัวแบบที่มีชีวิตจริง (Life Model) หมายถึง ตัวแบบที่มีชีวิต ซึ่งผู้สังเกตสามารถปฏิสัมพันธ์หรือสังเกตโดยตรงไม่ต้องผ่านสื่อ หรือสัญลักษณ์อื่น

2. ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Model) หมายถึง ตัวแบบที่บุคคลไม่สามารถสังเกตหรือมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรง

ลักษณะของตัวแบบ

1. มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้สังเกต เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ทักษะคิด ซึ่งทำให้ผู้สังเกตรู้สึก
ว่าเหมาะสมกับตน และทำให้เกิดความคาดหวังว่า ถ้าตนแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบก็จะได้รับ
ผลลัพธ์ทำนองเดียวกัน

2. มีลักษณะเด่นเป็นพิเศษ เช่น เป็นบุคคลที่มีความรู้ ความชำนาญ มีชื่อเสียง มีอำนาจ

3. มีลักษณะดึงดูดใจสร้างความสนใจแก่ผู้สังเกต ได้นาน เช่น ละคร โทรทัศน์ เทป

บันทึกภาพ

4. มีลักษณะเป็นมิตรหรือแสดงการช่วยเหลือ

5. เป็นตัวแบบที่มีความสำคัญต่อผู้สังเกต เช่น พ่อ แม่ ผู้ปกครอง ครู วีระบุรุษที่ผู้
สังเกตนิยม

6. เป็นการกระทำของตัวแบบที่ได้รับผลลัพธ์ ตามที่ผู้สังเกตต้องการ

ลักษณะของผู้สังเกต

1. มีทักษะคิด หรือประสบการณ์พื้นฐานใกล้เคียงกับตัวแบบ

2. มีความนิยมตัวแบบ หรือพอใจพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดง

3. ได้รับคำแนะนำ หรือมีความคาดหวังเกี่ยวกับตัวแบบหรือพฤติกรรมของตัวแบบ

4. มีความต้องการเลียนแบบ

ข้อดีการเสนอตัวแบบ

1. การเสนอตัวแบบสามารถนำไปใช้กับพฤติกรรมของคนในสภาพชีวิตจริงได้ จาก
งานวิจัยส่วนมากจะเห็นได้ว่าสามารถนำไปใช้ในคลินิก การให้คำปรึกษา และด้านพัฒนาการของ
เด็กในด้านการสอนทักษะทางสังคม พฤติกรรมทักษะอื่นๆ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับกฎเกณฑ์
ต่างๆ (Rule-oriented behavior)

2. นอกจากใช้ในการสร้างรูปแบบใหม่ของความคิดและพฤติกรรมแล้ว ตัวแบบ
สามารถทำให้พฤติกรรมที่ต้องการเข้มแข็งขึ้น หรือทำให้พฤติกรรมที่ไม่ต้องการหยุดยั้งอ่อนตัวลง

3. สามารถใช้เทคนิคนี้ร่วมกับเทคนิคอื่นๆ เช่น การเสริมแรงทางบวก การชี้แนะทำให้
การปรับพฤติกรรมมีประสิทธิภาพและคงทนขึ้น

4. สามารถใช้ได้ทุกเพศทุกวัย ทั้งคนที่ปกติและคนไข้ที่มีปัญหาทางด้านสมองและ
จิตใจ

ข้อจำกัดการเสนอตัวแบบ

การเสนอตัวแบบหากผู้ใช้ละเอียด หรือขาดการตระหนักในแต่ละขั้นตอนของเทคนิคก็จะทำให้ขาดประสิทธิภาพ จึงจะเสนอข้อจำกัดในประเด็นต่อไปนี้

1. ต้องคำนึงถึงพัฒนาการทางความรู้ (Cognitive development) ของเด็กที่แตกต่างกันตามระดับอายุ
2. การนำเสนอตัวแบบทางลบต้องพึงระวังถึงการเห็นคุณค่าของตนเอง เพราะการเสนอด้านลบของตนเองมากเกินไป หรือไม่มีการชักจูงความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการนำเสนอ
3. หากมีการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ ผ่านทางวิทัศน์ หรือภาพยนตร์ ย่อมต้องใช้งบประมาณสูงต้องชักจูงพฤติกรรมของตัวแบบให้ดี และต้องใช้เวลาในการถ่ายทำ

การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ

การสาธิตเป็นวิธีการสอน ที่มีการจัดเตรียมการสอนความรู้ ข้อเท็จจริงหลักการแนวทางการปฏิบัติ หรือกระบวนการทำที่ถูกต้อง โดยมีเครื่องมือ อุปกรณ์ประกอบสาธิต มีการอธิบายให้เหตุผลประกอบการแสดง ให้มองเห็นกระบวนการกระทำที่แน่นอน ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในกิจกรรมที่เรียนอย่างชัดเจน การสอนสาธิตมีความหมายหลายประการ เช่น การสอนแบบสาธิตมุ่งเน้นให้เห็นทักษะ การใช้มือทำ การสาธิตยังรวมทั้งการใช้โสตทัศนูปกรณ์ประกอบการสาธิตรวมทั้ง การฉายภาพยนตร์ สไลด์ประกอบ และหรือ การสาธิต หมายถึง การสอนโดยทั่วไป ครู หรือผู้สอน หรือผู้สาธิตจะแสดงให้ชมก่อน ในช่วงหลังจะเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ฝึกหัดทำภายใต้การควบคุมของครู ผู้นิเทศ ผู้สอน หรือผู้สาธิต (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2553)

การสาธิต คือการเตรียมการเสนอ กิจกรรม กระบวนการ การดำเนินการบางอย่างล่วงหน้าอย่างรอบคอบแสดงให้เห็นถึง การปฏิบัติควบคู่ไปกับการอธิบายทุกขั้นตอน การตั้งคำถาม การย้ำถึงขั้นตอนที่สำคัญที่ต้องเข้าใจ เพื่อจะได้ปฏิบัติตามอย่างถูกต้อง การสาธิต อาจจะหมายถึง การสอน โดยทำให้ดูเป็นตัวอย่าง การแสดงสาธิตประกอบ การอธิบายเป็นการให้ความรู้ทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติควบคู่กันไป การสาธิตอาจจัดทำโดยผู้สอน บุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ร่วมกันสาธิตให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งการสาธิตสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มเป้าหมายทุกระดับการศึกษา สามารถใช้ได้กับทุกยุคสมัย เนื่องจากช่วยไม่ให้ผู้เรียนสับสนยุ่งยาก ได้เรียนรู้ตามขั้นตอนง่ายต่อการเข้าใจ เช่น สาธิตการทำแผล สอนแม่อาบน้ำให้เด็ก การสอนสิ่งเหล่านี้ผู้เรียนจะปฏิบัติตามได้ถูกต้องจะใช้วิธีการบรรยายอย่างเดียวไม่ได้ผลเต็มที่ แต่ถ้าใช้

วิธีการสาธิตจะทำให้เรียนรู้ได้เร็ว ถูกต้อง ประหยัดเวลา ทำให้บทเรียนนั้นๆเป็นที่น่าสนใจ น่าเชื่อถือและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

ขั้นตอนการดำเนินการสาธิต

1. การเตรียมการสอน

ผู้สอน หรือผู้สาธิตควรวางแผนด้วยความรอบคอบ พิจารณาว่าส่วนไหนของเนื้อหาที่จะนำมาสาธิตให้ผู้เรียนได้ดู จัดลำดับขั้นตอนของการสาธิตทั้งหมด อาจเขียนไว้บนกระดาน หรือพิมพ์แจก ผู้สาธิตจะต้องฝึกซ้อมสิ่งที่จะสาธิตให้เกิดความชำนาญ ทำได้ถูกต้อง รักษาเวลาเริ่มต้น และยุติการสาธิตภายในเวลาที่กำหนด

1.1 เขียนวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ในการแสดงการสาธิตนั้นๆ ระบุว่าต้องการให้ผู้เรียนเกิดความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ ความสามารถในเรื่องอะไรมาน้อยเพียงใด ในการสาธิตแต่ละครั้งควรใช้กิจกรรมเพียงเรื่องเดียว เพื่อชักนำให้ผู้เรียนได้ทราบแนวคิดในเรื่องนั้นๆ

1.2 การเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ วัสดุอุปกรณ์ บุคคลไว้ให้พร้อม ทดสอบเครื่องมือที่จะใช้ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้ได้เสมอ และสามารถใช้ได้ทันที

1.3 การเตรียมสถานที่ ควรจัดเตรียมสถานที่ห้องที่จะใช้แสดงสาธิตไว้ให้พร้อม ผู้เรียนสามารถมองเห็นการสาธิตได้ทั่วถึง อาจทำได้หลายวิธี เช่น การจัด โต๊ะ เก้าอี้ให้เหมาะสมกับจำนวนผู้เรียน ถ้าการสาธิตใช้กับผู้เรียนกลุ่มใหญ่ เพื่อให้เห็นการสาธิตได้อย่างทั่วถึง โดย การใช้โทรทัศน์วงจรเปิด ถ่ายทอดการสาธิต จะช่วยในการประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย

1.4 จัดเตรียมผู้ช่วยสาธิต ถ้าการสาธิตต้องใช้บุคลากรช่วยหลายคนควรได้กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ มีการซ้อม เพื่อให้การสาธิตดำเนินไปด้วยความราบรื่นเรียบร้อยรวดเร็ว น่าสนใจ ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดี

1.5 การเตรียมผู้เรียน การศึกษาผู้เรียนว่ามีความสนใจ มีความต้องการที่จะเรียนรู้เรื่องที่จะสาธิตมาน้อยเพียงใด เตรียมผู้เรียนว่าควรจะสังเกตอะไรบ้าง

1.6 กำหนดช่วงเวลาในการสาธิต

1.7 จัดเตรียมแบบประเมินผลการสาธิต

2. ระหว่างการสาธิต

2.1 การบอกให้ทราบว่าจะทำอะไร

2.2 การยกให้ดูเครื่องมือที่ใช้ การแนะนำและการชี้ให้ดูอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ เช่น ส่วนประกอบเครื่องปรุง อุปกรณ์ สิ่งที่จะใช้ประกอบการสาธิตให้ผู้เรียนได้รู้จัก คำนวณ อาจจะอธิบายถึงคุณสมบัติของเครื่องมือ อุปกรณ์ จำนวนที่จะต้องใช้ การตัดแปลงเครื่องมือใช้

2.3 การกระทำ ลงมือแสดงการสาธิต

2.4 การติดต่อสื่อสารผู้แสดงการสาธิต พยายามพูดให้เสียงดัง ฟังชัดเจน ได้ยินโดยทั้งถึงการสาธิตสำคัญอยู่ที่ การอธิบาย ให้เหตุผลประกอบตามขั้นตอน เน้นในข้อสำคัญๆ อาจจะหยุดเพื่อซักถามแล้วแต่จะเห็นสมควร ควรสรุปแต่ละขั้นตอนเพื่อให้ผู้เรียนเข้าใจ (ผู้แสดงการสาธิตและผู้อธิบายอาจจะใช้คนละคนก็ได้แต่ต้องมีการเตรียมล่วงหน้าให้สอดคล้องกัน)

2.5 การสาธิตให้แบบเนียน คล่องแคล่ว ไร้ความสนใจ คิ่นคั่น มีชีวิตชีวา ไม่เฉื่อยชา หรือไม่รีบร้อนเพื่อให้ผู้เรียนติดตามการสาธิตได้ตลอด

2.6 ให้ผู้เรียนได้เห็นการสาธิตอย่างทั้งถึงได้ยินคำอธิบายได้ชัดเจน

2.7 ผู้สาธิตควรเน้นถึงลักษณะที่ดีสิ่งสำคัญควรจำ และควรปฏิบัติในระหว่างที่สาธิตให้ดู เช่น การย้ำ ในสิ่งที่ต้องการให้ทำและสาธิตให้ดู ไม่ควรสาธิตในสิ่งที่ “ห้าม” หรือ “ไม่ให้ทำ” ให้ดู เช่น พูดว่าอย่าทำอย่างนี้ และก็แสดงให้ดูในสิ่งที่ห้ามทำ ทำให้ผู้เรียนอาจจะจดจำในสิ่งที่ห้ามแต่ได้แสดงให้ดู

2.8 ตลอดเวลาของการสาธิต ผู้สาธิตพยายามดึงดูดความสนใจของผู้เรียน พยายามแสดงการสาธิตให้เข้าใจง่าย พูดให้กลมกลื่นกับการสาธิต อย่าออกนอกเรื่อง ผู้สาธิตอาจเตรียมคำถามล่วงหน้า หรือให้ผู้เรียนมีโอกาสได้ฝึกปฏิบัติเก็บข้อมูล

2.9 ในระหว่างการแสดงการสาธิต คอยสังเกตว่าผู้เรียนมีปฏิกิริยาต่อการสาธิตอย่างไรบ้าง เช่น อาจแสดงอาการเบื่อหน่าย ไม่เห็นด้วย คุยกัน ถ้าพบผู้เรียนแสดงความไม่พอใจผู้สาธิตควรหยุดการสาธิต เพื่อสอบถามความต้องการของผู้เรียน ถ้าปัญหาเกิดจากการสาธิตไม่น่าสนใจจะได้แก้ไข

2.10 เพื่อให้ผู้เรียนติดตามการสาธิตได้ตลอด อาจแจกเอกสารที่อธิบายขั้นตอนการสาธิต ควรอธิบายไปตามขั้นตอนที่เขียนไว้ เพื่อให้ผู้เรียนได้ติดตาม การแจกเอกสารควรจะได้พิจารณาถึงความเหมาะสม เพราะบางครั้งการแจกเอกสารระหว่างสาธิต ผู้เรียนอาจสนใจดูเอกสารมากกว่าดูสาธิต

3. หลังการสาธิต

3.1 เมื่อเสร็จสิ้นการสาธิต ควรมีการประเมินผลผู้สาธิต และการเรียนรู้ของผู้เรียน

3.2 การเปิดอภิปราย ภายหลังจากจบการสาธิต อาจแบ่งเป็นกลุ่มย่อยๆ ผู้สอนควรเตรียมหัวข้อสำหรับการอภิปรายเปิดโอกาสให้ซักถาม

3.3 การทดสอบโดยใช้ข้อเขียน ครูเตรียมคำถาม แบบทดสอบให้ผู้เรียนได้ตอบ หรือจะใช้การสัมภาษณ์ เพื่อดูความเข้าใจ

3.4 ให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติทันที โดยเฉพาะหัวข้อที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เรียนเกิดทักษะ สามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง เช่น ต้องการให้มารดาสามารถอาบน้ำเด็กได้อย่างถูกต้องปลอดภัย ในบางเรื่องจำเป็นจะต้องฝึกหัดกับของจริงหลายๆครั้ง จนเกิดความชำนาญ ความเชื่อมั่นในตัวเอง และทำให้ถูกต้องตามเทคนิค ดังนั้นการจัดโอกาสให้ผู้เรียนได้ฝึกหัดทันที เป็นการเริ่มต้นที่ดี การนำวิธีการสาธิตมาใช้ ผู้สอนจะต้องรู้จักพิจารณาเลือกเนื้อหา หัวข้อที่สาธิต บางหัวข้อไม่สามารถนำมาสอนแบบสาธิตได้ ถ้าได้เลือกหัวข้อที่เหมาะสมจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ อย่างมาก

ผู้สาธิตควรจะได้จัดให้มีการประเมินผลตัวเองและการแสดงการสาธิต เพื่อศึกษาข้อบกพร่อง ข้อเสนอแนะ นำมาปรับปรุงแก้ไขการสาธิตให้มีประสิทธิภาพ แนวทางที่ครูผู้สอนจะประเมินผลตัวเอง โดยการตอบคำถามต่อไปนี้

1. ท่านได้เตรียมตัวในการแสดงการสาธิตไว้มากน้อยเพียงใด การเตรียมได้มีการวางแผนตามขั้นตอนหรือไม่
2. วิธีการสาธิตทำได้ถูกต้องตามเทคนิค จุดมุ่งหมายของการสาธิตหรือไม่
3. อุปกรณ์ที่เตรียมมาเหมาะสมดีหรือไม่ ได้ใช้อุปกรณ์ทั้งหมดหรือไม่ มีอุปกรณ์ใดที่ควรที่จะเพิ่มเติม อุปกรณ์ใดไม่เหมาะสม การแก้ไขควรจะทำอย่างไร
4. คำอธิบายประกอบการสาธิต ชัดเจนถูกต้อง มากน้อยเพียงใด การสาธิตช่วยทำให้เข้าใจบทเรียนเพิ่มขึ้นเพียงใด
5. ผู้เรียนให้ความสนใจ มีสมาธิ ในการเรียนหรือไม่
6. ผู้เรียนได้ดูการสาธิตและได้ยื่นคำอธิบายโดยทั่วถึง
7. ท่านได้กระตุ้นให้ผู้เรียนได้ซักถาม ออกความคิดเห็นมากน้อยเพียงใด
8. ท่านได้ให้โอกาสผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติ มีส่วนร่วมในการเรียนมากน้อยเพียงใด
9. ท่านได้ทบทวน สรุป เน้น เรื่องสำคัญๆให้ผู้เรียนได้ทราบมากน้อยเพียงใด
10. ท่านได้ประเมินผลการเรียนรู้หรือไม่

การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ

การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ เป็นการนำการให้คำปรึกษาทั่วไปมาประยุกต์ใช้ในปัญหาสุขภาพ การให้คำปรึกษาทางสุขภาพจึงมีความหมาย และแนวคิดทฤษฎีเช่นเดียวกันกับการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษา หมายถึง กระบวนการที่อาศัยสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษา ด้วยการสื่อสารสองทางจนเกิดความร่วมมือ โดยให้คำปรึกษาเป็นผู้

ช่วยเหลือด้วยคุณสมบัติ และทักษะต่างๆของผู้ให้คำปรึกษา เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ใช้ศักยภาพในการทำความเข้าใจ สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริง สาเหตุของปัญหา และความต้องการ ตลอดจนสามารถหาวิธีแก้ปัญหามาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนปรับตัวให้ดีขึ้นได้ด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ (บุญยง เกี่ยวการค้า, 2527)

1. เพื่อให้บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพได้รู้จัก และเข้าใจตนเอง สามารถยอมรับสภาพความเป็นจริงของตนได้ ซึ่งเป็นการช่วยผ่อนคลายความเครียด และความกังวลใจต่างๆได้
2. เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าใจปัญหาและเห็นแนวทางในการแก้ปัญหา จนสามารถดำเนินการแก้ปัญหาด้วยตนเองได้
3. เพื่อให้บุคคลได้มองเห็นข้อบกพร่องของตนเอง ซึ่งเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น และสามารถแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆเหล่านั้น
4. เพื่อช่วยในการป้องกัน หรือลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับบุคคลให้ลดลง หรือหมดสิ้นไป

แนวทางในการให้คำปรึกษา (คมเพชร ฉัตรสุกกุล, 2529)

1. การให้คำปรึกษาแบบนำทาง เป็นการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นไปที่ปัญหาของผู้รับคำปรึกษาเป็นสำคัญ และมีผู้ให้คำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง ผู้นำวิธีการให้คำปรึกษาแบบนำทางมาใช้ เนื่องจากมีความคิดว่า บุคคลจะแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นได้รู้จักตนเอง และมีความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมเพื่อนำไปประกอบการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม การให้คำปรึกษาแบบนำทางประกอบด้วย

1.1 การวิเคราะห์ คือการรวบรวมข้อมูลที่เป็นภูมิหลังของผู้รับคำปรึกษา แล้วนำมาวิเคราะห์ความถนัด ความสนใจ สุขภาพ และสภาวะความสมดุลทางอารมณ์

1.2 การสังเคราะห์ คือการรวบรวมจัดหมวดหมู่ของข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ เพื่อช่วยให้เข้าใจผู้รับคำปรึกษา

1.3 การวินิจฉัย ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องตัดสินใจและแสดงความคิดเห็นออกมาว่า ปัญหาที่แท้จริงของผู้รับคำปรึกษาคืออะไร และพยายามหาวิธีการแก้ปัญหานั้น

1.4 การพยากรณ์ คือการคาดการณ์ล่วงหน้า หรือทำนายผลที่จะเกิดขึ้นจากการให้คำปรึกษา

1.5 การให้คำปรึกษา คือกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาร่วมกันหาทางลด หรือขจัดปัญหาของผู้รับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้นำ ชักจูง โน้มน้าว หรืออธิบายถึงวิธีการในการแก้ปัญหา

1.6 การติดตามผล เป็นการรวบรวมผลของการให้ความช่วยเหลือ ภายหลังจากการให้คำปรึกษายุติลง ช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาได้ทราบถึงผลของการให้คำปรึกษาว่ามีประสิทธิภาพเพียงใด

2. การให้คำปรึกษาแบบไม่นำทาง เป็นการให้คำปรึกษาโดยยึดผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นแนวคิดของโรเจอร์ส ที่เชื่อว่าปัญหาของมนุษย์สัมพันธ์กันทั้งหมดกับตัวบุคคล ดังนั้น ความสนใจของผู้ให้คำปรึกษาจึงควรมุ่งไปถึงตัวบุคคลทั้งหมด มิใช่มุ่งเพียงแต่ปัญหาส่วนใดส่วนหนึ่ง สัมพันธภาพในการให้คำปรึกษาที่อบอุ่นจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นวิธีการในการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ขั้นตอนในการให้คำปรึกษามีดังนี้

2.1 ผู้รับคำปรึกษาอธิบายถึงสถานการณ์ที่ต้องการจะได้รับความช่วยเหลือ

2.2 ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้เกิดการแสดงอย่างเสรีในด้านความรู้สึกที่เกี่ยวกับปัญหารวมทั้งยอมรับ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึกในทางลบเหล่านั้น โดยไม่โต้ตอบเกี่ยวกับความถูกต้อง หรือความผิดในสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาได้พูดออกมา

2.3 เมื่อผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึกในทางลบอย่างเต็มที่ สิ่งที่จะตามมา คือ การเกิดความรู้สึก ทศนคติในด้านบวกขึ้นมา ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องให้การยอมรับความรู้สึกในด้านบวกที่ผู้รับคำปรึกษาแสดงออกมา

2.4 ผู้รับคำปรึกษาจะเริ่มด้วยตัวของเขาเองในการกระทำทางบวก ผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทเพียงแต่การยอมรับและกระตุ้นเท่านั้น

2.5 ผู้รับคำปรึกษามีการพัฒนาการหยั่งเห็นต่อไป การสะสมความเข้าใจต่างๆ และการแสดงออกในทางบวกจะสมบูรณ์ขึ้น

2.6 ความรู้สึกในการที่จะต้องพึ่งคนอื่น หรือความต้องการความช่วยเหลือลดลง

3. การให้คำปรึกษาแบบผสม เป็นการให้คำปรึกษาโดยนำวิธีการให้คำปรึกษาแบบนำทาง และแบบไม่นำทางมารวมกัน แล้วปรับปรุงใช้กับสถานการณ์ต่างๆ ให้เหมาะสมกับบุคคลที่ต่างกันและลักษณะของปัญหา

กระบวนการของการให้ปรึกษาแบบผสม มีดังนี้

ผู้ให้ปรึกษาจะใช้วิธีให้คำปรึกษาแบบนำทางและไม่นำทาง เช่น ใช้แบบไม่นำทางในช่วงแรก เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้เล่าถึงเรื่องราวของตนเอง เมื่อผู้รับบริการต้องการข้อเสนอแนะ หรือต้องการให้ผู้ให้คำปรึกษาร่วมคิดวางโครงการในการตัดสินใจเลือกแนวทางเพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหา ก็จะต้องใช้วิธีให้คำปรึกษาแบบไม่นำทางเข้ามาร่วม แต่ตามปรัชญาแล้วจะต้องยึดหลักของการส่งเสริมให้ผู้รับบริการคิดวางโครงการแก้ปัญหาด้วยตนเอง

ขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบผสม

1. ผู้รับบริการระบายความรู้สึกและพยายามทำความเข้าใจความรู้สึกของตน
2. ผู้ให้คำปรึกษา และผู้รับบริการร่วมกันพิจารณาปัญหา และปรึกษากันถึงทัศนคติที่ไม่เหมาะสมของผู้รับบริการ
3. ทั้งผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับบริการต่างเสนอวิธีการแก้ปัญหา เพื่อให้ผู้รับบริการพิจารณาเลือกเองว่าจะแก้ปัญหาคด้วยวิธีใดจึงจะได้ผล
4. กำหนดวิธีการบางอย่างเพื่อให้ผู้รับบริการนำไปปฏิบัติ
5. อภิปรายเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงวิธีการที่จะเผชิญกับปัญหาที่ผู้รับบริการกำลังประสบอยู่

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เป็นกระบวนการที่บุคคลซึ่งมีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงตนเอง หรือแก้ไขปัญหานี้ร่วมกันมาปรึกษาหารือกันเป็นกลุ่ม โดยมีผู้ให้คำปรึกษาอยู่ด้วย สมาชิกกลุ่มมีโอกาสได้แสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็นของแต่ละคน เป็นการได้ระบายความรู้สึกขัดแย้งภายในใจ ได้สำรวจตนเอง ได้ฝึกการยอมรับตนเอง กล่าวที่จะเผชิญปัญหา และได้ใช้ความคิดในการที่จะแก้ปัญหาคหรือปรับปรุงตนเอง รวมทั้งได้รับฟังความรู้สึกความคิดเห็นของผู้อื่น ได้ตระหนักว่าผู้อื่นก็มีความรู้สึกขัดแย้ง หรือมีปัญหาเช่นเดียวกับตน และมีผู้ให้คำปรึกษาที่ยอมรับและเข้าใจตน การใช้วิธีนี้จะเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนได้เสนอแนะความคิดเห็นต่างๆ ซึ่งจะทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความภาคภูมิใจที่ตนสามารถให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์แก่กลุ่มได้

บทบาทและทักษะของผู้ให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม จะมีประสิทธิภาพต่อเมื่อผู้ให้คำปรึกษามีความสามารถในการใช้กลวิธีและทักษะในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และผู้รับบริการสามารถปฏิบัติตามบทบาทและหน้าที่ของตนในกลุ่มได้เป็นอย่างดี ซึ่งบทบาทและทักษะของผู้ให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนี้

1. การฟังและสังเกตพฤติกรรม ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความเข้าใจผู้รับบริการแต่ละคนอย่างถ่องแท้ โดยสังเกตจากปฏิกิริยาและการสื่อสารภายในกลุ่ม
 2. การตรวจสอบความเข้าใจของผู้ให้คำปรึกษา เป็นการแสดงว่าผู้ให้คำปรึกษาต้องการที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้รับบริการอย่างถูกต้อง โดยถามกลับไปว่าที่ตนเข้าใจนั้นถูกต้องหรือไม่
 3. การให้ข้อมูลป้อนกลับ ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลป้อนกลับแก่สมาชิกกลุ่มในลักษณะบรรยายพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจสัมพันธภาพระหว่างกันและมีทักษะทางสังคมดีขึ้น
 4. การเชื่อมโยงการสื่อสาร ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีทักษะในการเชื่อมโยงเรื่องที่พูดกันหรือประเด็นต่างๆภายในกลุ่ม
 5. การถามนำไปสู่ประเด็น เป็นการช่วยให้ผู้รับบริการเพิ่มความสนใจสู่ประเด็นต่างๆ และที่มาของความรู้สึกต่างๆ
 6. การพูดแบบเผชิญหน้า เป็นการที่ให้ผู้ให้คำปรึกษาแสดงความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องกับผู้รับบริการ หรือชี้ให้ผู้รับบริการตระหนักหรือยอมรับในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง
 7. การประเมินกระบวนการภายในกลุ่ม ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องสังเกตความเป็นไปภายในกลุ่มและวิจารณ์ให้กลุ่มฟัง
 8. การสรุป ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องรับฟังและสังเกตการโต้ตอบสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม และสรุปเพื่อนำไปสู่ความสัมพันธ์ในขั้นที่ลึกซึ้งขึ้น หรือเมื่อกลุ่มอภิปรายจบประเด็นแล้วผู้ให้คำปรึกษาอาจจะสรุปแต่ละประเด็นนั้น หรือเมื่อเกิดความขัดแย้งในความคิดเห็นผู้ให้ปรึกษาจะสรุปประเด็นที่ขัดแย้งกันนั้นเพื่อให้กลุ่มดำเนินต่อไป
- จะเห็นได้ว่า การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการที่ผู้รับคำปรึกษาได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น และความต้องการที่แท้จริง รวมทั้งสามารถปรับปรุง และแก้ไขปัญหาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมั่นใจ

แนวคิดของการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านเป็นเครื่องมือสำคัญของพยาบาลในการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ซึ่งต้องอาศัยความชำนาญทางคลินิก ผสมผสานกับทักษะทางการบริหารจัดการและทักษะทางสังคม เพื่อจัดบริการให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้บริการ ภายใต้สิ่งแวดล้อมของครอบครัว พยาบาลเป็นเสมือนแขกผู้มาเยือน (guest) ของผู้รับบริการและครอบครัว การเยี่ยมครั้งแรกอาจจะสร้างความยุ่งยากให้กับพยาบาลบ้าง แต่พยาบาลสามารถแก้ไขได้ด้วยการสร้างสัมพันธภาพ และดำเนินการอย่างมีขั้นตอนที่เหมาะสม (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ศรีตรง , 2544)

การเยี่ยมบ้านเป็นบริการเชิงรุก (pro-active service) เป็นบริการที่พยาบาลจะต้องสำรวจประเมิน และสรุปความต้องการการดูแลสุขภาพที่แท้จริงของผู้รับบริการ เพื่อให้บริการป้องกันแก้ไขปัญหาสุขภาพ ป้องกันการป่วยซ้ำด้วยโรคเดิม และแก้ไขปัญหาคืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ บริการทั้งผู้รับบริการรายเก่าซึ่งดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล และรายใหม่ซึ่งสำรวจพบในชุมชน

การเยี่ยมบ้านเป็นบริการไม่บังคับ (non-coercive service) เป็นบริการต้องอาศัยการมีส่วนร่วม และการตัดสินใจด้วยตนเองของผู้บริการและครอบครัว เน้นการเคารพสิทธิส่วนบุคคล และความรับผิดชอบตนเองของผู้บริการ

หลักการดำเนินงาน

การเยี่ยมบ้านเป็นบริการที่สามารถจัดบริการให้แก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึง โดยอาศัยหลักการดำเนินงานดังนี้

1. สนับสนุนสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้รับบริการ และพยาบาล หรือทีมสุขภาพ
2. ส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อให้ผู้รับบริการปฏิบัติได้สำเร็จตามเป้าหมาย
3. มีเป้าหมายการบริการ อาจจะมีหลายเป้าหมาย รวมทั้งเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว
4. สามารถยืดหยุ่นได้ ทั้งความถี่ และช่วงเวลาการบริการ และสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ
5. พยาบาลเยี่ยมบ้านควรได้รับการฝึกอบรมเป็นอย่างดีแล้ว (well-trained staff)
6. ผลของการเยี่ยมบ้านควรเน้นที่ผลลัพธ์ของผู้รับบริการ ความคุ้มทุนและ

กระบวนการบริการที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านเป็นบริการที่พยาบาลได้ดำเนินงานมาเป็นเวลานานแล้ว ปัจจุบันมีบริการเพิ่มมากขึ้น มีบริการเพื่อติดตาม ให้บริการที่ต่อเนื่องในกลุ่มผู้รับบริการที่เสี่ยงและมีปัญหาสุขภาพ การเยี่ยมบ้านมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อให้บริการรักษาพยาบาลแก่บุคคลและครอบครัว
2. เพื่อติดตามผลรักษาพยาบาลหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายโรงพยาบาล
3. เพื่อให้การบริการแก่ผู้ป่วยโรคติดต่อ และให้ความรู้แก่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
4. เพื่อให้บริการสุขภาพต่อเนื่องในกรณีที่เป็นผู้รับบริการซึ่งรับการส่งต่อมาจาก

หน่วยงานอื่น หรือทีมสุขภาพในงานบริการสุขภาพที่บ้าน

5. เพื่อค้นหาผู้รับบริการในชุมชน ซึ่งไม่สามารถเข้าถึงบริการของหน่วยงานได้
6. เพื่อส่งเสริมศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคลและครอบครัว
7. เพื่อประเมินสิ่งแวดล้อมทางสังคมของผู้รับบริการและครอบครัว ในกลุ่มผู้มีปัญหา

ทางเศรษฐกิจ และประสานงานกับหน่วยอื่นเพื่อให้การช่วยเหลือ

การวางแผนการเยี่ยม จากการศึกษาข้อมูลต่างๆ แล้วพยาบาลควรได้กำหนดแผนการเยี่ยมแต่ละครั้ง เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ โดยการนำวัตถุประสงค์ที่ได้จัดลำดับไว้แล้วมาเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรม และการจัดเตรียมอุปกรณ์ให้เหมาะสมกับการเยี่ยมครั้งนั้นๆ กระบวนการดำเนินงาน

หลังจากวางแผนให้บริการแก่ผู้รับบริการแล้ว พยาบาลควรดำเนินงานเยี่ยมบ้านอย่างมีขั้นตอน โดยการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ และครอบครัว พยาบาลเป็นผู้ริเริ่ม ดำเนินการ ดำรงไว้ซึ่งกิจกรรมที่ปฏิบัติร่วมกันจนสิ้นสุดการเยี่ยม ตลอดจนสรรคและสิ่งที่จะขัดขวางการเยี่ยมบ้าน ความมีขั้นตอนดังนี้

1. การติดต่อ (contacting phase) เป็นขั้นตอนที่พยาบาลติดต่อกับครอบครัว เพื่อเข้าเยี่ยมผู้รับบริการ และแจ้งวัตถุประสงค์การเยี่ยม การติดต่อสามารถดำเนินการได้โดยการ โทรศัพท์ ติดต่อล่วงหน้าหรือแจ้งขออนุญาตเข้าเยี่ยมเมื่อเดินทางมาถึงบ้านแล้ว การติดต่อขอเยี่ยมอาจจะไม่ประสบผลสำเร็จก็ได้ เพราะผู้รับบริการอาจไม่พร้อมที่จะต้อนรับ

2. การสร้างสัมพันธภาพ (going to see phase) พยาบาล ผู้รับบริการ และครอบครัว แนะนำตนเองต่อกัน แจ้งวัตถุประสงค์การเยี่ยม สร้างสัมพันธภาพ สร้างไว้วางใจแก่ครอบครัวและดำรงสัมพันธภาพที่ดี ในขั้นตอนนี้เป็นการสร้างสัมพันธภาพทั้งในระดับชุมชน ครอบครัวและบุคคล ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลดำเนินการเยี่ยมและปฏิบัติการพยาบาลประสบความสำเร็จ

3. การเข้าถึงครอบครัว (entry phase) เมื่อผู้รับบริการและครอบครัวให้ความไว้วางใจกันมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน พยาบาลก็สามารถเริ่มเก็บข้อมูล ครอบครัวอนุญาตให้พยาบาลถามข้อมูล หรือศึกษาครอบครัวได้อย่างละเอียด การเข้าถึงครอบครัวสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเด็น การเข้าถึงครอบครัวในกระบวนการเยี่ยมบ้านธรรมดา และการเข้าถึงสถานการณ์ชีวิตของครอบครัว เหตุการณ์เฉพาะบางอย่างของครอบครัวจะไม่เปิดเผยให้พยาบาลทราบ หากครอบครัวไม่ไว้วางใจพยาบาล พยาบาลจะได้รับคำตอบจากคำถามที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ชีวิตของครอบครัว ซึ่งจะนำไปสู่แนวทางการแก้ไขปัญหาของครอบครัว

4. การดำเนินการเยี่ยม (seeing phase) พยาบาลเข้าเยี่ยมครอบครัว สังเกตสถานการณ์ของครอบครัว และปฏิบัติการพยาบาล จัดทำแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับครอบครัว พยาบาลผู้รับการส่งต่อมาก็ต้องปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริงของครอบครัว ช่วยให้

ครอบครัวเข้าใจสถานการณ์ สนับสนุนการปรับตัวของสมาชิก ยอมรับและจัดการกับปัญหาต่างๆ ของครอบครัวได้ ส่งเสริมศักยภาพและความสามารถในการดำเนินชีวิตครอบครัวที่มีคุณภาพ

กิจกรรมการเชื่อมในขั้นตอนนี้ ได้แก่ การประเมินผู้รับบริการและครอบครัว ทบทวน ปัญหาของผู้รับบริการและครอบครัวร่วมกัน จัดทำแผนการพยาบาลหรือปรับปรุงแผนในกรณีที่มีการส่งต่อ การเชื่อมที่ต่อเนื่องจากครั้งก่อน กำหนดแผนและกำหนดการเชื่อม พยาบาลปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลตามปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว ทบทวนคำแนะนำ อย่างเหมาะสม จัดหาเอกสารคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นเอกสารเฉพาะเรื่องซึ่งตรงกับ ความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว

5. ขั้นตอนสุดท้ายการเชื่อม (terminal phase) พยาบาลทบทวนคำแนะนำ และกิจกรรมการดูแลซึ่งครอบครัวต้องปฏิบัติเองก่อนสิ้นสุดการเชื่อม ปรับแผนการดูแลกำหนดการเชื่อม และนัดหมายการเชื่อมครั้งต่อไป เป็นการปรึกษาหารือและตกลงร่วมกัน การกำหนดแผนการดูแลครอบครัว ให้เหมาะสมที่สุด รายละเอียดที่จะติดต่อกลับไปยังพยาบาลในกรณีที่ครอบครัวมีปัญหาหรือ ต้องการเชื่อมนอกเหนือจากแผนที่กำหนดไว้

6. การแสวงหาความช่วยเหลือ (telling phase) ขั้นตอนนี้เป็นการพัฒนาความ รับผิดชอบของพยาบาล ในการแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหของครอบครัว และความ ต้องการทางสังคม หลังจากเสร็จการเชื่อมแล้ว พยาบาลควรสรุปความสามารถของผู้รับบริการ ผู้ดูแล และครอบครัว โดยการจัดทำรายงานของครอบครัว และนำปัญหาของครอบครัวซึ่งพยาบาลไม่ สามารถแก้ไขเองได้ไปปรึกษาหารือกับทีมสุขภาพสาขาอื่น เพื่อขอความช่วยเหลือต่อไป

จะเห็นได้ว่า การเชื่อมบ้านเป็นกระบวนการติดตาม ประเมินผลการนำความรู้สู่การ ปฏิบัติในสถานการณ์จริงที่บ้าน ซึ่งน่าจะเป็นกลวิธีที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก

การส่งต่อ

การส่งต่อ จัดเป็นบริการพื้นฐานของการบริการพยาบาลที่บ้าน ซึ่งจัดโดยทีมสุขภาพ เป็นแนวคิดที่เป็นพลวัตรเกี่ยวกับ การสื่อสาร การประสานงาน และความร่วมมือของทีมสุขภาพและ หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง การส่งต่อเป็นกิจกรรมหนึ่งซึ่งดำเนินการต่อจากการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ได้รับบริการที่สมบูรณ์แบบต่อเนื่อง และได้ใช้ประโยชน์ จากแหล่งทรัพยากรในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลจะต้องมีความรู้และประสบการณ์ในการ ส่งต่อ ซึ่งได้แก่ความรู้เกี่ยวกับแหล่งบริการสุขภาพและกิจกรรมบริการของสถาบันเหล่านั้น ความสามารถในการแก้ปัญหา และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ติดต่อประสานงานและ ร่วมงานกับหน่วยงานในชุมชน และความสามารถทางการพยาบาลในการบริการอย่างสมบูรณ์แบบ

และต่อเนื่องแก่ผู้รับบริการ แหล่งทรัพยากรในชุมชน หมายถึง หน่วยงาน หรือสถาบันบริการ สุขภาพ กลุ่มบุคคล หรือบุคคลซึ่งสามารถจะช่วยเหลือผู้รับบริการได้ทรัพยากรเหล่านี้จะให้บริการ เพียงอย่างเดียว หรือหลายอย่างก็ได้ แหล่งทรัพยากรสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม (สุภาณี อ่อนชื่น จิตร และฤทัยพร ศรีตรง, 2544)

1. แหล่งทรัพยากรที่จัดขึ้นอย่างเป็นทางการ (formal resources) เป็นหน่วยงานที่ จัดบริการสุขภาพโดยตรง และจัดบริการอย่างเป็นระบบ เช่น โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์บริการ สาธารณสุขของสำนักงานเทศบาล เป็นต้น

2. แหล่งทรัพยากรที่จัดขึ้นอย่างไม่เป็นทางการ (informal resources) เป็นหน่วยงานที่ จัดบริการช่วยเหลือ แต่ไม่มีวัตถุประสงค์ในการให้บริการสุขภาพโดยตรงอย่างชัดเจน เช่น กลุ่ม เพื่อนช่วยเพื่อน จัดตั้งขึ้นเพื่อให้ช่วยเหลือเพื่อนในวัยเดียวกันที่มีปัญหา สโมสรต่างๆ ซึ่งให้การ ช่วยเหลือสมาชิกกันเองมากกว่าการให้บริการสุขภาพ เป็นต้น

การส่งต่อเป็นกิจกรรมที่จัดดำเนินการอย่างมีระบบ มีการเก็บข้อมูลของผู้รับบริการไว้ อย่างเป็นระบบ และเป็นความลับ การส่งต่อสามารถกระทำได้ 2 ลักษณะ คือ

1. การส่งต่อภายในหน่วยงาน เป็นการส่งต่อจากหน่วยงานย่อยหนึ่งไปยังอีกหน่วยงาน ย่อยหนึ่ง เพื่อปรึกษาหารือ หรือการตรวจรักษาจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง หรือในกรณีที่มีปัญหาด้าน การเงิน ก็ส่งต่อไปยังหน่วยสังคมสงเคราะห์

2. การส่งต่อระหว่างหน่วยงาน เป็นการส่งต่อจากหน่วยงานหนึ่งไปยังอีกหน่วยงาน หนึ่ง เพื่อขอรับบริการสนับสนุนการแก้ไขปัญหาสุขภาพ หรือขอรับบริการเพื่อแก้ไขปัญหาอื่น ขึ้นตอนการส่งต่อ

การส่งต่อมีกระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ประเมินความต้องการ ในขั้นตอนนี้ประเมินความต้องการของผู้รับบริการเสนอ ข้อมูลเพื่อเป็นทางเลือกให้แก่ผู้รับบริการในการกำหนดความต้องการส่งต่อ พร้อมทั้งข้อมูล รายละเอียดให้แก่ผู้รับบริการเกี่ยวกับแหล่งทรัพยากรในชุมชน เพื่อพิจารณาตัดสินใจเลือกกำหนด ความต้องการ และจัดลำดับความต้องการผู้รับบริการ และครอบครัวต้องพิจารณาเลือกวิธีที่ดีที่สุด

2. กำหนดวัตถุประสงค์ เป็นการกำหนดสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการให้เกิดผลสำเร็จ และ มีความเป็นไปได้ วัตถุประสงค์ควรกำหนดเฉพาะเจาะจง มีความเป็นไปได้ภายในเวลาที่กำหนด ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อหน่วยงาน สนองตอบความต้องการได้ในระยะเวลานั้นๆ

3. สสำรวจทรัพยากรที่มีในชุมชน การสำรวจแหล่งทรัพยากรช่วยในการนำเสนอข้อมูล รายละเอียดกิจกรรมบริการแก่ผู้รับบริการและครอบครัว เพื่อตัดสินใจเลือกแนวทางในการส่งต่อได้เหมาะสมกับความต้องการ ในแง่ของการประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย การเดินทางสะดวก

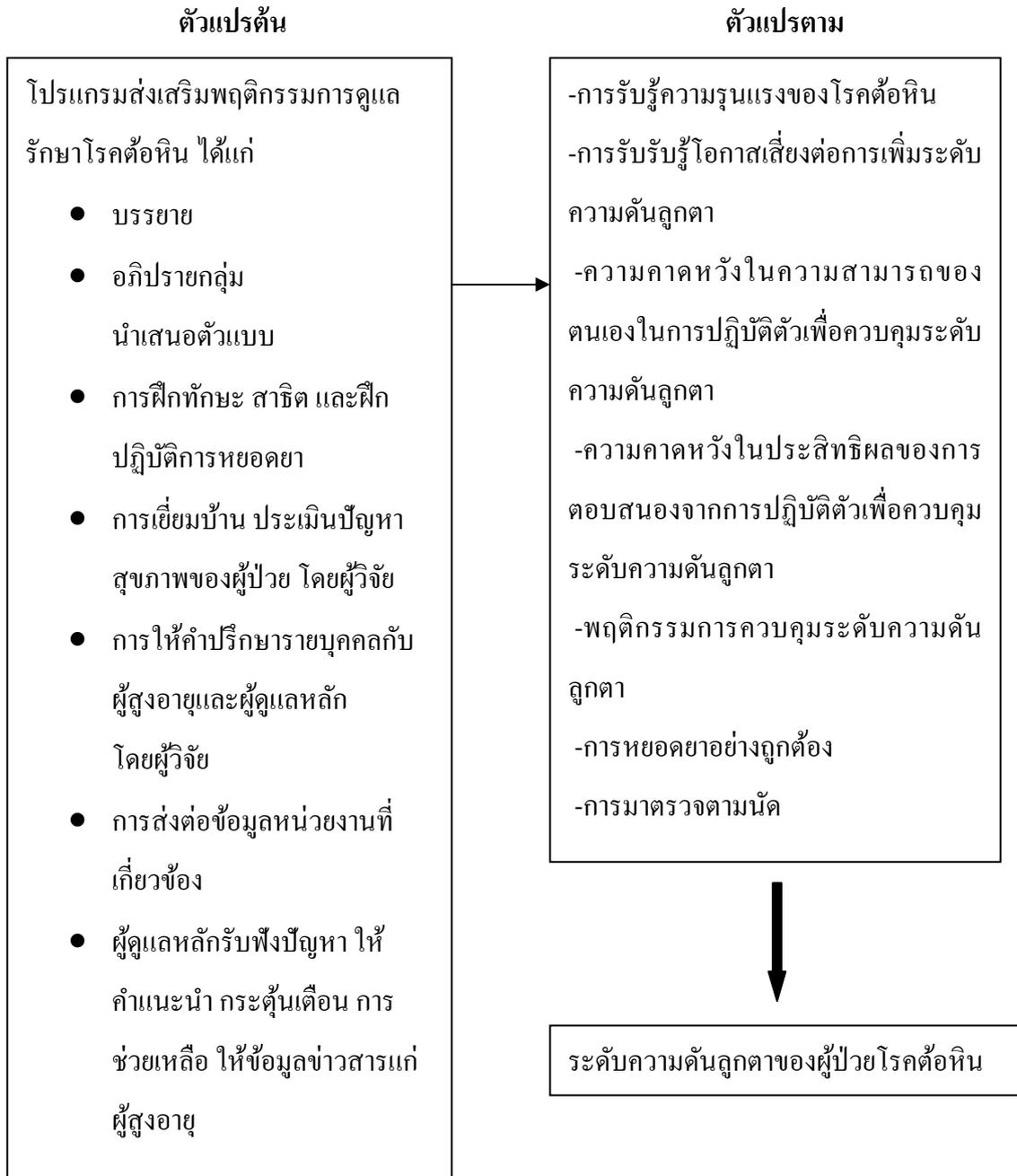
4. ผู้รับบริการ และครอบครัวตัดสินใจใช้บริการส่งต่อ หลังจากการประเมินความต้องการปัญหาสุขภาพและปัญหาอื่นๆ ของผู้รับบริการและครอบครัว แหล่งทรัพยากรและกิจกรรมบริการแล้ว การส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลจะต้องได้รับการยอมรับจากผู้รับบริการและครอบครัว

5. ดำเนินการส่งต่อ ภายหลังจากผู้รับบริการและครอบครัวตัดสินใจรับบริการส่งต่อแล้ว พยาบาลติดต่อแจ้งหน่วยงานผู้รับบริการส่งต่อ หากเป็นไปได้ควรจกรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อหน่วยงานบุคคลที่จะไปติดต่อ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ เพื่อป้องกันการหลงลืมได้

6. ประเมินผลการส่งต่อ เมื่อกระบวนการส่งต่อดำเนินไปแล้ว พยาบาลผู้ส่งต่อ ควรรีบประเมินและติดตามผลการส่งต่อ เพื่อประเมินว่าปัญหาสุขภาพได้รับการแก้ไขหรือไม่ ผู้รับบริการและครอบครัว ได้รับการตอบสนองความต้องการ บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ความเพียงพอของบริการ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การจัดโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพโรคต่อหิน เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต โดย การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคซึ่งทำให้ทราบว่าเมื่อบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายที่จะเกิด มีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะตอบสนองจากการกระทำของตนเอง และตนเองสามารถที่จะทำสิ่งนั้นได้ ซึ่งทำให้มีความตั้งใจที่จะกระทำ ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้อง จากงานวิจัยที่ผ่านมาการประยุกต์ทฤษฎีใช้ได้ผลดีกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้สูงอายุโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง จำเป็นต้องร่วมมือในการรักษาซึ่งต้องใช้ระยะเวลายาวนาน จึงจำเป็นต้องส่งเสริมพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งผู้วิจัยสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพโรคต่อหิน โดยเลือกทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุโรคต่อหิน โดยจัดโปรแกรมให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุประกอบด้วย บรรยาย อภิปรายกลุ่ม นำเสนอตัวแบบ การฝึกทักษะ สาธิตการหยอดยา การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษารายบุคคล และอีกทั้งมีงานวิจัยที่ให้ความสำคัญกับการนำผู้ดูแลมีส่วนร่วม ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้สูงอายุเป็นการปรับกลยุทธ์ ใช้ครอบครัวมาสนับสนุน ให้กำลังใจและรับฟังปัญหาของผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และป้องกันการสูญเสียการมองเห็น

2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 2.3 กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้นำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาโรคต่อหิน ในผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดย กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการของหน่วยงาน มีรูปแบบการวิจัยดังนี้



โดยกำหนดให้

O_1 = การเก็บข้อมูลก่อนได้รับโปรแกรมโดยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคต่อหิน แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัว ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการหยอดยา การมาตรวจตามนัด และแบบประเมินวิธีการหยอดตา การช่วยเหลือของผู้ดูแลหลัก ของกลุ่มทดลอง และวัดระดับความดันลูกตา

- X_1 = เข้าโปรแกรม โดย มีกิจกรรมบรรยายเกี่ยวกับโรคต่อหินใช้สไลด์ อภิปรายกลุ่ม นำเสนอตัวแบบ สาธิตและฝึกทักษะการหยอดยา ใช้เวลา 90 นาที
- X_2 = การเยี่ยมบ้าน ทบทวนความรู้ ให้คำปรึกษา ส่งต่อข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประเมินพฤติกรรมการหยอดยา ใช้เวลา 90 นาที
- X_3 = ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคทางตาสำหรับผู้ป่วยและญาติรายกลุ่ม ด้วยสื่อสไลด์ของหน่วยงาน ใช้เวลา 30 นาที
- O_2 = การเก็บข้อมูลหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคต่อหิน แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัว ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวพฤติกรรมการหยอดยา การมาตรวจตามนัด และแบบประเมินวิธีการหยอดตา การช่วยเหลือของผู้ดูแลหลัก ของกลุ่มทดลอง และวัดระดับความดันลูกตา
- O_3 = การเก็บข้อมูลก่อนได้รับโปรแกรม โดยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคต่อหิน แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัว ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวพฤติกรรมการหยอดยา การมาตรวจตามนัด และแบบประเมินวิธีการหยอดตา การช่วยเหลือของผู้ดูแลหลัก ของกลุ่มควบคุม และวัดระดับความดันลูกตา
- O_4 = การเก็บข้อมูลหลังได้รับบริการของหน่วยงาน โดยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคต่อหิน แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัว ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวพฤติกรรมการหยอดยา การมาตรวจตามนัด และแบบประเมินวิธีการหยอดตา การช่วยเหลือของผู้ดูแลหลัก ของกลุ่มทดลอง และวัดระดับความดันลูกตา

3.2 ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ศึกษาคั้งนี้ คือผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินมุมเปิด ชนิดปฐมภูมิ ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกจักษุผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนกันยายน 2555 ถึง เดือนธันวาคม 2555 โดยผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของประชากร มีดังนี้

1) เกณฑ์ในการคัดเข้า

- 1.1) ได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ว่าเป็นต้อหินเปิด ชนิดปฐมภูมิ
- 1.2) อายุระหว่าง 60-80 ปี
- 1.3) ระดับสายตาข้างที่ตีที่สุดหลังแก้ไขด้วยแว่นแล้วไม่ต่ำกว่า 3/60
- 1.4) มีระดับความดันลูกตาไม่เกินกว่า 30 มม.ปรอท
- 1.5) มีผู้ดูแลหลัก 1 คน
- 1.6) ไม่มีโรคแทรกซ้อน เช่น ตาบอดทั้งสองข้าง ไม่มีหูตึง การรับรู้และสติสัมปชัญญะดี ไม่มีประวัติของโรคจิต โรคประสาท
- 1.7) สามารถอ่านและฟังภาษาไทยได้
- 1.8) สม่ครใจเข้าร่วมทำวิจัย
- 1.9) อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพและปริมณฑล

2) เกณฑ์ในการคัดออก

- 2.1) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม เช่น ย้ายถิ่นหรือที่อยู่อาศัยในระยะที่ศึกษาวิจัย
- 2.2) ได้รับการเปลี่ยนแปลงการรักษาจากเดิม เช่น การเปลี่ยนยา เพิ่มยา การผ่าตัด เลเซอร์

3.3 ขนาดตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณการวิจัยแบบทดลอง หรือกึ่งทดลองสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันสำหรับการทดสอบแบบทางเดียว (อรุณ จิรวัดณ์กุล ,2550) เนื่องจากเป็นสูตรที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งจะทำให้ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม ดังนี้

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{2\sigma^2 (Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

แทนค่าในสูตรจากการศึกษาของ ขนิษฐา คุณสว่าง (2544) พบว่า ก่อนทดลองผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองเท่ากับ 65.80 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.64 หลังการ

ทดลองผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 78.59 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.43 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้วย paired t-test พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินปฐมภูมิมุมเปิดเท่ากับ 12.79 เนื่องจากการศึกษาในกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกัน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาในประชากร 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งหลังการทดลองคาดว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างของค่าเฉลี่ยในพฤติกรรมการป้องกันการสูญเสียการมองเห็นจากโรคต่อหิน เท่ากับ 20

แทนค่าสูตร

- Z_{α} = กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % ดังนั้น
- Z_{β} = กำหนดอำนาจในการทดสอบ 99 % ความแม่นยำ
- $\mu_1 - \mu_2$ = ผลต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินปฐมภูมิมุมเปิด=20
- α_p = ความแปรปรวนที่นำมาใช้ คือค่าความแปรปรวนร่วม(pool variance)ซึ่งต้องเป็นตามข้อตกลงของการคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ความแปรปรวนของประชากรเท่ากัน ดังนั้นการคำนวณค่าความแปรปรวนร่วมของพฤติกรรมการดูแลตนเอง(อรุณ จิรวัดน์กุล ,2547)

$$S_p^2 = \frac{(n_1 - 1) S_1^2 + (n_2 - 1) S_2^2}{(n_1 + n_2) - 2}$$

S_1 = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเอง=5.64

S_2 = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเอง=2.43

n_1 = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 26 คน

n_2 = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 25 คน

แทนค่าสูตร

$$S_p^2 = \frac{(26-1)(5.64)^2 + (25-1)(2.43)^2}{(26+25)-2}$$

$$S_p = 19.12$$

นำค่าที่ได้จากการคำนวณหาค่า pool variance และค่าผลต่างของค่าเฉลี่ย แทนค่า ดังนี้

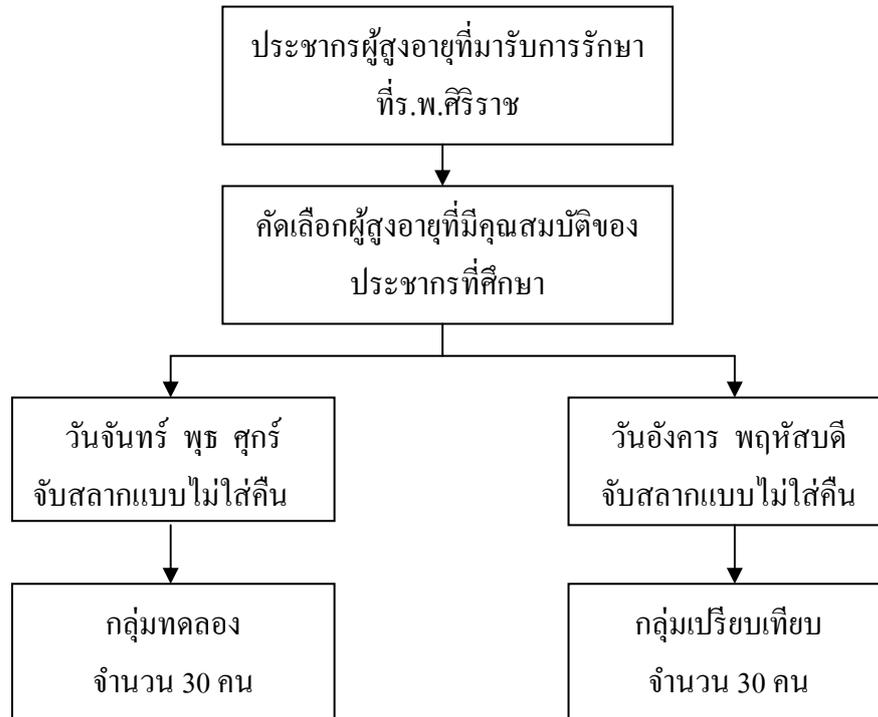
$$\begin{aligned} n/\text{กลุ่ม} &= \frac{2(19.12)^2(1.65+2.33)^2}{(20)^2} \\ &= 28.95 \end{aligned}$$

ประมาณ 29 คนต่อกลุ่ม

จากการคำนวณจะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนต่อกลุ่ม ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุต้อหิน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

3.4 วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกผู้สูงอายุโรคต้อหินชนิดเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกจักษุ โรงพยาบาลศิริราช ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดลักษณะประชากร โดยศึกษาจากแฟ้มเวชระเบียนของผู้สูงอายุที่มาตรวจตามนัดในวันจันทร์-ศุกร์ จากนั้นนำมาสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ และสุ่มกลุ่มเปรียบเทียบในวันอังคาร พฤหัสบดี ด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน ไปจนครบจำนวน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุต้อหิน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ตามแผนภูมิที่ 3.1



แผนภาพที่ 3.1 การสุ่มตัวอย่างประชากรที่ศึกษา

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

- 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาโรคต่อหิน
- 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรม ประกอบด้วย

1.1) สื่อสไลด์ ประกอบด้วย ความรู้ของโรคต่อหิน และการปฏิบัติตัว สำหรับผู้ป่วยโรคต่อหิน สไลด์ประกอบเสียงเสนอตัวแบบด้านบวกเป็นผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และตัวแบบด้านลบเป็นผู้ป่วยที่สูญเสียการมองเห็น

1.2) เอกสารประกอบด้วย คู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคต่อหิน และการหยอดยาอย่างถูกต้องซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าจากตำราเอกสาร และผลงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคต่อหิน คัดเลือกเนื้อหาที่เหมาะสม และคู่มือโรคต่อหินสำหรับประชาชน

1.3) มีการขอความร่วมมือ และแนะนำโครงการสำหรับผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย โทรศัพทท์แจ้งเตือนผู้ป่วยและญาติ จำนวน 2 ครั้ง โดยภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมแล้ว 2 สัปดาห์

ตารางที่ 3.1 โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการศึกษาโรคคอหิอน เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

ส่วนประกอบ	กระบวนการรับรู้	กิจกรรม (Intervention)
1. ความรุนแรงของโรค	1. รับรู้ความรุนแรงของโรคคอหิอน	1. สื่อสไลด์เกี่ยวกับโรคคอหิอน กลไกการเกิด อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และการหยุดยาอย่างถูกวิธี 2. สรุปบทวนประเด็นที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงของโรคคอหิอน
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	2. รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต	1. สื่อสไลด์ประกอบเสียงเสนอตัวแบบด้านบวก และตัวแบบด้านลบ 2. การให้ผู้สูงอายุร่วมอภิปรายกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์
3. ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง	3. ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต 4. ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต 5. พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต	1. มีการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตนร่วมกัน เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต 2. การสาธิต และฝึกทักษะการหยุดยาของกลุ่มผู้ป่วยโรคคอหิอนอย่างถูกวิธี และทราบอาการข้างเคียงของยา 3. ให้รางวัล ผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการหยุดยาที่ถูกต้อง พร้อมสาธิตให้แก่กลุ่ม 4. การติดตามประเมินผลทักษะการหยุดยาของผู้สูงอายุ การมาตรวจ
การเอื้ออำนวย	1. กระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง	1. การเยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษา 2. การส่งต่อข้อมูล

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่อหิน

2.2) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคต่อหิน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสาร และบทความวิชาการต่างๆที่เกี่ยวข้อง ลักษณะคำถามแบบปรนัยตอบจาก 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ การให้คะแนนและเกณฑ์ตัดสินคะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน ค่าพิสัยที่เป็นไปได้เท่ากับ 0-10 คะแนน ซึ่งในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ตามเกณฑ์การประเมินความรู้จากการเรียนรู้ของบลูม (Bloom,1971) โดยแบ่งได้เป็น

- ระดับสูง หมายถึง ตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคได้ คะแนนคิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป ของคะแนนเต็ม ค่าพิสัยที่เป็นไปได้ เท่ากับ 8-10 คะแนน

- ระดับปานกลาง หมายถึง ตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคได้ คะแนนคิดเป็นร้อยละ 60-79.9 ของคะแนนเต็ม ค่าพิสัยที่เป็นไปได้ เท่ากับ 6-7 คะแนน

- ระดับต่ำ หมายถึง ตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคได้ คะแนนคิดเป็นร้อยละ 0-59.9 ของคะแนนเต็ม ค่าพิสัยที่เป็นไปได้ เท่ากับ 0-5 คะแนน

2.3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการประเมินอันตราย และการประเมินการเผชิญปัญหาซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต จำนวน 20 ข้อ โดยประยุกต์ตามแบบวัดเจตคติของลิเคิร์ต (Likert Scale) ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้มาเป็น 3 สเตจ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกได้ 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ค่าพิสัยที่เป็นไปได้เท่ากับ 0-30 คะแนน โดยให้ผู้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก การให้คะแนนและเกณฑ์ตัดสินคะแนน ดังนี้

ข้อความที่เป็นเจตคติทางบวก (Positive Statement)		ข้อความที่เป็นเจตคติทางลบ (Negative Statement)
เห็นด้วย	ให้ 3 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 2 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 1 คะแนน	ให้ 3 คะแนน

เกณฑ์การประเมิน โดยประยุกต์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) แปลงจากคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหิน การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต

- ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม ค่าพิสัยที่เป็นไปได้ เท่ากับ 24-30 คะแนน

- ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60-79 ของคะแนนเต็ม ค่าพิสัยที่เป็นไปได้ เท่ากับ 18-20 คะแนน

- ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ <60 ของคะแนนเต็ม ค่าพิสัยที่เป็นไปได้ เท่ากับ 0-18 คะแนน

เกณฑ์ระดับความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวป้องกันเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต

- ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม ค่าพิสัยที่เป็นไปได้ เท่ากับ 24-30 คะแนน

- ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60-79 ของคะแนนเต็ม ค่าพิสัยที่เป็นไปได้ เท่ากับ 18-20 คะแนน

- ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ <60 ของคะแนนเต็ม ค่าพิสัยที่เป็นไปได้ เท่ากับ 0-18 คะแนน

2.4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิต และพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิต คือแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรม การหยอดยา

แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมหยอดยา เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมหยอดยา 1 เดือน ย้อนหลังนับจากวันที่สัมภาษณ์ เป็นข้อความถามเกี่ยวกับการหยอดยาตามแผนการรักษาของแพทย์ จำนวน 10 ข้อได้แก่ ขนาด จำนวนครั้ง เวลาที่ในการหยอด ความสม่ำเสมอในการใช้ยา ค่าพิสัยที่เป็นไปได้เท่ากับ 0- 40 คะแนน การให้คะแนนและเกณฑ์ตัดสินคะแนน ผู้วิจัยสร้างแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ดังนี้

ทุกครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมที่กระทำเป็นประจำในรอบ 1 เดือน
เกือบทุกครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมที่กระทำโดยเฉลี่ยเป็นประจำในรอบ 1 เดือนจะ ทำกิจกรรมนั้น
นานๆครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมที่เคยกระทำแต่ไม่เป็นประจำหรือไม่ทำกิจกรรม นั้นเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉลี่ยในรอบ 1 เดือน
ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลยในรอบ 1 เดือน

ข้อความที่เป็นเจตคติทางบวก (Positive Statement)		ข้อความที่เป็นเจตคติทางลบ (Negative Statement)
ทุกครั้ง	ให้ 4 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
เกือบทุกครั้ง	ให้ 3 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
นานๆครั้ง	ให้ 2 คะแนน	ให้ 3 คะแนน
ไม่เคย	ให้ 1 คะแนน	ให้ 4 คะแนน

เกณฑ์การประเมิน โดยประยุกต์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) แปลจากคะแนนพฤติกรรมการหยอดยา ดังนี้

- ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม ค่าพิสัยที่เป็นไปได้ เท่ากับ 32-40 คะแนน
- ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60-79 ของคะแนนเต็ม ค่าพิสัยที่เป็นไปได้เท่ากับ 24-21 คะแนน
- ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ <60 ของคะแนนเต็ม ค่าพิสัยที่เป็นไปได้ เท่ากับ 0-20 คะแนน

แบบบันทึกเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาหยอดตา เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการหยอดตาที่ถูกวิธี โดยผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ การให้คะแนนและเกณฑ์ตัดสินคะแนน หยอดตาถูกต้องได้ 1 คะแนน หยอดตาผิดได้ 0 คะแนน ค่าพิสัยที่เป็นไปได้ เท่ากับ 0-10 คะแนน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ตามเกณฑ์การประเมินความรู้จากการเรียนรู้ ของบลูม(Bloom,1971) โดยแบ่งได้เป็น

- ระดับสูง หมายถึง หยอดยาได้ถูกต้อง คะแนนคิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป ของคะแนนเต็ม ค่าพิสัยที่เป็นไปได้เท่ากับ 8-10 คะแนน

- ระดับปานกลาง หมายถึง หยอดยาได้ถูกต้อง คะแนนคิดเป็นร้อยละ 60-79.9 ของคะแนนเต็ม ค่าพิสัยที่เป็นไปได้เท่ากับ 6-7 คะแนน

- ระดับต่ำ หมายถึงหยอดยาได้ถูกต้อง คะแนนคิดเป็นร้อยละ 0-59.9 ของคะแนนเต็ม ค่าพิสัยที่เป็นไปได้เท่ากับ 0-5 คะแนน

2.5 แบบสัมภาษณ์การช่วยเหลือของผู้ดูแลหลัก ลักษณะคำถามเป็นการวัดการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลหลักในการช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยในแต่ละกิจกรรม จำนวน 10 ข้อ แล้วนำมาประเมินว่าถูกต้องหรือไม่ ซึ่งประกอบด้วย ปริมาณและคุณภาพของการปฏิบัติ ปริมาณความถี่ และการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง มีค่าพิสัยที่เป็นไปได้เท่ากับ 0-20 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ได้รับบ่อยครั้ง	=	2	คะแนน
ได้รับบางครั้ง	=	1	คะแนน
ไม่ได้รับเลย	=	0	คะแนน

เกณฑ์การประเมิน โดยประยุกต์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) แปลจากคะแนน ดังนี้

- ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม ค่าพิสัยที่เป็นไปได้เท่ากับ 16-20 คะแนน

- ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60-79 ของคะแนนเต็ม ค่าพิสัยที่เป็นไปได้เท่ากับ 12-14 คะแนน

- ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ <60 ของคะแนนเต็ม ค่าพิสัยที่เป็นไปได้เท่ากับ 0-10 คะแนน

3.6 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ

1) ศึกษาเนื้อหาวิชาการ เอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

2) กำหนดโครงสร้างและขอบเขตของเนื้อหาที่ศึกษาที่จะศึกษาให้ชัดเจน แล้วจึงออกแบบสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมเรื่องที่ศึกษา

3) ตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และความชัดเจนของภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

4) การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try Out) โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคต่อหีนของโรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 20 คน ในส่วนของแบบสัมภาษณ์ด้านการรับรู้ และความคาดหวัง ได้นำมาตรวจให้คะแนนวิเคราะห์รายข้อ (Item Analysis) แล้วนำผลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) เพื่อปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้มีคุณภาพตามเกณฑ์ ส่วนข้อมูลด้านพฤติกรรมพิจารณาตามความเหมาะสมของพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ความชัดเจนของภาษา

5) การวิเคราะห์ค่าความเที่ยง(Reliability) ของแบบสัมภาษณ์ด้านการรับรู้โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ของความคงที่ภายใน (Coefficient of internal consistency) โดยใช้วิธีของครอนบาช (Chronbach's Alpha Coefficient) พิจารณาค่าที่คำนวณได้จากสัมประสิทธิ์ของครอนบาช อยู่ระหว่าง 0-1 ค่าที่ใกล้ 1 จะมีความเที่ยงสอดคล้องภายในสูง แสดงว่าแบบสัมภาษณ์สามารถวัดเนื้อหาเดียวกัน และวัดได้สอดคล้องกันทุกข้อ ผลจากการวิเคราะห์มีดังนี้

5.1) การประเมินอันตราย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต มีจำนวน 10 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.74

5.2) การประเมินการเผชิญปัญหา ได้แก่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต มีจำนวน 10 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.69

5.3) ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิต และพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิต เกี่ยวกับพฤติกรรมการหยอดยา มีจำนวน 10 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.75

5.4) แบบสัมภาษณ์การช่วยเหลือของผู้ดูแลหลัก มีจำนวน 10 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.82

3.7 การดำเนินการเก็บข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ขอนหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยพบ หัวหน้าภาควิชาจักษุวิทยา หัวหน้างานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก หัวหน้าหน่วยตรวจโรคจักษุ เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 เตรียมแบบสัมภาษณ์ แบบบันทึก และอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัยให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย ที่แผนกจักษุ โรงพยาบาลศิริราช

2. ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

จัดกิจกรรมตามแบบโปรแกรมที่สร้างขึ้นให้แก่กลุ่มทดลองจำนวน 30 คนตามที่กำหนดไว้จากทะเบียนผู้ป่วย แบ่งเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 5-6 คน และผู้วิจัยได้โทรศัพท์แจ้งเตือนกับผู้ป่วยและญาติ 2 ครั้ง หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้งแล้ว 2 สัปดาห์ โปรแกรมประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ขั้นที่ 2 จัดกิจกรรมตามโปรแกรมดังนี้

- สร้างสัมพันธภาพก่อนเริ่มสัมภาษณ์ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างที่จะทำการสัมภาษณ์ทราบ เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ แนะนำตัวเอง และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลทั้งหมดจะเป็นความลับ และไม่มีผลต่อการรักษา รวมทั้งแจ้งระยะเวลาของการจัดกิจกรรมตลอดการวิจัย

- การจัดกิจกรรมเฉพาะผู้ดูแลหลักของกลุ่มทดลอง จำนวนครั้งละ 5-6 คน ใช้เวลาประมาณ 90 นาที ประกอบด้วย บรรยายเกี่ยวกับโรคต้อหิน สาธิตการหยอดยา ถาม-ตอบข้อซักถามเกี่ยวกับโรคต้อหิน และมอบหนังสือคู่มือเรื่องโรคต้อหิน เพื่อนำกลับไปใช้ที่บ้าน

การประเมินผล ผู้วิจัยประเมินผลจากความสามารถในการตอบคำถาม ความสนใจ และการซักถามของผู้ดูแลหลัก และจากแบบสัมภาษณ์การช่วยเหลือของผู้ดูแลหลักที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

3. การจัดกิจกรรมของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เป็นลักษณะของการประชุมกลุ่ม 1 ครั้ง และติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง ซึ่งมีเนื้อหาในแต่ละครั้ง ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 แบ่งผู้สูงอายุเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 5-6 คน ใช้เวลาประมาณ 90 นาที กิจกรรมประกอบด้วย การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การเรียนรู้จากตัวแบบ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ การให้คำปรึกษา และมอบหนังสือคู่มือเรื่องโรคต่อหินโดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

วัตถุประสงค์ คือ ผู้ป่วยสามารถรับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต สร้างความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองกิจกรรมประกอบด้วย

1. ตรวจสอบระดับความดันโลหิต และตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

2. ผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ของกิจกรรม และประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับในการเข้าโปรแกรม

3. คู่มือสไลด์เกี่ยวกับโรคต่อหิน ซึ่งเป็นรูปภาพลักษณะของลูกตา การไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงตา กลไกการเกิดต่อหิน อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และการหยอดยาอย่างถูกวิธี และคู่มือประกอบเสียงเสนอตัวแบบด้านบวกเป็นผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และตัวแบบด้านลบเป็นผู้ป่วยที่สูญเสียการมองเห็น

4. ทบทวนเรื่องโรคต่อหิน โดยการถาม-ตอบ ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้โรคต่อหิน ปัจจัยและสาเหตุของโรค อาการ และภาวะแทรกซ้อน การรักษาควบคุมโรค การควบคุมระดับความดันโลหิต และการปฏิบัติตัว

5. การสาธิต และฝึกทักษะการหยอดตาของกลุ่มผู้ป่วยโรคต่อหินอย่างถูกวิธี และทราบอาการข้างเคียงของยาที่ใช้ และให้รางวัล ผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการหยอดตาที่ถูกต้อง พร้อมสาธิตให้แก่กลุ่ม

6. อภิปรายกลุ่มและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถาม พุดคุยแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ในเรื่อง การรับประทานยา การหยอดยา ผลข้างเคียงของยาที่ใช้ การดูแลตนเอง และการมาตรวจตามนัด

7. กลุ่มตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตนร่วมกัน โดย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองในด้านต่างๆ และปัญหาที่เกิดขึ้น และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันกับสมาชิกในกลุ่ม และการให้คำปรึกษาทางสุขภาพเป็นรายกลุ่ม

8. ถาม-ตอบข้อซักถามเกี่ยวกับโรคต่อหิน และมอบหนังสือคู่มือเกี่ยวกับโรคต่อหินเพื่อนำกลับไปใช้ที่บ้าน

การประเมินผล ผู้วิจัยประเมินผลจากความสามารถในการตอบคำถาม ความสนใจ และการซักถามของผู้ป่วย และจากแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคต่อหีน แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการประเมินอันตราย และการประเมินการเผชิญปัญหา แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการหยอดยา

กิจกรรมครั้งที่ 2 ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหีนแต่ละรายที่เข้าโปรแกรมใช้ เวลาประมาณ 90 นาที กิจกรรมประกอบด้วย การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน และการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย โดยผู้วิจัย

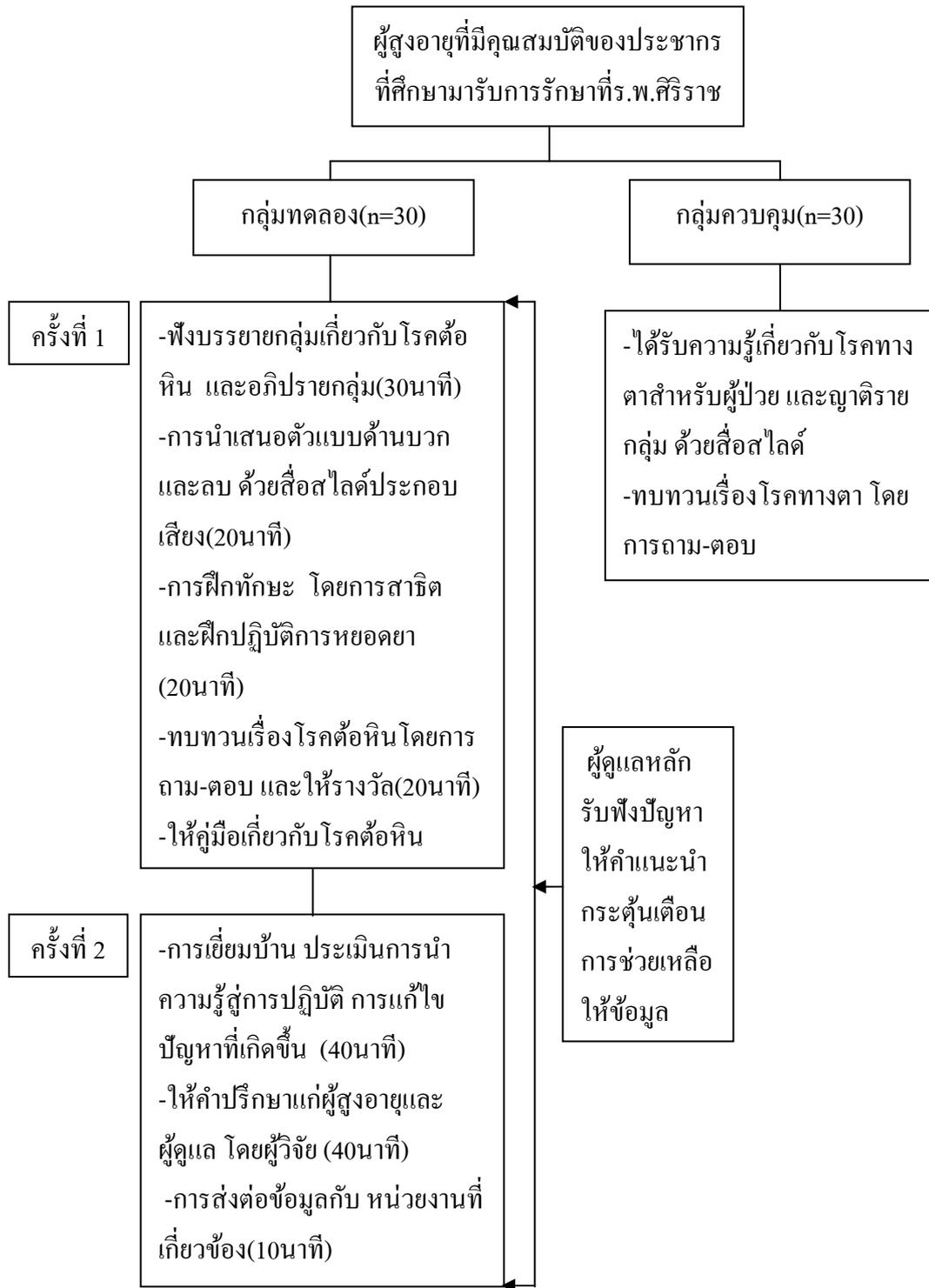
วัตถุประสงค์ คือ เยี่ยมบ้าน ติดตามประเมินผลกลุ่มเป้าหมาย และส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหีนชนิดเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แจ้งวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน
2. ผู้วิจัยทบทวนความรู้เรื่องโรคต่อหีนและถาม-ตอบของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้โรคต่อหีน
3. ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการหยอดยาของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยสาธิตการหยอดยาอย่างถูกวิธีครบขั้นตอน และตรวจสอบการเก็บรักษายาที่บ้าน
4. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลหลักแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองในด้านต่างๆ และปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการพฤติกรรมดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

5. ตอบแบบสอบถามหลังเข้าร่วมกิจกรรม และติดตามผลตรวจระดับความดันโลหิต

6. การติดต่อประสานงานส่งต่อผู้ป่วยแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การประเมินผล ผู้วิจัยประเมินผลจากความสามารถความสามารถในการตอบคำถาม ความสนใจ และการซักถามของผู้ป่วย การสาธิตการหยอดยา และจากแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการหยอดยา แบบบันทึกเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาหยอดตา แบบบันทึกการมาตรวจตามนัด และแบบสัมภาษณ์การช่วยเหลือของผู้ดูแลหลัก ตามแผนภูมิที่ 5



แผนภาพที่ 3.2 จัดกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาโรคต้อหิน

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS for window version.18 (Statistical Package for the Social Science) ในการวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.5 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐานของการวิจัย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา

1.1 ในการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากร โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 ในการวิเคราะห์ข้อมูลระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวป้องกันเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวป้องกันเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต และการช่วยเหลือของผู้ดูแลหลักของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. สถิติเชิงวิเคราะห์

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวป้องกันเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวป้องกันเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับความดันโลหิต และการช่วยเหลือของผู้ดูแลหลักของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-tested ถ้าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติใช้ Wilcoxon Signed Ranks tested

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวป้องกันเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวป้องกันเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับความดันโลหิต และการช่วยเหลือของผู้ดูแลหลักของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent-t tested ถ้าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติใช้ Mann-Whitney tested

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวป้องกันเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวป้องกันเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับความดันโลหิต และการช่วยเหลือของผู้ดูแลหลักของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-tested ถ้าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติใช้ Wilcoxon Signed Ranks tested

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การจัดโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลรักษาโรคต่อหินเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ที่มารับบริการหน่วยตรวจโรค จักษุ โรงพยาบาลศิริราช ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถาม เพื่อประเมินรับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวป้องกันเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window version.18 (Statistical Package for the Social Science) ซึ่งกำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 โดยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผลตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต การช่วยเหลือของผู้ดูแลหลัก ของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ผลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง และหลังการทดลองเรื่อง ความรู้ของโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต การช่วยเหลือของผู้ดูแลหลักและ และระดับความดันโลหิต

ส่วนที่ 4 ผลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเรื่อง ความรู้ของโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง การรับรู้ความ

รุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต การช่วยเหลือของผู้ดูแลหลัก และระดับความดันโลหิต

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร

คุณลักษณะประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ การอาศัยอยู่กับ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิในการรักษาพยาบาล ปัญหาด้านการเงิน ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่อหิน อาการผิดปกติจากการรักษา ประวัติในครอบครัวเป็นโรคต่อหิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันของคุณลักษณะประชากร กลุ่มทดลองเป็นเพศชายร้อยละ 53.3 กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุระหว่าง 65-74 ปี (ร้อยละ 56.7 และ 50.0 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.1 เปรียบเทียบคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง(n=30)		กลุ่มควบคุม(n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.118 ^a
ชาย	16	53.3	10	33.3	
หญิง	14	46.7	20	66.7	
อายุ(ปี)					0.261 ^b
60-64	7	23.3	7	23.3	
65-69	8	26.7	6	20.0	
70-74	9	30.0	9	30.0	
75-79	6	20.0	8	26.7	
สถานภาพสมรส					0.312 ^a
โสด	3	10.0	7	23.3	
คู่	22	73.3	17	56.7	
หม้าย/หย่า	5	16.7	6	20.0	

ตารางที่ 4.1 เปรียบเทียบคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง(n=30)		กลุ่มควบคุม(n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อาศัยอยู่กับ					0.748 ^a
คู่สมรส	16	53.3	15	50.0	
บุตร	11	36.7	10	33.4	
ญาติพี่น้อง/บิดามารดา	3	10.0	5	16.6	
การศึกษาสูงสุด					0.822 ^a
ประถมศึกษา	16	53.3	17	56.7	
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	8	26.7	6	20.0	
ปริญญาตรี/สูงกว่า	6	20.0	7	23.3	
อาชีพ					0.694 ^a
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	19	63.3	16	53.3	
ข้าราชการบำนาญ	8	26.7	11	36.7	
รับจ้าง/เกษตรกรกรรม/ค้าขาย	3	10.0	3	10.0	
รายได้(บาทต่อเดือน)					0.284 ^a
5,000-10,000	6	20.0	6	20.0	
10,001-20,000	14	46.7	9	30.0	
มากกว่า 20,001	10	33.3	15	50.0	
สิทธิ์ในการรักษา					0.599 ^a
เบิกได้ทั้งหมด	21	70.0	23	76.7	
เบิกได้บางส่วน/จ่ายเอง	9	30.0	7	23.3	
ปัญหาด้านการเงิน					0.347 ^a
ไม่มีปัญหา	25	83.3	22	73.3	
มีปัญหาหนัก/ปานกลาง/น้อย	5	16.7	8	26.7	

ตารางที่ 4.1 เปรียบเทียบคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง(n=30)		กลุ่มควบคุม(n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (ปี)					0.889 ^a
1-2	6	20.0	4	13.3	
2-5	5	16.3	6	20.0	
5-10	16	53.4	16	53.4	
10 ปีขึ้นไป	3	10.0	4	13.3	
อาการนำทางตา ก่อนเป็นโรคต้อหิน					0.602 ^a
ไม่มีอาการ	12	40.0	11	36.7	
ปวดตา/เห็นแสงสีรุ้ง/ตามัวลง	6	20.0	6	20.0	
เคือง แสบตา/อื่นๆ	12	40.0	13	43.3	
เคยได้รับการสอน					0.508 ^a
ไม่เคย	16	53.3	14	46.7	
เคย	14	46.7	16	53.3	
แพทย์	9	64.29	13	81.25	
พยาบาล	4	28.57	2	12.5	
ญาติ พี่น้อง ผู้ร่วมงาน	1	7.14	1	7.14	
อาการผิดปกติจากการรักษา					0.161 ^a
ไม่เคย	29	96.7	26	86.7	
เคย	1	3.3	4	13.3	
แสบตา/ตาแดง	1	100	4	100	
ประวัติครอบครัวเป็นโรคต้อหิน					0.739 ^a
ไม่มี	25	83.3	24	80.0	
มี	5	16.7	6	20.0	
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	69.60 ± 5.62		71.43 ± 6.83		
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	60-89		61-80		

^achi-square, ^bt-test

ด้านสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 73.3 และ 56.7) อาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 53.3 และ 50) จบการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 53.3 และ 56.7) เกินครึ่งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 63.3 และ 53.4) ร้อยละ 80 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้ครอบครัวตั้งแต่ 10,001 บาทต่อเดือน สิทธิในการรักษาเบิกได้ทั้งหมด (ร้อยละ 70 และ 76.7) ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 83.3 และ 73.3)

เกินครึ่งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 63.3 และ 53.4) ร้อยละ 80 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้ครอบครัวตั้งแต่ 10,001 บาทต่อเดือน สิทธิในการรักษาเบิกได้ทั้งหมด (ร้อยละ 70 และ 76.7) ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 83.3 และ 73.3)

เกินครึ่งในทั้งสองกลุ่มมี ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่อหีน 5-10 ปี (ร้อยละ 53.4 และ 53.4) ไม่เคยได้รับการสอน หรือ คำแนะนำในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหีนชนิดเรื้อรัง (ร้อยละ 53.3 และ 46.7) ถ้าเคยได้รับความรู้ส่วนใหญ่จากแพทย์ (ร้อยละ 64.29 และ 81.25) มากกว่าร้อยละ 85 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบอาการผิดปกติจากการรักษา (ร้อยละ 96.7 และ 86.7) ส่วนใหญ่ในทั้งสองกลุ่มไม่มีประวัติในครอบครัวเป็นโรคต่อหีน (ร้อยละ 83.3 และ 80)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลระดับคะแนนความรู้ของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวควบคุมระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต และการช่วยเหลือของผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้ของโรคต่อหีน ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 83.3 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 13.4 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 70.0 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 20.0 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูงทั้งหมด ร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 66.7 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 23.3

การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 60.0 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 63.3

รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 33.4 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.3 รองลงมาเป็นระดับสูง ร้อยละ 16.7 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 63.3 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 33.4

ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวควบคุมระดับความดันโลหิต ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนความคาดหวังของตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.3 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 26.7 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนความคาดหวังของตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.7 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 43.3 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความคาดหวังของตนเองอยู่ในระดับสูงทั้งหมด ร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนความคาดหวังของตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60.0 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามระดับคะแนนของตัวแปรก่อนและหลังการทดลอง (n=60)

ตัวแปร	ระดับคะแนน					
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้						
<i>กลุ่มทดลอง</i>						
ก่อนทดลอง	18	60.0	12	40.0	0	-
หลังทดลอง	0	-	25	83.3	5	16.7
<i>กลุ่มควบคุม</i>						
ก่อนทดลอง	19	63.3	10	33.4	1	3.3
หลังทดลอง	19	63.3	10	33.4	1	3.3
ความคาดหวัง						
<i>กลุ่มทดลอง</i>						
ก่อนทดลอง	0	-	8	26.7	22	73.7
หลังทดลอง	0	-	0	-	30	100
<i>กลุ่มควบคุม</i>						
ก่อนทดลอง	0	-	13	43.3	17	56.7
หลังทดลอง	0	-	12	40.0	18	60.0

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามระดับคะแนนของตัวแปรก่อนและหลังการทดลอง (n=60) (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับคะแนน					
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมกำบังพฤติกรรมกำบัง						
หยอดยา						
<i>กลุ่มทดลอง</i>						
ก่อนทดลอง	0	-	22	73.3	8	26.7
หลังทดลอง	0	-	0	-	30	100
<i>กลุ่มควบคุม</i>						
ก่อนทดลอง	0	-	16	53.3	14	46.7
หลังทดลอง	0	-	19	63.3	11	36.7
วิธีการใช้ยาหยอดตา						
<i>กลุ่มทดลอง</i>						
ก่อนทดลอง	13	43.3	10	33.3	7	23.4
หลังทดลอง	0	-	0	-	30	100
<i>กลุ่มควบคุม</i>						
ก่อนทดลอง	12	40.0	15	50.0	3	10.0
หลังทดลอง	13	43.3	11	36.7	4	20.0
การช่วยเหลือของผู้ดูแลหลัก						
<i>กลุ่มทดลอง</i>						
ก่อนทดลอง	25	83.3	0		5	16.7
หลังทดลอง	0		21	70.0	9	30.0
<i>กลุ่มควบคุม</i>						
ก่อนทดลอง	25	83.3	3	10.0	2	6.7
หลังทดลอง	26	86.7	3	10.0	1	3.3

พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมหยอดยาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.3 รองลงมาเป็นระดับสูง ร้อยละ 26.7 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมหยอดยาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.3 รองลงมาเป็นระดับสูง ร้อยละ 46.7 ด้านวิธีการใช้ยาหยอดตากกลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 43.3 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนวิธีการใช้ยาหยอดตาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 รองลงมาเป็นระดับต่ำ ร้อยละ 40.0 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมหยอดยาอยู่ในระดับสูงทั้งหมด ร้อยละ 100.0 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมหยอดยาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.3 รองลงมาเป็นระดับสูง ร้อยละ 36.7 ด้านวิธีการใช้ยาหยอดตากกลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 43.3 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนวิธีการใช้ยาหยอดตาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 รองลงมาเป็นระดับต่ำ ร้อยละ 40.0

การช่วยเหลือของผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนการช่วยเหลืออยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 83.3 รองลงมาเป็นระดับสูง ร้อยละ 16.7 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนการช่วยเหลืออยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 83.3 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 10.0 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการช่วยเหลืออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.0 รองลงมาเป็นระดับสูง ร้อยละ 30.0 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนการช่วยเหลืออยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 86.7 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 10.0

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง และหลังการทดลองในเรื่อง ความรู้ของโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต และระดับความดันโลหิต

กลุ่มทดลองความรู้ของโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัว ก่อนทดลอง และหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

กลุ่มควบคุมความรู้ของโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของโรค แลกการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวก่อนทดลอง และหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลองและหลังการทดลองในเรื่อง ความรู้ของโรคต่อหิน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัว (n=30)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	p-value
	Mean(SD)	Mean (SD)	(2-tailed)
ความรู้ของโรค			
กลุ่มทดลอง	4.43(2.06)	8.73(0.64)	0.00 ^a
กลุ่มควบคุม	4.33(1.42)	4.93(1.76)	0.61 ^a
การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง			
กลุ่มทดลอง	21.83(2.24)	26.74(0.87)	0.00 ^a
กลุ่มควบคุม	20.40(3.07)	20.30(3.22)	0.89 ^b
ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง			
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง			
กลุ่มทดลอง	24.80(2.19)	29.33(0.76)	0.00 ^a
กลุ่มควบคุม	23.20(2.57)	24.30(2.47)	0.75 ^b

^a Wilcoxon Signed Ranks test, ^b t-test

กลุ่มทดลองพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต เรื่องพฤติกรรมการหยุดยา วิธีการใช้ยาหยุดยา และการช่วยเหลือของผู้ดูแลหลัก ก่อนทดลอง และหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

กลุ่มควบคุมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต เรื่องพฤติกรรมการหยุดยา วิธีการใช้ยาหยุดยา และการช่วยเหลือของผู้ดูแลหลัก ก่อนทดลอง และหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองและหลังการทดลองด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	p-value (2-tailed)
	Mean(SD)	Mean (SD)	
พฤติกรรมการหยอดยา			
กลุ่มทดลอง	29.75(1.89)	37.02(0.86)	0.00 ^b
กลุ่มควบคุม	31.52 (1.33)	30.96(1.16)	0.31 ^b
วิธีการใช้ยาหยอดตา			
กลุ่มทดลอง	5.26(1.59)	8.90(0.55)	0.00 ^a
กลุ่มควบคุม	5.16(1.36)	5.03(1.34)	0.15 ^b
การช่วยเหลือของผู้ดูแล			
กลุ่มทดลอง	9.40(4.16)	11.33(4.75)	0.00 ^b
กลุ่มควบคุม	10.0(4.08)	8.0(3.35)	0.06 ^b

^a Wilcoxon Signed Ranks test, ^b t-test

กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิต ก่อนทดลอง และหลังการทดลอง ไม่ มีความแตกต่างกัน ส่วนกลุ่มควบคุมมีระดับความดันโลหิต ก่อนทดลอง และหลังการทดลอง ไม่ มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองและหลังการทดลอง ระดับความดันโลหิต

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	p-value (2-tailed)
	Mean(SD)	Mean (SD)	
กลุ่มทดลอง			
ตาขวา	14.68(3.61)	14.03(2.77)	0.256 ^b
ตาซ้าย	14.46(3.09)	14.90(4.19)	0.421 ^b
กลุ่มควบคุม			
ตาขวา	14.07(3.05)	13.60(2.81)	0.345 ^b
ตาซ้าย	13.77(2.93)	13.97(2.86)	0.601 ^b

^a Wilcoxon Signed Ranks test, ^b t-test

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเรื่อง ความรู้ของโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับความดันโลหิต

ก่อนทดลอง ความรู้ของโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัว ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน

หลังทดลอง ความรู้ของโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัว ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เรื่อง ความรู้ของโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัว

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	p-value (2-tailed)
	Mean(SD)	Mean (SD)	
ความรู้ของโรค			
ก่อนทดลอง	4.43(2.06)	4.33(1.42)	0.946 ^a
หลังทดลอง	8.73(.646)	4.93(1.76)	0.00 ^a
การรับรู้			
ก่อนทดลอง	21.83(2.24)	20.40(3.07)	0.056 ^a
หลังทดลอง	26.74(0.87)	20.30(3.22)	0.00 ^a
ความคาดหวัง			
ก่อนทดลอง	24.80(2.19)	23.20(2.57)	0.335 ^b
หลังทดลอง	29.33(0.76)	24.30(2.47)	0.00 ^b

^a Mann-Whitney test, ^b t-test

ก่อนทดลอง พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต เรื่อง พฤติกรรมการหยอดยา และวิธีการใช้ยาหยอดตา ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน

หลังทดลอง พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต เรื่อง พฤติกรรมการหยอดยา และวิธีการใช้ยาหยอดตา ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางที่ 4.7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต การช่วยเหลือของผู้ดูแล

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	p-value (2-tailed)
	Mean(SD)	Mean (SD)	
พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต			
<i>พฤติกรรมการหยอดยา</i>			
ก่อนทดลอง	29.75(1.89)	31.52(1.33)	0.09 ^a
หลังทดลอง	37.02(0.86)	30.96(1.16)	0.00 ^a
<i>วิธีการใช้ยาหยอดตา</i>			
ก่อนทดลอง	5.26(1.59)	5.16(1.36)	0.808 ^a
หลังทดลอง	8.90(0.55)	5.03(1.34)	0.00 ^a
การช่วยเหลือของผู้ดูแล			
ก่อนทดลอง	9.40(4.16)	10.00(4.08)	0.565 ^b
หลังทดลอง	11.33(4.75)	8.00(3.35)	0.016 ^b

^a Mann-Whitney test, ^b t-test

ก่อนทดลอง ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนหลังทดลอง ระดับความดันโลหิต ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระดับความดันโลหิต

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	p-value (2-tailed)
	Mean(SD)	Mean (SD)	
ตาขวา			
ก่อนทดลอง	14.68(3.61)	14.07(3.05)	0.547 ^a
หลังทดลอง	14.03(2.77)	13.60(2.81)	0.634 ^a
ตาซ้าย			
ก่อนทดลอง	14.46(3.09)	13.77(2.93)	0.562 ^a
หลังทดลอง	14.90(4.19)	13.97(2.86)	0.760 ^a

^a Mann-Whitney test, ^b t-test

บทที่ 5

การอภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพโรคต่อหिन โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในผู้สูงอายุ ที่มารับบริการ โรงพยาบาลศิริราชช่วงเดือนกันยายน 2555 ถึง ธันวาคม 2555 ผลการศึกษาอภิปรายดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 70-74 ปี เป็นเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน การอาศัยอยู่กับคู่สมรส สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ สิทธิในการรักษาพยาบาลเบิกได้ทั้งหมด มีรายได้ครอบครัว 10,001-30,000 บาทต่อเดือน ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่อหिन 5-10 ปี ไม่เคยการได้รับการสอน หรือ คำแนะนำในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหिनชนิดเรื้อรัง ส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติจากการรักษา ไม่มีประวัติในครอบครัวเป็นโรคต่อหिन ซึ่งทั้งกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกัน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะทั่วไป ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม เนื่องจากการกำหนดคุณลักษณะของผู้วิจัยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) พบว่า ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหिन แต่การศึกษาของชลธิชา พราทิพย์ (2549) พบว่า ระดับการศึกษา และ รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหिन

ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้เรื่องโรคต่อหิน การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหิน รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ของกลุ่มทดลอง สูงขึ้น

จากผลการศึกษา

การที่กลุ่มทดลองมีความรู้ของโรคต่อหิน การรับรู้ความรุนแรงของโรค และรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต สูงขึ้นก่อนเข้าโปรแกรมเป็นเพราะกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมเกิดกระบวนการรับรู้ 2 ประเภท คือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ และการประเมินการเผชิญปัญหา ซึ่งกระบวนการรับรู้ดังกล่าว เกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร คือ สิ่งแวดล้อม บุคคลชกชวน การเรียนรู้จากการสังเกต การสาธิต หรือการใช้ตัวแบบ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาโรคต่อหิน ซึ่งประกอบด้วย บรรยายด้วยสื่อสไลด์ ซึ่งเป็นรูปภาพลักษณะของลูกตา การไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงตา กลไกการเกิดต่อหิน อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และการหยอดยาอย่างถูกวิธี อภิปรายกลุ่ม นำเสนอตัวแบบ การสาธิตและฝึกทักษะ การเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตาม ทบทวน ให้ผู้ป่วยสาธิตการหยอดยาอย่างถูกวิธีครบขั้นตอน และตรวจสอบการเก็บรักษาที่บ้านและส่งต่อ ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ โดยเชื่อต่อความรุนแรงของโรค เชื่อมต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อมต่อผลลัพธ์ของพฤติกรรม และความสามารถของตนเองที่จะทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจและมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศุภวรรณ พิมใจใส (2548) พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าโปรแกรมการให้สุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคสำหรับส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันตาบอด มีความรู้เรื่องโรคต่อหิน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการตาบอดจากโรคต่อหิน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองได้ผลดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของชนิษฐาทองหยอด (2543) พบว่ากลุ่มที่โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุมิการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการตาบอดจากโรคต่อหิน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ ความคาดหวังใน

ประสิทธิผลของการตอบสนองได้เพิ่มขึ้นหลังเข้าโปรแกรม และการศึกษาของจิตติพร คัมภีรานนท์ (2549) พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการตาบอดจากโรคต้อหิน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองได้เพิ่มขึ้น

ผู้วิจัยได้นำการช่วยเหลือของผู้ดูแลหลักหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีการรับฟังปัญหา ให้คำแนะนำ คอยกระตุ้นเตือน การช่วยเหลือ ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีการโทรศัพท์กระตุ้นเตือนญาติ จำนวน 2 ฉบับ และมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อเปิดโอกาสให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองในด้านต่างๆ และปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเรื่องวิธีการใช้ยาหยอดตา ทักษะการหยอด ผู้วิจัยทบทวน สาทิต และให้ทำซ้ำพร้อมให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการพฤติกรรมดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแลหลัก ซึ่งผู้ดูแลให้ความสนใจและซักถามข้อมูลเกี่ยวเรื่องโรคและคู่มือโรคต้อหินที่ผู้สูงอายุได้รับกลับบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา พรทิพย์ (2549) พบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน เช่นเดียวกับการศึกษาของวิภาวรรณ จรรย์สุกรินทร์ (2544) พบว่าการให้แรงสนับสนุนของญาติในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงขึ้นในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนจากญาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลเลิดสิน โดยนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมซึ่งทำให้ญาติเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจ มีการรับรู้เรื่องโรค และได้แนวทางการสนับสนุนผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตและภาวะแทรกซ้อน และสอดคล้องกับ Donald L. Budenz (2009) ที่ได้สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคต้อหิน ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องโรค และความสำคัญของการใช้ยา โดยการใช้ครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการเยี่ยมผู้ป่วยบ่อยๆ

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อหิน รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันลูกตา ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันเพื่อควบคุมระดับความดันลูกตา ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันลูกตา พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันลูกตา ของกลุ่มที่เข้าโปรแกรม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติ

จากผลการศึกษา

ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลรักษาโรคต้อหิน มีความรู้ของโรคต้อหิน การรับรู้ความรุนแรงของโรค และรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันลูกตา ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวป้องกันเพื่อควบคุมระดับความดันลูกตา

และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต สูงขึ้นกว่าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้ตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโรคต่อหิน ขี้ น้อยอย่างเป็นระบบ โดยมีการนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันการสูญเสียการมองเห็น ได้แก่ การหยอดยาอย่างถูกต้อง การมาตรวจตามนัด และนำผู้ดูแลหลักในการช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคต่อหินในการรับฟังปัญหา ให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือน การช่วยเหลือ ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้สูงอายุ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งโปรแกรม ประกอบด้วย กิจกรรม 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลา 90 นาที ประกอบด้วย บรรยายกลุ่ม อภิปรายกลุ่ม นำเสนอตัวแบบ การสาธิตและฝึกทักษะ และการให้คำปรึกษา ครั้งที่ 2 ใช้ระยะเวลา 90 นาที ประกอบด้วย การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษารายบุคคล และส่งต่อ เพื่อให้กลุ่มทดลองมีการซักถามข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุ มีแนวทางในการปฏิบัติร่วมกัน อีกทั้งได้รับคู่มือที่มีความเฉพาะเรื่องโรคต่อหินชนิดเรื้อรังกลับไป ทบทวนที่บ้าน มีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถติดต่อขอข้อมูลเพิ่มเติมได้

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา เทศนา (2544) กลุ่มทดลองที่เข้าโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคสุราของนายทหารชั้นประทวน มีการประเมินอันตรายในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของการติดสุรา การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดสุรา การประเมินการเผชิญปัญหาในเรื่องความคาดหวังในความสามารถของตนเองในพฤติกรรมป้องกันการบริโภคสุรา ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมป้องกันการบริโภคสุรา ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันการบริโภคสุรา พฤติกรรมป้องกันการบริโภคสุรา ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุขปราณี นรารมย์ (2552) กลุ่มทดลองที่เข้าโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลินคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน คะแนนเฉลี่ยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคไตกลุ่มที่เข้าโปรแกรมลดลง หรือไม่เปลี่ยนแปลง

จากผลการศึกษา

ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองและหลังทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน เช่นเดียวการศึกษาของ ศุภวรรณ พิมใจใส (2548) ในกลุ่มทดลองมีค่าระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ และมีคะแนนเฉลี่ยลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างกัน แตกต่างจากการศึกษาของสุกัญญา ศรีสง่า (2550) ที่มีการติดตามผลความดันโลหิตหลังการทดลอง(1-3เดือน) กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีระดับความดันโลหิตที่ปกติไม่แตกต่างกัน เมื่อระยะติดตามครั้งที่ 2 (3 เดือน) พบว่า กลุ่มทดลองมีผู้ป่วยที่มีความดันปกติมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.001$) อาจเนื่องจากกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีค่าระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงอาจมีการเปลี่ยนแปลงไม่มาก ในระยะเวลาที่ศึกษาวิจัย ซึ่งมีแนวโน้มลดลงดังนั้นควรมีการติดตามระดับความดันโลหิตต่อไปเป็นระยะๆ ตลอดการรักษา เนื่องจากโรคไตเป็นโรคที่มีการดูแลรักษาในระยะยาว

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาโรคต่อหิน โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง อายุระหว่าง 60-80 ปี ที่มารับบริการช่วงเดือนกันยายน 2555 ถึง ธันวาคม 2555 มีระดับความดันโลหิตไม่เกินกว่า 30 มม.ปรอท และมีผู้ดูแลหลัก ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 60 คนกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาโรคต่อหิน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาโรคต่อหิน ได้จัดเป็น 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 แบ่งผู้สูงอายุกลุ่มละ 5-6 คน ใช้เวลาประมาณ 90 นาที ผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยสังเกตจากการซักถาม สีน้ำท่าทางสนใจ โดยเฉพาะวิดีโอที่นำเสนอตัวแบบที่มีการสูญเสียการมองเห็นจากการเพิ่มระดับความดันโลหิตทั้งผู้สูงอายุ และผู้ดูแลตั้งใจฟังเป็นอย่างมาก ระหว่างการอภิปรายกลุ่มบรรยายกันเองผู้สูงอายุได้เล่าประสบการณ์ของตนเองให้สมาชิกคนอื่นๆ ฟังรวม ทั้งพูดถึงตัวแบบที่มีการสูญเสียการมองเห็น มีการถาม-ตอบกันในกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ส่วนการฝึกทักษะการหยอดยา เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีความตั้งใจมากในการฝึก และมีผู้ดูแลสังเกต ขอตกลงหยอดให้กับผู้สูงอายุเพื่อจะได้ช่วยหยอดยาที่บ้านด้วย ส่วนครั้งที่ 2 ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินแต่ละรายที่เข้าโปรแกรมใช้เวลาประมาณ 90 นาที โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมการเยี่ยมบ้านของผู้วิจัย ซึ่งได้รับการต้อนรับเป็นอย่างดี หลังจากทบทวนความรู้และซักถามปัญหา พบว่าผู้สูงอายุบางรายใช้ทำนอนในการหยอดยาเนื่องจากถนัด ผู้วิจัยสอนแต่การใช้ทำนั้งในการหยอดยา จึงมีการฝึกทักษะเพิ่มเติมในการหยอดยาทำนอนแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลอย่างถูกต้อง และแนะนำให้มีกล่องแยกยาหยอดตาจากยาชนิดอื่นอย่างชัดเจน เพื่อป้องกันการหยิบยาผิด

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเรื่องความรู้โรคต่อหิน แบบสัมภาษณ์ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต และแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการช่วยเหลือของผู้ดูแลหลัก วิเคราะห์

ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์โดยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงวิเคราะห์ โดยถ้าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติใช้สถิติ Independent-t tested และ paired t-tested ส่วนข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติใช้สถิติ Mann-Whitney test และ Wilcoxon Signed Ranks test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุโรคต่อหีนชนิดเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพโรคต่อหีน มีระดับคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้โรคต่อหีน การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหีน รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพโรคต่อหีน โดยมีกระบวนการรับรู้ 2 ประเภทคือการประเมินอันตรายต่อสุขภาพและการประเมินการเผชิญปัญหา ทำให้มีความตั้งใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันโรค อีกทั้งการช่วยเหลือของผู้ดูแลหลัก และการเยี่ยมบ้านเน้นการนำความรู้สู่การปฏิบัติจริง ดังนั้นบุคคลจึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มโรคต่อหีนของนักวิจัยท่านอื่นที่หน่วยตรวจโรคจักษุ โรงพยาบาลศิริราช จึงทำให้ผู้วิจัยต้องเพิ่มระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมขึ้นเพื่อป้องกันกลุ่มประชากรซ้ำซ้อนกัน
2. การวิจัยครั้งนี้เพื่อการศึกษาจึงมีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาในการศึกษาวิจัย จึงทำให้ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต ซึ่งโรคต่อหีนต้องใช้ระยะเวลายาวในการรักษาอย่างน้อย 3 เดือน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาและเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป มีรายละเอียดดังนี้

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรส่งเสริมการนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลรักษาโรคต่อหินใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยจัดอบรมพยาบาลและเจ้าหน้าที่ส่วนต่างๆ
2. ควรส่งเสริมการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูล รับฟังปัญหา คอยให้คำแนะนำ และกระตุ้นเตือน แก่ผู้สูงอายุโรคต่อหินเพื่อให้สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
3. ควรส่งเสริมให้มีการจัดระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างชัดเจนในกลุ่มผู้สูงอายุโรคต่อหิน เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง และควบคุมระดับความดันโลหิต เพื่อป้องกันการสูญเสียการมองเห็น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามและประเมินผลในผู้สูงอายุโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง หลังจากเข้าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูญเสียการมองเห็น เป็นระยะๆ ทุก 3 เดือน
2. ควรมีการประยุกต์โปรแกรมเพื่อนำไปใช้ในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มโรคทางตาอื่นๆ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาโรคต้อหิน เพื่อควบคุมระดับความดันลูกตาของ
ผู้สูงอายุ

THE EFFECT OF SELF-CARE BEHAVIOR PROMOTION PROGRAM FOR INTRAOCULAR
PRESSURE CONTROL AMONG THE ELDERLY WITH GLAUCOMA

เรวดี สุรทะโก 5236304 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์:พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ ศษ.ค.(ประชากรศึกษา),ปรารณา
สถิตวิภาวี Ph.D.(Public Health),นริศ กิจณรงค์ พ.บ.ว.จักษุวิทยา

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคต้อหิน เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญมาก เนื่องจากเป็นสาเหตุอันดับที่ 2 ทำให้เกิดตาบอดทั่วโลก และมากกว่า 66 ล้านคนทั่วโลกที่คาดว่าจะจะเป็นต้อหิน10(Quigley,1996:389-93) ในปี พ.ศ.2563 จะมีคนตาบอดจากต้อหิน 11 ล้าน ประชากรส่วนใหญ่มาจากประเทศแถบเอเชียมากถึงร้อยละ 47 ของโลก และตาบอดจากต้อหินคิดเป็นร้อยละ 15 ของคนตาบอดทั่วโลก (Quigley,2006:262-7) จากการสำรวจสถานะตาบอด สายตาเลือนราง และโรคตาที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย พ.ศ.2549-2550 พบว่า อันดับหนึ่งคือ โรคต้อกระจก ซึ่งเมื่อได้รับการรักษาสามารถกลับมามองเห็นได้ รองลงมาคือ โรคต้อหิน พบมากในผู้สูงอายุ เป็นการตาบอดที่ไม่สามารถกลับมามองเห็นได้ เนื่องจากการถูกทำลายเส้นประสาทตา และทำให้ผู้ป่วยตาบอดได้ถ้าไม่ได้รับการรักษา รักษาไม่ต่อเนื่อง หรือไม่ถูกวิธี เป็นต้น(นิตา โสธรวิทย์ และคณะ,2550:161-180) จากรายงานการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินเรื้อรังรายใหม่อาจจะมีสถานะตาบอดร้อยละ 27 ใน 1 ข้าง และร้อยละ 9 ทั้งสองข้างหลังการรักษาไป 20 ปี (Hattenhauer et al.,1998:2099-104) ซึ่งสถานะตาบอดจากการรักษาโรคต้อหินอาจเป็นร้อยละ 28.6 ในระยะเวลา 16 ปี อย่างน้อย 1 ข้างในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษา และไม่มาตรวจตามนัด ร้อยละ 40 ที่จะนำไปสู่สถานะ

ดาบอด(Chang et al.,2005:492-496) การป้องกันการสูญเสียการมองเห็นของผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง โดย การควบคุมความดันภายในลูกตาให้อยู่ในภาวะปกติ (ทวีศักดิ์ จุลวิจนะ,2533) ซึ่งการรักษาามีหลายวิธี ได้แก่ การใช้ยาหยอดตา เพื่อช่วยส่งเสริมการระบายออกของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา หรือ เพื่อการลดการสร้างน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ จึงจะสามารถควบคุมความดันลูกตาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Yumori et al.,2011:10-15)

พฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง เช่น การไม่รับประทานยา หรือไม่หยอดตาตามแผนการรักษา การไม่มาตรวจตามนัด ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ การขาดแรงจูงใจในการให้ความร่วมมือในการรักษา เนื่องจากลักษณะพยาธิสภาพของโรคที่ไม่มีอาการปวด หรือทุกข์ทรมาน ส่วนหนึ่งจากปัญหาการใช้ยาลดความดันลูกตาไม่สม่ำเสมอ ในผู้ป่วยโรคต้อหินมาจากหลายสาเหตุ เนื่องจากต้องใช้น้ำยาลดความดันลูกตาในระยะยาว และมาตรวจตามนัดหมายอย่างต่อเนื่อง การใช้ยามีตามซับซ้อนหลายระดับ เช่น ชนิดของยา ความตรงเวลาในการใช้ยา วิธีการหยอดตา พบว่ามีค่าเฉลี่ยของการใช้ยาไม่สม่ำเสมอถึงร้อยละ 25.0 (DiMatteo et al.,2000:2101) นอกจากนี้ยังพบอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น อาการตาแดง เมื่อใช้ยาบางชนิด ทำให้ผู้ป่วยหยุดการใช้ยาเอง (Balkrishnan,2003:75) ปัญหาความร่วมมือในการรักษาจะมีมากขึ้นในผู้สูงอายุโรคต้อหิน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีโรคประจำตัวหลายชนิด โอกาสเกิดอาการข้างเคียงและปัญหาจากฤทธิ์ที่ขัดแย้งกันจากยาแต่ละชนิดก็มีมากขึ้น นอกจากนี้ความสามารถในการฟังและการทำความเข้าใจก็ลดลง เนื่องจากความชราและการเจ็บป่วยเรื้อรังจึงทำให้ความสามารถในการให้ความร่วมมือต่อการรักษาพยาบาลลดลงไปอีก จากการศึกษาพบปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาสูงถึงร้อยละ 30-50 ซึ่งร้อยละ 90 ของปัญหาความไม่ร่วมมือเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือทำตามแผนการรักษาของแพทย์ได้อย่างเคร่งครัด (ยุพิน สิละชัยกุล,2550:41)

จากการสำรวจความชุกของโรคต้อหินในผู้สูงอายุชุมชนรอบโรงพยาบาลศิริราช พบว่า เป็นโรคต้อหิน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1 เป็นต้อหินชนิดมุมเปิด ร้อยละ 47.7 ต้อหินชนิดมุมปิด ร้อยละ 41.4(รจิต ตูจินดาและคณะ,2545:147-53) ทางหน่วยตรวจโรคจักษุ งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ได้สร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้มารับบริการ โดยจัดให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางตาทุกวันช่วงเช้าเป็นรายกลุ่ม ในผู้ป่วยสูงอายุบางรายอาจขาดโอกาสซักถาม และไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเป็นอยู่อย่างแท้จริง และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยนี้อาจเป็นข้อจำกัดในการรับรู้บางอย่าง เช่น ได้ยินไม่ชัดเจน จำไม่ได้ มองไม่ชัด เป็นต้น นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินขาดการรับรู้อันตรายของโรคต้อหินว่ารุนแรงจนทำให้ดาบอด ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาโรค อาจเนื่องจากประโยชน์ที่ได้จากการรักษาไม่ได้ปรากฏให้เห็นทันที

นอกจากนี้ยังขาดการสนับสนุน หรือความร่วมมือของผู้ป่วย และบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น ทำให้อาการของโรคลุกลามมากขึ้นที่จะควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวของผู้ป่วยจะส่งผลให้เกิดการสูญเสียการมองเห็นในที่สุด จากลักษณะปัญหาดังกล่าวของผู้สูงอายุโรคต้อหิน จะเห็นได้ว่าสามารถประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Roger ,1975:93) ซึ่งจะทำให้เกิดความตั้งใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันโรค ได้มาจากการรับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิต และผู้ดูแลหลักในการช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคต้อหิน ด้านข้อมูลข่าวสาร รับฟังปัญหา ให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือน แก่ผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาโรคต้อหิน ซึ่งประกอบด้วย บรรยายด้วยสื่อสไลด์ อภิปรายกลุ่มระหว่างผู้สูงอายุโรคต้อหิน นำเสนอตัวแบบการสาธิตและฝึกทักษะการหยอดยา รวมถึงการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผลของการให้ความรู้สู่การปฏิบัติและส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้สูงอายุโรคต้อหิน สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผลที่ได้จากงานวิจัยสามารถใช้ประโยชน์ในการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัวในการดูแลกันในกลุ่มชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาโรคต้อหิน โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในผู้สูงอายุโรคต้อหิน

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อหิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต พฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิต ของกลุ่มที่เข้าโปรแกรม สูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง

2. ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคไตกลุ่มที่เข้าโปรแกรมลดลง หรือไม่เปลี่ยนแปลง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโรคไต ประกอบด้วย กิจกรรม 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลา 90 นาที ประกอบด้วย บรรยายกลุ่ม อภิปรายกลุ่มระหว่างผู้ป่วยโรคไต นำเสนอตัวแบบ การสาธิตและฝึกทักษะการหยอดยา และการให้คำปรึกษา ครั้งที่ 2 ใช้ระยะเวลา 90 นาที ประกอบด้วย การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษารายบุคคล และส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโรคไตนี้ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมระหว่างที่ผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษาตามปกติ ส่วนการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามและประเมินผลสู่การปฏิบัติที่บ้าน และให้คำปรึกษาได้มีการโทรศัพท์นัดหมายวันและเวลาล่วงหน้า และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยกลุ่มควบคุมจะได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพโรคไต จากผู้วิจัย เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยสูงอายุโรคไตชนิดปมเปิด ชนิดปฐมภูมิ ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกจักษุผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนกันยายน ถึง ธันวาคม 2555 มีอายุระหว่าง 60-80 ปี ระดับสายตาข้างที่ตีที่สุดหลังแก้ไขด้วยแว่นแล้วไม่ต่ำกว่า 3/60 มีระดับความดันโลหิตไม่เกินกว่า 30 มม.ปรอท และมีผู้ดูแลหลัก 1 คน ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณการวิจัยแบบทดลอง หรือกึ่งทดลอง สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันสำหรับการทดสอบแบบทางเดียว (อรุณจิรวัดณ์กุล ,2551) การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุไต จำนวน 60 คน สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ และสุ่มกลุ่มควบคุมในวันอังคาร พฤหัสบดี ด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน ไปจนครบจำนวน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมซึ่งได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Roger ,1975:93) ซึ่งจะทำให้เกิดความตั้งใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันโรค ได้มาจากการรับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิต ประกอบด้วย สื่อสไลด์ เพื่อให้ ความรู้ของโรคต่อหิน และการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคต่อหิน สไลด์ประกอบเสียงเสนอตัวแบบด้านบวกเป็นผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และตัวแบบด้านลบเป็นผู้ป่วยที่สูญเสียการมองเห็น และการติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย รวมทั้งเอกสารประกอบด้วย คู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคต่อหิน และการหยอดยาอย่างถูกต้องซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการค้นคว้าจากตำราเอกสาร ผลงานวิจัยต่างๆ พร้อมมีรูปภาพประกอบ ซึ่งโปรแกรมได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเนื้อหา และความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีการขอความร่วมมือ และแนะนำโครงการสำหรับผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย โทรศัพทแจ้งเตือนผู้ป่วย และญาติ จำนวน 2 ครั้ง โดยแต่ละครั้งจะติดต่อภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมแล้ว 2 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง และครอบคลุมเนื้อหา นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคต่อหินจำนวน 20 คน ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่อหิน

2.2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคต่อหิน มีจำนวน 10 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.75

2.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินอันตราย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต มีจำนวน 10 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.74

2.4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินการเผชิญปัญหา ได้แก่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต มีจำนวน 10 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.69

2.5 แบบสอบถามเกี่ยวกับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิต เกี่ยวกับพฤติกรรมการหยุดยา มีจำนวน 10 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.75

2.6 แบบสัมภาษณ์การช่วยเหลือของผู้ดูแลหลัก มีจำนวน 10 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.82

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (รหัสโครงการ 260/2555(EC4)) ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม คำเนิการเก็บข้อมูล และยินดีให้กลุ่มตัวอย่างสิ้นสุดการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลาโดยไม่มี การบังคับ ไม่มีผลต่อการรักษาและไม่มีการระบุชื่อ นามสกุลของผู้เข้าร่วมการวิจัยและนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS for window version.18 (Statistical Package for the Social Science) ในการวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ=0.5 สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์โดยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงวิเคราะห์ วิเคราะห์โดยสถิติ paired t-tested และ Independent-t tested

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุ 70-74 ปี ร้อยละ 30 ใกล้เคียงกับช่วงอายุ 65-69ปี ร้อยละ 26.7 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 53.3 เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.3 จบการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 63.3 มีรายได้ครอบครัว 10,001-20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 46.7 สิทธิ์ในการรักษาเบิกได้ทั้งหมด ร้อยละ 70 ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 83.3 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคคือหิน

5-10 ปี ร้อยละ 53.4 ไม่เคยได้รับการสอน หรือ คำแนะนำในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง ร้อยละ 53.3 ถ้าเคยส่วนมากได้รับความรู้จากแพทย์ ร้อยละ 64.29 ส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติจากการรักษา ร้อยละ 96.7 ไม่มีประวัติในครอบครัวเป็นโรคต่อหิน ร้อยละ 83.3

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุ 70-74 ปี ร้อยละ 30 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 50 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.7 จบการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 56.7 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 53.4 มีรายได้ครอบครัว 20,001-30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 36.7 สิทธิในการรักษาเบิกได้ทั้งหมด ร้อยละ 76.7 ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 73.3 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่อหิน 5-10 ปี ร้อยละ 53.4 ไม่เคยได้รับการสอน หรือ คำแนะนำในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง ร้อยละ 80 ถ้าเคยส่วนมากได้รับความรู้จากแพทย์ ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติจากการรักษา ร้อยละ 86.7 ไม่มีประวัติในครอบครัวเป็นโรคต่อหิน ร้อยละ 80

หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพโรคต่อหินของผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ของโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง การประเมินอันตรายได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต การเผชิญปัญหาได้แก่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิต เพิ่มขึ้นก่อนเข้าโปรแกรมหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลองและหลังการทดลองในเรื่อง ความรู้ของโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง การประเมินอันตราย การเผชิญปัญหา และพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	p-value (2-tailed)
	Mean(SD)	Mean (SD)	
ความรู้เรื่องโรค			
ก่อนทดลอง	4.33(2.06)	4.33(1.42)	0.946 ^a
หลังทดลอง	8.73(0.64)	4.93(1.76)	0.00 ^a

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลองและหลังการทดลองในเรื่อง ความรู้ของโรคติดต่อชนิดเรื้อรัง การประเมินอันตราย การเผชิญปัญหา และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	p-value (2-tailed)
	Mean(SD)	Mean (SD)	
การรับรู้			
ก่อนทดลอง	21.83(2.24)	20.40(3.07)	0.056 ^a
หลังทดลอง	26.74(0.87)	20.30(3.22)	0.00 ^a
ความคาดหวัง			
ก่อนทดลอง	24.80(2.19)	23.20(2.57)	0.335 ^b
หลังทดลอง	29.33(0.76)	24.30(2.47)	0.00 ^b
พฤติกรรมการหยอดยา			
ก่อนทดลอง	29.75(1.89)	31.52(1.33)	0.09 ^a
หลังทดลอง	37.0(0.86)	30.96(1.16)	0.00 ^a
วิธีการใช้ยาหยอดตา			
ก่อนทดลอง	5.26(1.59)	5.16(1.36)	0.808 ^a
หลังทดลอง	8.90(0.55)	5.03(1.34)	0.00 ^a
การช่วยของผู้ดูแลหลัก			
ก่อนทดลอง	9.40(4.16)	10.00(4.08)	0.565 ^b
หลังทดลอง	11.33(4.75)	8.00(3.35)	0.016 ^b
ระดับความดันโลหิต			
ตาขวา			
ก่อนทดลอง	14.68(3.61)	14.07(3.05)	0.547 ^a
หลังทดลอง	14.03(2.77)	13.60(2.81)	0.634 ^a
ตาซ้าย			
ก่อนทดลอง	14.46(3.09)	13.77(2.93)	0.562 ^a
หลังทดลอง	14.90(4.19)	13.97(2.86)	0.760 ^a

^aMann-Whitney test, ^bt-test

การอภิปรายผล

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาโรคต่อหิมนี่ เมื่อนำประยุกต์ใช้พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุโรคต่อหิมนชนิดเรื้อรังที่เข้าร่วม โปรแกรม มีความรู้เรื่องโรคต่อหิมน การรับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิต สูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาโรคต่อหิมน จัดกิจกรรมเป็น 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 แบ่งผู้สูงอายุเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 5-6 คน ใช้เวลาประมาณ 90 นาที และครั้งที่ 2 ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิมนแต่ละรายที่เข้าโปรแกรมใช้เวลาประมาณ 90 นาที จากผลการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาโรคต่อหิมน โดยมีกระบวนการรับรู้ 2 ประเภท คือการประเมินอันตรายต่อสุขภาพและการประเมินการเผชิญปัญหา ทำให้มีความตั้งใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันโรค บุคคลจึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล มีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มโรคต่อหิมนของนักวิจัยท่านอื่นที่หน่วยตรวจโรคจักษุ โรงพยาบาลศิริราช จึงทำให้ผู้วิจัยต้องเพิ่มระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเพิ่มขึ้นเพื่อป้องกันกลุ่มประชากรซ้ำซ้อนกัน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาและเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป มีรายละเอียดดังนี้

1. ควรส่งเสริมการนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาโรคต่อหิมนใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยจัดอบรมพยาบาลและเจ้าหน้าที่ส่วนต่างๆ
2. ควรมีการพัฒนากระบวนการในการบริหารจัดการกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการดูแลรักษา และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย
3. การติดตามเยี่ยมบ้านและส่งต่อข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงการดูแลที่โรงพยาบาลและการดูแลต่อที่บ้าน

THE EFFECT OF SELF - CARE BEHAVIOR PROMOTION PROGRAM FOR
INTRAOCULAR PRESSURE CONTROL AMONG THE ELDERLY WITH
GLAUCOMA

REWADEE SURATAKO 5236304 PPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: PIMPAN SILPASUWAN, Dr.P.H., PRATANA
SATITVIPAWEE, Dr.P.H., NARIS KITNARONG, M.D.

EXTENDED SUMMARY

Background and Rationale

Glaucoma was a very significant public health problem since it ranked second among the cause of blindness worldwide, and more than 66 million people all over the world were estimated to have glaucoma (Quigley, 1996: 389-93). In B.E. 2563, there would be 11 million people who were blind due to glaucoma. The majority of populations were from countries in Asia as high as 47% of all populations in the world, and 15% of blindness from glaucoma represented 15% of all blind people nationwide (Quigley, 2006: 262-7). According to the survey on blindness, blurred vision, and eye diseases deemed as public health problems in Thailand during B.E. 2549-2550, it was found that the first rank was cataract, which could resume its normal condition after treatment, followed by glaucoma, which was commonly found in the elderly whose vision could not return to normal condition due to damaged optic nerves, possibly resulting in blindness in case of no treatment, lack of continuous treatment, or improper treatment, and so on (Sothornvit et al., B.E. 2550: 161-180). The previous study revealed that new patient with chronic glaucoma might have blindness in one eye by 27%, and blindness in both eyes by 9% after receiving treatment for 20 years (Hattenhauer et al., 1998: 2099-104). Blindness in one eye from glaucoma treatment

might occur with 28.6% within 16 years in patients who did not give cooperation with treatment and 40% in those who did not see the doctor as per the appointment (Chang et al., 2005: 492-496). Prevention of blindness among patients with chronic glaucoma could be done by controlling eye pressure to be within normal range (Julwatjana, T., B.E. 2533). There were several methods of treatment as follows: Using eye drops to facilitate release of aqueous humor or to reduce the production of aqueous humor or both of them collectively. Patients needed to use medications regularly in order to ensure efficient control of eye pressure (Yumori et al., 2011: 10-15).

Non-cooperation of patients with chronic glaucoma in treatment, such as not taking medicine or not using eyes drop as per the treatment plan, not seeing the doctor as per the appointment, might derive from several reasons. Lack of motivation in treatment cooperation might be due to the disease pathology that did not cause patients to have pain or suffering. Irregular use of medicines for reduction of eye pressure in patients with glaucoma came from various reasons since they had to use medicines for reduction of eye pressure in the long term, and see the doctor as per the appointment continuously. Use of medicines was complicated in terms of type of medicines, punctuality of use of medicines, and methods of use of eye drops. Irregular use of medicines was found to be as high as 25.0% (DiMatteo et al., 2000: 2101). In addition, there were side effects of medicines, such as eye conjunctivitis from some types of medicines resulting in patients' non-use of medicines (Balkrishnan, 2003: 75). Problems of lack of cooperation in treatment were intensified among the elderly with glaucoma since these patients usually had multiple congenital diseases, so it was more likely for them to have some problems with side effects and multi-drug interaction. Moreover, their ability in listening and understanding would be in decline due to their aging condition and chronic illness, resulting in less cooperation in medical treatment. The study reported that lack of cooperation in medical treatment reached 30-50%, whereby 90% of such problem was caused by patients' inability to strictly comply with advices or medical treatment (Leelachaikul, Y., B.E. 2550: 41).

According to the survey on diseases which were the main causes of blindness conducted by Faculty of Medicine Siriraj Hospital in B.E. 2531, such diseases included 42.6% of cataract, followed by 20.8% of glaucoma (Dumawipata, P. cited in Phamonprawat et al., B.E. 2541: 194-201). Based on the survey on prevalence

of glaucoma among the elderly in the community nearby Siriraj Hospital, there were 128 patients with glaucoma representing 6.1%, open-angle glaucoma representing 47.7%, and angle-closure glaucoma representing 41.4% (Tuchinda et al., B.E. 2545: 147-53). Ophthalmology Unit, Outpatient Department, provided health promotion for service clients through the provision of knowledge on eye diseases in group on a daily basis in the morning. Some elderly patients might lack the opportunity to make an inquiry, and have no clear understanding about their disease. Also, changes in this age might limit their cognition to a certain level, such as hearing loss, memory loss, visual impairment, and so on. In addition, it was found that patients with glaucoma did not perceive severity of glaucoma that it could result in blindness, and lacked motivation in proper self-care regarding medical treatment, possibly because benefits of treatment were not promptly available. Moreover, lack of support or cooperation from patients and their family members in relation to the disease, so the symptom would be deteriorated so much that eye pressure could not be controlled within the normal range. Such behaviors of patients would lead to blindness in the end. From the aforementioned problem of the elderly with glaucoma, the protection motivation theory (Roger, 1975: 93) could be applied to this case. Based on the theory, the intention of behavioral change for the disease prevention derived from perceived severity of the disease, perceived susceptibility of higher intraocular pressure, expectation on self-efficacy in performing behaviors to control intraocular pressure, expectation on effectiveness of performing behaviors to control intraocular pressure, and behaviors to control intraocular pressure. In addition, main caregivers provided assistance for the elderly with glaucoma with respect of information, listening to their problems, giving advices, and giving encouragement to the elderly.

Therefore, the researcher was interested in conducting the study on the effect self-care behavior promotion program, comprising lecture with slide presentation, group discussion among the elderly with glaucoma, role model presentation, demonstration and practice of using eye drops, including home visit for the follow up on the effect of knowledge provision on practice, and the disclosure of patients' information to related agencies, resulting in proper behaviors and good quality of life of the elderly with glaucoma. The results of the study would be

beneficial to nursing activity arrangement for patients and their family members in the community.

Research Objective

To explore the effect of self-care behavior promotion program based on the protection motivation theory for the disease prevention among the elderly with glaucoma.

Research Hypotheses

1. Perceived severity of glaucoma, perceived susceptibility of higher intraocular pressure, expectation on self-efficacy in performing behaviors to control intraocular pressure, expectation on effectiveness of performing behaviors to control intraocular pressure, and) behaviors to control intraocular pressure of the program attendants were high than before the experiment.

2. Eye pressure of the elderly patients with glaucoma attending the program was decreased or unchanged.

Research Methodology

This study was the quasi-experimental research. The samples were divided into 2 groups, comprising the experimental group and the control group. The experimental group was provided with the self-care behavior promotion program which consisted of 2 activities: The first activity took 90 minutes, including group lecture, group discussion among the patients with glaucoma, role model presentation, demonstration and practice of using eye drops, and consultation; The second activity took 90 minutes, including home visit, individual consultation, and disclosure of information to related agencies. The control group was provided with normal nursing care. In this self-care behavior promotion program, the researcher arranged usual

activities during the patients visit for treatment, while the home visit for follow up and assessment on practice at home and consultation had been made as per the appointment over the phone. After the completion of the study, the control group would be provided with the self-care behavior promotion program from the researcher in the same way as the experimental group.

Population and Sample

The populations in this study were the elderly patients with chronic glaucoma who visited for treatment at Ophthalmology Unit, Outpatient Department, Siriraj Hospital during September-December B.E. 2555. Their age ranged between 60-80 years. The best eyesight with eyeglasses was not less than 3/60. The eye pressure was not over 30 mmHg. There was one main care giver who lived in Bangkok and its vicinity.

The sample size was calculated by using the formula for the experimental research or the quasi-experimental research to compare means between 2 independent groups in case of one-tailed test (Chirawatkul, A., B.E. 2550). In this study, the researcher determined the sample size of the elderly with glaucoma to be 60 persons. The samples were randomly allocated to the experimental group on Monday, Wednesday, and Friday, and to the control group on Tuesday, and Thursday by means of sampling without replacement. The samples consisted of 30 persons each in the experimental group and the control group.

Research Instrument

There were 2 types of research instrument as described below.

1. The instrument for the experiment included the behavioral promotion program based on the protection motivation theory (Roger, 1975: 93), whereby the intention of behavioral change for the disease prevention derived from perceived severity of the disease, perceived susceptibility of higher intraocular pressure, expectation on self-efficacy in performing behaviors to control intraocular pressure, expectation on effectiveness of performing behaviors to control intraocular pressure, and behaviors to control intraocular pressure, comprising slide presentation for the provision of knowledge on glaucoma, and self-care behaviors of the patients with

glaucoma, audio slide presentation on positive role models of patients who could control their eye pressure, and negative role models of patients with blindness, and home visit for the follow up on health problems of the patients, as well as documents, i.e., illustrated self-care manual for the elderly with glaucoma and proper use of eye drops, which were developed by the researcher based on the literature review. The program received the content validity from experts. The main caregiver of the patients were asked for cooperation and provided with the introduction of the project. The patients and their relatives were followed up over the phone for 2 times, each of which was made after attending the activity for 2 weeks.

2. The instrument for the data collection was developed by the researcher based on related literature review, and its content validity was made by 3 experts. It would be applied with 20 patients with glaucoma, comprising:

2.1 The questionnaire on general information included demographic data, and information on glaucoma.

2.2 The questionnaire on knowledge on glaucoma contained 10 items, with the reliability of 0.75.

2.3 The questionnaire on risk assessment, including perceived severity of the disease, and perceived susceptibility to higher intraocular pressure, contained 10 items, with coefficient alpha of 0.74.

2.4 The questionnaire on problem confrontation assessment, including expectation on self-efficacy in performing behaviors to control intraocular pressure, and expectation on effectiveness of performing behaviors to control intraocular pressure, contained 10 items, with coefficient alpha of 0.69.

2.5 The questionnaire on the intention of performing behaviors to control intraocular pressure contained 10 items, with coefficient alpha of 0.75.

2.6 The interview form on assistance of the main caregiver contained 10 items, with coefficient alpha of 0.82.

Sample Advocacy

This research was approved by Human Research Ethics Committee of the Faculty of Medicine Siriraj Hospital (Project Code: 260/2555(EC4)). The research participants were provided with the explanation on research objectives, research

benefits, duration of participation in activities, and data collection. The samples were allowed to terminate the questionnaire response on voluntary basis, without any impact on medical treatment, and their name and last name would not be disclosed, while the data presentation would be made in the overview.

Data Analysis

The data analysis was made by using SPSS for window version.18 (Statistical Package for the Social Science). The statistical significance level was determined at 0.5. Descriptive statistics included frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. Analytical statistics included paired t-test and independent t-test.

Results

Demographic data

The majority of the experimental group representing 30% aged 70-74 years. 26.7% were nearly within the range of 65-69 years. 53.3% lived with their spouses. 53.3% were male. 73.3% were married. 53.3% finished primary education level. 63.3% were unemployed. 46.7% earned family income of 10,001-20,000 baht per month. 70% were entitled to total medical reimbursement. 83.3% had no problem with medical expenses. 53.4% had glaucoma for 5-10 years. 53.3% had never been provided with education or advices on self-care for chronic glaucoma. 64.29% used to be provided with such knowledge from the doctor. 96.7% had not experienced any abnormality from treatment. 83.3 had no family members with glaucoma.

The majority of the control group representing 30% aged 70-74 years. 50% lived with their spouses. 66.7% were female. 56.7% were married. 56.7% finished primary education level. 53.4% were unemployed. 36.7% earned family income of 20,001-30,000 baht per month. 76.7% were entitled to total medical reimbursement. 73.3% had no problem with medical expenses. 53.4% had glaucoma for 5-10 years. 80% had never been provided with education or advices on self-care for chronic

glaucoma. 50% used to be provided with such knowledge from the doctor. 86.7% had not experienced any abnormality from treatment. 80 had no family members with glaucoma.

After attending the self-care behavior promotion program for the elderly with chronic glaucoma, it was found that mean scores of the experimental group with respect of knowledge on chronic glaucoma; risk assessment, i.e., perceived severity of the disease, and perceived susceptibility to higher intraocular pressure; problem confrontation, i.e., expectation on self-efficacy in performing behaviors to control intraocular pressure, expectation on effectiveness of performing behaviors to control intraocular pressure, and behaviors to control intraocular pressure after the experiment were higher than before attending the program with a statistical significance ($p < 0.001$) as shown in Table 1.

Table 1 Comparison on difference of mean scores of the experimental group and the control group during pre-experiment and post-experiment with respect of knowledge on chronic glaucoma, risk assessment, problem confrontation, and behaviors to control intraocular pressure between the experimental group and the control group during pre-experiment and post-experiment

Data	Experimental	Control Group	p-value (2-tailed)
	Mean (SD)	Mean (SD)	
Knowledge			
Pre-experiment	4.43(2.06)	4.33(1.42)	0.946 ^a
Post-experiment	8.73(0.64)	4.93(1.76)	0.00 ^a
Risk assessment			
Pre-experiment	21.83(0.22)	20.40(3.07)	0.056 ^a
Post-experiment	26.74(0.87)	20.30(3.22)	0.00 ^a
Problem confrontation			
Pre-experiment	24.80(2.19)	23.20(2.57)	0.335 ^b
Post-experiment	29.33(0.76)	24.30(2.47)	0.00 ^b

Table 1 Comparison on difference of mean scores of the experimental group and the control group during pre-experiment and post-experiment with respect of knowledge on chronic glaucoma, risk assessment, problem confrontation, and behaviors to control intraocular pressure between the experimental group and the control group during pre-experiment and post-experiment (cont.)

Data	Experimental	Control Group	p-value (2-tailed)
	Mean (SD)	Mean (SD)	
Behavior of using eye drops			
Pre-experiment	29.75(1.89)	31.52(1.33)	0.09 ^a
Post-experiment	37.02(0.86)	30.96(1.16)	0.00 ^a
Methods of using eye drops			
Pre-experiment	5.26(1.59)	5.16(1.36)	0.808 ^a
Post-experiment	8.90(0.55)	5.03(1.34)	0.00 ^a
Assistance of main caregiver			
Pre-experiment	9.40(4.16)	10.00(4.08)	0.565 ^b
Post-experiment	11.33(4.75)	8.00(3.35)	0.00 ^b
Intraocular pressure			
Right eye			
Pre-experiment	14.68(4.75)	14.07(3.05)	0.547 ^a
Post-experiment	14.03(2.77)	13.60(2.81)	0.634 ^a
Left eye			
Pre-experiment	14.46(3.09)	13.77(2.93)	0.562 ^a
Post-experiment	14.90(4.19)	13.97(2.86)	0.760 ^a

^aMann-Whitney test, ^bt-test

Discussion

After the application of this self-care behavior promotion program, it was found that the elderly with chronic glaucoma who attended the program had higher mean scores of perceived severity of the disease, perceived susceptibility to higher intraocular pressure, expectation on self-efficacy in performing behaviors to control

intraocular pressure, expectation on effectiveness of performing behaviors to control intraocular pressure, behaviors to control intraocular pressure and than before the experiment with a statistical significance ($p < 0.001$). The blindness prevention program consisted of 2 activities: The first activity attended by 5 groups of the elderly consisting of 5-6 persons each took approximately 90 minutes; The second activity took about 90 minutes for the visit at home of each patient with glaucoma. The results of this study indicated that the blindness prevention program based on 2 types of perception, i.e., health risk assessment, and problem confrontation assessment could encourage people to determine to change their behaviors for the disease prevention, and such people adjusted their self-care behaviors and could perform behaviors appropriately with the disease.

Limitations

While collecting the data in this study, since other researchers also conducted the study on the patients with glaucoma at Ophthalmology Unit, Siriraj Hospital, the researcher had to extend the period of the data collection in order to avoid repetitive populations.

Recommendations

The researcher proposed the recommendations from this study and the recommendations for next studies as described below.

1. The self-care behavior promotion program should be promoted to apply to agencies related to patient care continuously through the training for nurses and officers of each unit.
2. The management procedure for the elderly patients should be developed in order to offer treatment alternatives for the patients and enhance family involvement in patient care for the patients' good quality of life.
3. Home visit and information disclosure to related agencies should be encouraged in order to ensure continuous patient care, and connect patient care between the hospital and home.

บรรณานุกรม

- กชกร สังขชาติ.(2538).ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.(พิมพ์ครั้งที่ 2).ชลบุรี:ภาควิชาการศึกษา
นอกระบบ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กาญจณี นิตีเรืองจรัส และนวนลอนงค์ ธนสมบัติสกุล. (2552).การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยที่มีความ
บกพร่องทางการมองเห็นของคลินิกสายตาลีออนราง.Journal of Nursing Science ,27
(3) ,14-22.
- ชนิษฐา คุณสว่าง. (2544). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้เรื่องโรค
และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อหินปฐมภูมิมุมเปิด
โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย .มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนิษฐา ทองหยอด. (2543). ศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ
เพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล อำเภอเดชอุดม จังหวัด
อุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คมเพชร นัตรศุกกุล. (2529).การแนะแนวเบื้องต้น.กรุงเทพฯ:ไทยวัฒนาพานิช.
_____. (2522).โครงการฝึกอบรมหลักสูตรพัฒนาการบริหารงาน รุ่นที่ 2.กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล. (2549).พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior).กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- จุฬารัตน์ โสตะ. (2546).กลยุทธ์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.ขอนแก่น:ภาควิชาสุขศึกษา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชลธิชา พรทิพย์. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อหินที่มารับการ
ตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร
และวชิรพยาบาล.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา บัณฑิต
วิทยาลัย .มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

จิตติพร คัมภีรานนท์. (2549). ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลชลประทาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ.

ทวีศักดิ์ จุลวัจนะ. (2533). โรคตา. กรุงเทพฯ: ฟีนี พลับบลิชชิง.

นภาพร พรหมคำชาว. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคม กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรังที่มารับบริการที่ห้องตรวจตา โรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา และโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นิลวรรณ ศิริคุณ ตรีณี ชุณหวัต และวรรณ สุขสบาย. (2533). ปัญหาโรคตาและการดูแลรักษา. กรุงเทพฯ: สุพรการพิมพ์.

นิตา ไสธรรวิทย์ วัฒนีย์ เย็นจิตร โสภา วัฒนานิกร ปริชญ์ ไรจนพงษ์พันธ์ ธวัช ต้นติสารศาสตร์ และ สมเกียรติ อัสวกริกรณ์. (2550). ความชุกและการสูญเสียการมองเห็นจากโรคต้อหิน. จักษุสาธารณสุข, 21(2), 161-180.

บุญยง เกี่ยวการค้า. (2527). วิธีการสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: ประสิทธิ์พานิชย์.

เบญจมาศ รอดแผ้วพาล. (2552). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาใน ผู้สูงอายุที่เป็น โรคต้อหิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เบ็ญจลักษณ์ อัครพสุชาติ. (2550). บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอุดรดิษฐ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและการพัฒนาท้องถิ่น บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิษฐ์.

ประจักษ์ ประจักษ์เวช. (2529). การใช้ยาทางจักษุวิทยา. กรุงเทพฯ: ศรีบุญอุตสาหกรรมการพิมพ์.

ปราโมทย์ ทุมวิภาต . (2541). การวิจัยโรคจักษุ ในฉัฐ ภูมิประวัติ และคณะ. (บรรณาธิการ), แผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพ Strategic Plan for Health Research (หน้า 194-201). กรุงเทพฯ: พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด.

ปานจิตต์ เอี่ยมสำอาง. (2546). ผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมดูแลของ ผู้ดูแลและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยบูรพา.

มัชฌิมา มะกรวัจนะ. (2553). ตำรา “ต้อหิน”. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ยุพดี รัตตะรังสี. (2545). การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: คอมฟอร์หม จำกัด.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการทำวิจัย. รามาธิบดีสาร, 84-94.
- ยุพิน ลีละชัยกุล. (2550). การรักษาต้อหิน โดยใช้ยา. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: กอไฟการพิมพ์ จำกัด.
- รจิต ผู้จินดาและคณะ. (2545). Evaluation of screening tests and prevalence of glaucoma: integrated health research program for the Thai elderly. Journal of The Medical Association of Thailand , 85(2), 147-53.
- วณิชา ชื่นกองแก้ว และคณะ. (2550). จักษุวิทยา. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วนิดา เทศนา. (2544). ศึกษาโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคราของ นายทหารชั้นประทวน จังหวัดลพบุรีสิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย .มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์. (2552). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 1) : ขอนแก่นการพิมพ์
- วัลลภ เอี่ยมสมบุญ . (2539). Glaucoma. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา วพม วิทยาลัยแพทยศาสตร์ พระมงกุฎเกล้า.
- วาสนา ฟุ้งฟู. (2548). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย .จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- วิภาวรรณ จรรย์สุกรินทร์. (2544). ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนจากญาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลเลิดสิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย .มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ วัฒนีย์ เย็นจิตร ศุภลักษณ์ รายยวา วิโรจน์ พุกยานุศักดิ์ วีระศักดิ์ อนุตรอังกูร ศิริลักษณ์ วีระพันธ์วัฒน์ และคณะ. (2544). ผลการประเมินความรู้และทัศนคติของผู้สูงอายุเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น. จักษุสาธารณสุข, 15(1), 21-28.
- ศศิธร อินทยุง สลักจิต ศรีมงคล และมิตรวรา สิงห์ทอง. (2540). การเปรียบเทียบผลของการสอนโดยใช้สื่อการสอนกับการสอนตามปกติในผู้ป่วยโรคต้อหิน. รายงานวิจัยมูลนิธิคณะแพทยศาสตร์ขอนแก่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ และคณะ.(2549).ตำราปฏิบัติการและหัตถการทางจักษุวิทยา.กรุงเทพฯ:
ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริพร อิทาคม. (2548). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในการ
รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ดูแล.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย .มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล.
(พิมพ์ครั้งที่ 2).กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภวรรณ พิมพ์ใจใส . (2548). ผลของโปรแกรมการให้สุศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อ
ป้องกันโรคสำหรับส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันตาบอดในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาใน
คลินิกต้อหิน โรงพยาบาลขอนแก่น.วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
สุศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย .มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สกวรัตน์ คุณาวิศรุต. (2534).ผลข้างเคียงของยารักษาต้อหิน.วารสารจักษุสาธารณสุข,5(2),175-183.
- สบง ศรีวรรณบุรณ์. (2547). การวิเคราะห์สภาพตาสำหรับการแก้ไขสายตาคิดปกติโดย Corneal
Topography และ Wavefront Sensing.กรุงเทพฯ:งานตำราวารสารและสิ่งตีพิมพ์ สถาน
เทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิตร หนูเจริญกุล วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด . (2543).การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิด
ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล.มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สมสงวน อัญญคุณ. (2549).ตำราเวชปฏิบัติจักษุ.เชียงใหม่:ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์
เชียงใหม่.
- สัญญา ปิลกศิริ. (2523). จักษุวิทยาพื้นฐาน.กรุงเทพฯ:ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สินี ยมาภย์. (2545). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคต้อหินมุมเปิดปฐมภูมิในผู้สูงอายุ.วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย .
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกัญญา ศรีสง่า . (2550). ผลของโปรแกรมสุศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดปฐม
ภูมิ.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา วิชาการบริหารบริการสุขภาพ
บัณฑิตวิทยาลัย .มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.

- สุขปราณี นรารมย์. (2552). ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพภาพของตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุจินดา ริมศรีทอง อรุณี โรจนเพ็ญกุล และชวลี โขมิตทาภิวณิช. (2537). การศึกษาความรู้และความร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคต้อหิน. วารสารจักษุสาธารณสุข, 8(1), 38-41.
- สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตรีตรง. (2544). การบริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care Service). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์
- สุริย์ จันทรมณี. (2527). วิธีการทางสุขศึกษา. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุวรรณ จันทรประเสริฐ. (2550). ปฏิบัติการพยาบาลชุมชนขั้นสูง (Advanced Community Nursing Practice). (พิมพ์ครั้งที่ 1). ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- อนันต์ เกตุวงศ์. (2520). หลักและเทคนิคของการวางแผน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์. (2553). วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: บริษัทยูนิดีแอนด์ โพรเกรสโซลูชั่น จำกัด.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2550). ชีวสถิติ. (พิมพ์ครั้งที่ 4). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- อัจฉรา เอ็นซ์ และปริยา รุ่งโสภาสกุล. (2541). การศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Albert P. Lin, Silvia Orengo-Nania and Ursula K. Braun. (2009). Management of chronic open-angle glaucoma in the aging US population. *Journal of Geriatrics*, 64(7), 20-28.
- Ashburn, F.S. et al., (1980). Compliance with ocular therapy. *Survey of Ophthalmology*, 24(4), 237-248.
- Betsy Sleath, Rex Ballinger, David Covert, Alan L. Robin, John E. Byrd and Gail Tudor. (2009). Self-Report Prevalence and Factors Associated With Nonadherence With Glaucoma Medication in Veteran Outpatients. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 67-69.
- Bloom, B.S. (1971). *Handbook on Formative and Sumative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw-Hall.
- DiMatteo MR, Lepper HS and Croghan TW. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effect of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med*, 160, 2101-7.

- Donald L. Budenz .(2009).A Clinician's Guide to the Assessment and Management of Nonadherence in Glaucoma. The American Academy of Ophthalmology ,43-47.
- Geld L ,Friedman DS ,Quigley HA ,Lyon DW ,Tan J ,Kim EE ,et al.,(2008).Physician beliefs and behaviors related to glaucoma treatment adherence:the glaucoma treatment adherence and persistency study.J Glaucoma ,17(8),690-698.
- Gwyneth Rees ,Omega Leong ,Jonathan G. Crowston andEcosse L. Lamoureux.(2010).Intentional and Unintentional Nonadherence to Ocular Hypotensive Treatment in Patients With Glaucoma . The American Academy of Ophthalmology ,903-908.
- Hattenhauer MG , Johnson DH, Ing HH, Kerman DC, Hodge DO, Yawn BP, et al.(1998).The Probability of blindness from open-angle glaucoma. Ophthalmology,105(11),2099-104.
- Jaana Lunnela .(2011).Web-based intervention for improving adherence of people with glaucoma.Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness ,3(2),119-129.
- Jasmine W. Yumori and Mary P. Cadogan.(2011).Primary Open-Angle Glaucoma. Journal of Gerontological Nursing,37(3),10-15.
- Li-Chun Chang ,Mei-Ching Teng ,Hsueh-Wen Chang ,Ing-Chou Lai ,Pei-Wen Lin and Jen-Chia Tsai .(2005).The Probability of Blindness in Patients Treated for Glaucoma.Chang Gung Med Journal ,28, 492-497.
- Mackay ,B.C.(1992).Aids and Protection Motivation Theory (PMT) :Effect of Imagined Scenarios on Intention to Use Condom.UMI Dissertation Service Printers.
- Needham,J.E.(1993).Gerontological Nursing:A Restorative Approach ,New York :Delmar Publishers Inc.
- Quigley HA , Broman AT.(2006).Number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020. British Journal of Ophthalmol,90,262-7.
- Quigley HA.(1996).Number of people with glaucoma worldwide. British Journal of Ophthalmol,80,389-93.
- Rajesh Balkrishnan ,J.Brent Bond ,Wesley G.Byerly ,Fabian T.Camacho and Roger T.Anderson.(2003).Medication-Related Predictors of Health-Related Quality of Life in Glaucoma Patients Enrolled in a Medicare Health Maintenance Organization .The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy,1(2),75-80.

- Rein DB ,Zhang P , Wirth KE ,Lee PP ,Hoerger JT ,McCall N ,et al.(2006). The economic burden of major adult visual disorders in the United States. *Arch Ophthalmol*, 124,1754-1760.
- Ronal W Roger .(1975).A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Chage. *The Journal of Psychology*,91,93-114.
- Ronal W Roger .(1986).Protection Motivation Theory Health Education Research Theory and Practice,1,153-161.
- Tarun Sharma ,John F Salmon.(2007).Ten-year outcomes in newly diagnosed glaucoma patients:mortality and visual function. *British Journal of Ophthalmol*,91,1282-1284.
- Trish A Gray ,Lois C Orton ,David Henson ,Robert Harper,Heathe Waterman.(2009).Interventions for improving adherence to ocular hypotensive therapy.(Cochrane Review). *The Cochrane Library* .Issue 2. :CD006132
- Webster,J.A.(1980).The wellness model feeling good about you . *AORN Journal* ,41,713-718.
- Zimmerman,T.J. and Zalta,A.H.(1983).Facilitating patient compliance in glaucoma therapy. *Survey of Ophthalmology*,28(3),252-258.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

2 ถนนพรหมเขต บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700



โทร (662) 4196405-6
โทรสาร (662) 4196405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข *SI* 338/2012

ชื่อโครงการภาษาไทย : ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูญเสียการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง

รหัสโครงการ : 260/2555(EC4)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางเรวดี สุราทะโก / ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. แบบสอบถาม
6. แบบบันทึกข้อมูล
7. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 25 มิถุนายน 2555

วันหมดอายุ : 24 มิถุนายน 2556

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจารุพิมพ์ สูงกว้าง)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

27 มิถุนายน 2555
วันที่

ลงนาม
(ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

- 4 ก.ค. 2555
วันที่

2 PRANNOK Rd. BANGKOKNOI
BANGKOK 10700



Tel. (662) 4196405-6
FAX (662) 4196405

MAHIDOL UNIVERSITY
Sinca ARR
Siriraj Institutional Review Board
Certificate of Approval

COA no. Si 338/2012

Protocol Title : THE EFFECT OF BLINDNESS PREVENTION PROGRAM AMONG THE ELDERLY WITH CHRONIC
GLAUCOMA

Protocol number : 260/2555(EC4)

Principal Investigator/Affiliation Mrs.Rewadee Suratako / Department of Nursing Siriraj Hospital
Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Approval includes :

1. SIRB Submission Form
2. Proposal
3. Patient information sheet
4. Informed Consent Form
5. Questionnaire
6. Case Record Form
7. Principle Investigator's curriculum vitae

Approval date : June 25, 2012

Expired date : June 24, 2013

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full Compliance with international guidelines for human research protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).


.....
(Prof. Jarupim Soongswang, M.D.)
Chairperson

June 27, 2012
date


.....
(Clin. Prof. Udom Kachintorn, M.D.)
Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

- 4 JUL 2012
date



สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐
ชั้น 2 โทร. 0 2419 2667-72 โทรสาร. 0 2411 0162

ที่ ศธ 0517.071/วจ/EC 003384

วันที่ - 4 ก.ค. 2555

เรื่อง ขอตงเอกสารรับรองและเอกสารที่เกี่ยวข้องสำหรับโครงการวิจัย

เรียน นางเรวัตี สุรათะโก

สิ่งที่ส่งมาด้วย : แนวทางการปฏิบัติ 11 ข้อ สำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองแล้ว

ในนามของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ขอแสดงความยินดีที่โครงการวิจัยของท่าน เรื่อง "ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูญเสียการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง" รหัสโครงการ 260/2555(EC4) ได้รับการรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2555 ดังนั้นจึงขอส่งเอกสารรับรอง (Certificate of Approval หรือ COA) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และเอกสารแนบอื่นๆ ดังเอกสารแนบมาซึ่งท่าน

พร้อมกันนี้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ส่งแนวทางการปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองแล้ว 11 ข้อ ซึ่งหัวหน้าโครงการวิจัยจะต้องปฏิบัติและดูแลให้ผู้วิจัยร่วมหรือผู้ช่วยวิจัยทุกท่านปฏิบัติตามด้วย ตามเอกสารที่ส่งมาด้วย (สัชมท)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ขออำนวยการให้ท่านประสบความสำเร็จในการดำเนินการวิจัยตามความมุ่งหมายเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ และเพื่อประโยชน์ของมนุษยชาติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจารุพิมพ์ สูงสว่าง)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ภาคผนวก ข



สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัยสาขา
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๒ ถนนโยธี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
โทรศัพท์ ๐-๒๒๐๐-๗๖๖๑ โทรสาร ๐-๒๒๐๐-๗๖๖๒

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ (ทพ) / ๔๐๔๓
วันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองเครื่องมือเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาริบัติ

ด้วย นางเรวดี สุราทะโก นักศึกษามหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข (หลักสูตรภาคพิเศษ) คณะสาธารณสุขศาสตร์ กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูญเสียการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง" อยู่ในความควบคุมของ รองศาสตราจารย์ ดร. พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ ซึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะทดลองเครื่องมือเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง อายุระหว่าง ๖๐-๗๕ ปี และมีผู้ดูแลหลัก ๑ คน ซึ่งเข้ามารับการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจโรคจักษุ เป็นการทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ณ หน่วยตรวจโรคจักษุ โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยใช้วิธีการตอบแบบสอบถาม ในวันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๕๕ ถึงวันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๕๕

บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านโปรดอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองเครื่องมือ เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ตามที่เห็นสมควรด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ทพญ. อารยา พงษ์หาญยุทธ)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ติดต่อนักศึกษา : นางเรวดี สุราทะโก
โทร. ๐๘-๗๐๖๗-๐๐๔๔

ภาคผนวก ก
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูญเสียการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางเรวดี สุราทะโก

สถานที่วิจัย หน่วยตรวจโรคจักษุ โรงพยาบาลศิริราช

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ
งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจโรคจักษุ

หมายเลขโทรศัพท์ 7399 , 7400-1

โทรศัพท์ 087-0670084

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย กองทุนพระราชทานพัฒนาศิริราช

ระยะเวลาในการวิจัย กรกฎาคม 2555 ถึง กันยายน 2555 หรือหลังจากผ่านการพิจารณาโครงการจากคณะกรรมการจริยธรรมฯ รวมเวลา ประมาณ 2 เดือน

ที่มาของการวิจัย

โรคต้อหิน พบมากในผู้สูงอายุ เป็นการตาบอดที่ไม่สามารถกลับมามองเห็นได้ เนื่องจากการถูกทำลายเส้นประสาทตา และทำให้ผู้ป่วยตาบอดได้ถ้าไม่ได้รับการรักษา รักษาไม่ต่อเนื่อง หรือไม่ถูกวิธี การป้องกันการสูญเสียการมองเห็นของผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง โดยการควบคุมความดันภายในลูกตาทิ้งไว้ในภาวะปกติ ซึ่งการรักษามีหลายวิธี ได้แก่ การใช้ยาหยอดตา เพื่อช่วยส่งเสริมการระบายออกของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา หรือ เพื่อการลดการสร้างน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ จึงจะสามารถควบคุมความดัน

ถูกตาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการรักษา และมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคต่อหีนเป็นอย่างมาก การสร้างเสริมสุขภาพของในกลุ่มผู้สูงอายุโรคต่อหีนมีรูปแบบการให้ความรู้ยังไม่ชัดเจน และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยนี้อาจเป็นข้อจำกัดในการรับรู้บางอย่าง เพื่อพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยงานในกลุ่มผู้สูงอายุโรคต่อหีนให้สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องต่อเนืองที่บ้าน และป้องกันการสูญเสียการมองเห็น ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูญเสียการมองเห็น เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคต่อหีน สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูญเสียการมองเห็น โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในผู้สูงอายุโรคต่อหีน

วัตถุประสงค์รอง

เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคต่อหีนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูญเสียการมองเห็น และเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุโรคต่อหีนกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติในประเด็น ดังนี้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหีน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการสูญเสียการมองเห็นจากโรคต่อหีน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการสูญเสียการมองเห็น ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการสูญเสียการมองเห็น พฤติกรรมการป้องกันการสูญเสียการมองเห็น และศึกษาการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหีนกลุ่มที่เข้าโปรแกรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นประกอบการตัดสินใจในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหีนเพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงการดูแลที่โรงพยาบาลและการดูแลต่อที่บ้าน
2. พัฒนาระบบการในการบริหารจัดการกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหีนชนิดเรื้อรังในหน่วยตรวจโรคจักษุ เมื่อสิ้นสุดการวิจัย

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ

1. ได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ว่าเป็นต้อหินชนิดเรื้อรัง
2. อายุระหว่าง 60-79 ปี
3. ระดับสายตาข้างที่ดีที่สุดหลังแก้ไขด้วยแว่นแล้วไม่ต่ำกว่า 3/60
4. มีระดับความดันลูกตาไม่เกินกว่า 30 มม.ปรอท
5. มีผู้ดูแลหลัก 1 คน
6. ไม่มีโรคแทรกซ้อน เช่น ตาบอดทั้งสองข้าง ไม่มีหูตึง การรับรู้และสติสัมปชัญญะดี

ไม่มีประวัติของโรคจิต โรคประสาท

7. สามารถอ่านและฟังภาษาไทยได้
8. ยินยอมเข้าร่วม และให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
9. อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพและปริมณฑล

เกณฑ์ในการคัดออก

1. ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม เช่น ข่ายถนัดหรือที่อยู่อาศัยในระยะที่ศึกษาวิจัย
2. ได้รับการเปลี่ยนแปลงการรักษาจากเดิม เช่น การเปลี่ยนยา เพิ่มยา การผ่าตัด เลเซอร์

จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ

กลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน
2. กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

กลุ่มเปรียบเทียบ

1. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 ของการเก็บข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเวลา 30 นาที

2. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 8 การเก็บข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเวลา 30 นาที

กลุ่มทดลอง

1. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Pre-test) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 ของการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองเป็นเวลา 30 นาที

2. เข้าร่วมโปรแกรมมีการจัดกิจกรรม 2 ครั้ง ดังนี้

2.1 จัดกิจกรรมเฉพาะผู้ดูแลหลักของกลุ่มทดลอง จำนวนครั้งละ 5-6 คน ใช้เวลาประมาณ 45 นาที ประกอบด้วย บรรยายเกี่ยวกับโรคต่อหิน สาธิตการหยอดยา ถาม-ตอบ ข้อซักถามเกี่ยวกับโรคต่อหิน และมอบหนังสือคู่มือเรื่องโรคต่อหิน เพื่อนำกลับไปใช้ที่บ้าน

2.2 กิจกรรมครั้งที่ 1 แบ่งผู้สูงอายุเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 5-6 คน ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที ประกอบด้วย การบรรยายโดยคู่มือสไลด์ เกี่ยวกับโรคต่อหินและสไลด์ประกอบเสียงเสนอตัวแบบ การอภิปรายกลุ่มและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มผู้ป่วย มีการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตนร่วมกัน การเรียนรู้จากตัวแบบ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ การให้คำปรึกษา มีการทบทวนเรื่องโรคต่อหินโดยการถาม-ตอบ และมอบหนังสือคู่มือเรื่องโรคต่อหิน

2.3 กิจกรรมครั้งที่ 2 ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินแต่ละรายที่เข้าโปรแกรม ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที กิจกรรมประกอบด้วย การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน การส่งต่อผู้ป่วย โดยผู้วิจัยและตัวแทนจากหน่วยการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช มีการทบทวนความรู้เรื่องโรคต่อหินและถาม-ตอบของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้โรคต่อหิน ประเมินพฤติกรรมการหยอดยาของผู้ป่วย และตรวจสอบการเก็บรักษายาที่บ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลหลักแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองในด้านต่างๆ และปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการพฤติกรรมดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแลหลัก

3. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 8 ของการเก็บข้อมูล ในกลุ่มทดลองเป็นเวลา 30 นาที การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองตลอดการวิจัย จะถูกเก็บเป็นความลับและไม่มีผลต่อการรักษา ผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้

ค่าตอบแทนที่ผู้ร่วมการวิจัยจะได้รับ

ค่าตอบแทนที่ผู้ร่วมการวิจัยจะได้รับ คือ ค่าเดินทางในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งละ 100 บาท

มาตรการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยตรวจโรคจักษุเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. มีการเก็บความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อและข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บข้อมูลอาจผลกระทบต่อการรักษา โดย ถ้าแพทย์ผู้รักษาทราบว่าผู้ป่วย พฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสมจะมีผลต่อการรักษา การเก็บข้อมูลอาจได้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง แนวทางป้องกัน คือ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยตรวจโรคจักษุ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บความลับและเน้นย้ำถึงข้อมูลที่ไม่มีผลต่อการรักษาแต่ประการใด

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐานคือ

ได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหินชนิดเรื้อรังตามปกติ

หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางเรวดี สุราทะ โโก 087-0670084

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องรับผิดชอบเอง ไม่มี

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบังข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย จะถูกเก็บรักษาไว้โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้ ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่ผลกระทบต่อการทำงานแต่อย่างใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนทราบได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตึกอดุลย-เดชวิกรม ชั้น 6 ร.พ.ศิริราช โทร. (02) 419-6405-6 โทรสาร (02) 419-6405

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย / วันที่.....
(.....)

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูญเสียการมองเห็นของผู้สูงอายุ

โรคต้อหินชนิดร้อรัง

วันที่ทำการเก็บข้อมูล...../...../.....ครั้งที่.....

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
2. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคต้อหิน
3. แบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินอันตราย และการประเมินการเผชิญปัญหา
4. แบบสอบถามเกี่ยวกับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันการสูญเสียการมองเห็น และพฤติกรรมป้องกันการสูญเสียการมองเห็น
5. แบบสัมภาษณ์การช่วยเหลือของผู้ดูแลหลัก

2. คำตอบของท่านไม่มีถูกหรือผิด เพราะแต่ละบุคคลย่อมมีความคิดเห็นแตกต่างกัน ดังนั้นจึงขอความกรุณาท่านตอบ ตามความเป็นจริงของตัวท่านให้มากที่สุด

3. คำตอบของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และรับรองว่าจะไม่เกิดผลเสียต่อท่านแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จากการตอบนี้ จะนำไปใช้เพื่อประกอบการศึกษาเท่านั้น และเพื่อประโยชน์ต่อประชาชนส่วนรวมในลำดับต่อไป

นางเรวดี สุราทะโก

นักศึกษาระดับปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต

เอกการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

11. ท่านเคยมีอาการผิดปกติจากการรับประทานยา/หยอดตา รักษาโรคต้อหิน เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน แสบตา ตาแห้ง หรือไม่

ไม่เคย

เคย จากการใช้ยา..... มีอาการ.....

12. บุคคลในครอบครัวของท่านมีประวัติเป็นโรคต้อหินหรือไม่

ไม่มี

มี ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคต้อหิน

คำชี้แจง แบบวัดความรู้เรื่องโรคต้อหิน เป็นคำถามเกี่ยวกับโรคต้อหินและการดูแลตนเอง มีทั้งหมด 10 ข้อ เป็นคำถามเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โปรดทำเครื่องหมาย X ทับลงบนตัวอักษรหน้าคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

1. ข้อใดถูกต้องเกี่ยวกับโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง
 - ก. เป็นโรคที่ทำให้เกิดการตาบอดชั่วคราว
 - ข. รักษาด้วยการควบคุมระดับความดันลูกตา
 - ค. เกิดจากบริเวณรอบๆกระจกตาถูกทำลาย
 - ง. เมื่อผ่าตัดแล้วสามารถกลับมามองเห็นเป็นปกติ
2. ข้อใดเป็นลักษณะโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง
 - ก. มีอาการปวดแสบตามาก
 - ข. มีเลนส์แก้วตาสีขาวขุ่น
 - ค. มีความผิดปกติของลานสายตา
 - ง. มีน้ำตาไหล เคืองตา กระจกขาว
3. บุคคลใดเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง
 - ก. มีประวัติในครอบครัวเป็นต้อหิน
 - ข. ประสบอุบัติเหตุศีรษะกระแทก
 - ค. มีสายตาวาวมาก ทั้ง 2 ข้าง
 - ง. ใช้ยาหยอดตาที่มีสเตียรอยด์นานๆ
4. ข้อใดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในลูกตาสูง
 - ก. ซื้อยาหยอดตาเมื่อยาหมดก่อนพบแพทย์
 - ข. หยอดยา และไปพบแพทย์ตามนัด
 - ค. ปรับลด เพิ่ม ขนาดยาเองตามอาการ
 - ง. ใช้ยาหยอดร่วมกันมากกว่าหนึ่งชนิด
5. ข้อใดถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการใช้ยารักษาต้อหิน
 - ก. ซื้อยาหยอดเองได้ไม่ต้องมาตรวจ
 - ข. ลดขนาดยาลงเมื่อมีอาการแสบตา
 - ค. ต้องหยอดยาอย่างสม่ำเสมอ
 - ง. เมื่อมีอาการเคืองตาควรหยุดยา

6. ข้อใดเป็นการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้อง
- ก. เขย่าขวดยาก่อนหยอดยาทุกครั้ง
 - ข. หยอดตาลงบนหนังตาล่าง 2-3 หยด
 - ค. ควรหยอดยา 2 ชนิดพร้อมกันทันที
 - ง. กดที่หางตาเบาๆ 2-3 นาทีหลังหยอดยา
7. ข้อใดเป็นอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์
- ก. เมื่อเคืองตาหลังหยอดยา
 - ข. เบื่ออาหาร คลื่นไส้
 - ค. ตามัวลง ปวดตามาก
 - ง. ตาแดง มีขุ่นตายาว
8. ข้อใดเป็นวิธีรักษาโรคต้อหิน
- ก. ใช้ยาลดความดันตา
 - ข. รักษาด้วยเลเซอร์
 - ค. การผ่าตัด
 - ง. ถูกทุกข้อ
9. ข้อใดถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาโรคต้อหิน
- ก. มาพบแพทย์เป็นครั้งคราว
 - ข. รับประทานยาเฉพาะเวลาปวด
 - ค. หยอดยาได้บ่อยๆ ตลอดทั้งวัน
 - ง. มีปัญหาในการใช้ยา ควรแจ้งแพทย์
10. ข้อใดไม่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคต้อหิน
- ก. ออกแรงเบ่ง และยกของหนักได้
 - ข. ดื่มน้ำสะอาดปริมาณ 8 แก้วต่อวัน
 - ค. จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เป็นระเบียบ
 - ง. หยอดยา และพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินอันตราย และการประเมินการเผชิญปัญหา

3.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินอันตราย ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหิน และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการสูญเสียการมองเห็นจากโรคต่อหิน

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นบ้าง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. โรคต่อหินชนิดเรื้อรัง เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้			
2. อันตรายของโรคต่อหิน คือ การสูญเสียการมองเห็น			
3. ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับความดันลูกตาก็อยู่ในเกณฑ์ปกติอาจทำให้ตาบอด			
4. ถ้าเป็นโรคต่อหินชนิดเรื้อรังแล้วควบคุมไม่ได้ทำให้เพิ่มภาระด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล			
5. คนที่เป็นโรคต่อหินชนิดเรื้อรังเมื่อได้รับการรักษาแล้วจะมีโอกาสมองเห็นเท่ากับคนปกติ			
6. ถ้าระดับความดันลูกตาลดลงสู่ระดับปกติก็ไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์			
7. การรับประทานยา หรือหยอดยาอย่างสม่ำเสมอช่วยควบคุมระดับความดันในลูกตาและป้องกันการสูญเสียการมองเห็น			
8. ผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรังที่ไม่มีอาการก็อาจเกิดการสูญเสียการมองเห็นได้			

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
9.ถ้ารับประทานยา หรือหยอดยาที่ใช้รักษาโรคต่อหินแล้วมีอาการข้างเคียงควรหยุดยาทันที			
10.การไม่มาตรวจตามนัดทุกครั้งจะทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้และเสี่ยงต่อการสูญเสียการมองเห็น			

3.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวป้องกันการสูญเสียการมองเห็น ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวป้องกันการสูญเสียการมองเห็น คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นก้ำกึ่งกัน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1.ท่านมั่นใจที่จะควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้			
2.ท่านรับประทานยา หรือหยอดยาได้ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่งทุกครั้ง			
3.ท่านรับประทานยา หรือหยอดยาได้ครบตามจำนวนที่แพทย์สั่งทุกครั้ง			
4.ท่านควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ออกแรงเบ่ง หรือยกของหนัก			
5.ท่านมั่นใจว่าจะมาพบแพทย์ตามกำหนดนัดได้ทุกครั้ง			

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
6. ถ้าท่านรับประทานยา หรือหยุดยาอย่างสม่ำเสมอจะ ช่วยไม่ทำให้เกิดการสูญเสียการมองเห็น			
7. การลืม รับประทานยา หรือหยุดยาจะทำให้เกิดการ สูญเสียการมองเห็นได้เร็วขึ้น			
8. การหยุด รับประทานยา หรือหยุดยาเอง เมื่อความ ดันลูกตาลดลงเป็นปกติ จะไม่ทำให้เกิดการสูญเสีย การมองเห็น			
9. การมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งเป็นที่จำเป็นในผู้ป่วย โรคต้อหินชนิดเรื้อรัง			
10. การควบคุมระดับความดันลูกตาให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ทำให้ป้องกันการสูญเสียการมองเห็น			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันการสูญเสียการมองเห็น และ
พฤติกรรมป้องกันการสูญเสียการมองเห็น ประกอบด้วย

4.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมหยุดยา เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม
การหยุดยา 1 เดือน ย้อนหลังนับจากวันที่สัมภาษณ์

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือ ที่ตรงกับ
ความคิดเห็นของท่าน

ทุกครั้ง	หมายถึง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำในรอบ 1 เดือน
เกือบทุกครั้ง	หมายถึง กิจกรรมที่กระทำโดยเฉลี่ยเป็นประจำในรอบ 1 เดือนจะ ทำกิจกรรมนั้น
นานๆครั้ง	หมายถึง กิจกรรมที่เคยกระทำแต่ไม่เป็นประจำ หรือไม่ทำ กิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉลี่ยในรอบ 1 เดือน
ไม่เคย	หมายถึง ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลยในรอบ 1 เดือน

ข้อความ	ทุกครั้ง	เกือบทุกครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
1.ท่านหยุดยาไม่ครบจำนวนตามที่แพทย์สั่งบ่อยแค่ไหน				
2.ท่านหยุดยาตรงเวลาตามที่แพทย์สั่งบ่อยแค่ไหน				
3.ท่านเคยลืมหยุดยา บ่อยแค่ไหน				
4.ท่านปรับลด เพิ่มขนาดยาด้วยตนเอง				
5.ท่านหยุดยาได้อย่างต่อเนื่องทุกวัน บ่อยแค่ไหน				
6.ท่านตรวจสอบชื่อยาว่าถูกต้องหรือไม่ ทุกครั้งก่อนหยุด				
7.ท่านมาพบแพทย์ตามนัดเป็นระยะๆ เพื่อตรวจดูความดันตาให้อยู่ในระดับปกติทุกครั้ง				
8.ถ้าท่านมีอาการแพ้ยา ควรรีบมาพบ จักษุแพทย์				
9.ท่านเขย่าขวดยาทุกครั้งก่อนหยุด				
10.ท่านล้างมือก่อน-หลังหยุดยาทุกครั้ง				

4.2 แบบบันทึกเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาหยอดตา เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการหยอดตา
ที่ถูกต้องวิธี

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ปฏิบัติ หมายถึง การปฏิบัติตามคำแนะนำในการหยอดตา

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการหยอดตา

รายการ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1.ตรวจสอบคู่มือว่าถูกต้องหรือไม่		
2.ล้างมือให้สะอาด		
3.เขย่าขวดยาเพื่อให้ยาเข้ากัน		
4.เอนตัวไปข้างหลัง		
5.เหลือกตามองไปด้านบน		
6.ดึงหนังตาล่างลง		
7.หยอดยาลงบนกระพุ้งตาล่างแล้วหลับตา		
8.กดที่หัวตาเบาๆ 2-3 นาที เพื่อให้ยาไหลเข้าในท่อน้ำตา และใช้สำลีสะอาดเช็ดยาที่ล้นออกรอบๆตา		
9.ล้างมือให้สะอาดอีกครั้ง		
10.หากต้องหยอดยาอีกชนิดหนึ่งให้รอ 5 นาทีค่อยหยอดยาใหม่		

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การช่วยเหลือของผู้ดูแลหลัก

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

ข้อความ	ได้รับบ่อยครั้ง	ได้รับบางครั้ง	ไม่ได้รับเลย
1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคข้อหินชนิดเรื้อรังและการป้องกันการสูญเสียการมองเห็น			
2. ดักเตือนให้ท่านรับประทานยา/หยอดยาครบจำนวน และตรงเวลา			
3. ช่วยเหลือในการจัดยารับประทาน/หยอดยาให้ครบจำนวน และตรงเวลา			
4. ช่วยเหลือ โดยการหยอดยาให้ตามเวลา			
5. ดักเตือนให้ท่านรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย เช่น ปลา ผัก และผลไม้			
6. จัดหาอาหาร หรือจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมให้			
7. ดักเตือนท่านให้หลีกเลี่ยงการออกแรงเบ่ง และยกของหนัก			
8. กระตุ้นให้ท่านมาตรวจตามนัดทุกครั้ง			
9. ช่วยเหลือ โดยพาท่านมาพบแพทย์ตามนัด			
10. ให้กำลังใจ รับฟังปัญหา และให้คำแนะนำในเวลาที่ท่านมีความวิตกกังวล หรือเครียด			

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโรคต่อหิน เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ
ครั้งที่ 1 ประชุมกลุ่ม ระยะเวลา 90 นาที โดยผู้วิจัย นาง เวรดิ สุราตะโก

วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	สถานที่	กิจกรรม	อุปกรณ์	ตัวชี้วัด	ประเมินผล	หมายเหตุ
1. เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักทราบวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมโปรแกรม ขั้นตอนของกิจกรรม	1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาของกิจกรรม	หน่วยตรวจโรคจัด	1.แนะนำตนเองกับสมาชิกกลุ่มและให้สมาชิกแต่ละคนแนะนำตัวเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ	-ตัวผู้วิจัย เป็นสื่อบรรยาย -แบบสัมภาษณ์	-บรรยายภาคในการจัดกิจกรรมเป็นกันเองให้ ความสนใจ	-ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสนใจในการฟัง -ผู้สูงอายุมีส่วน ร่วมในการซักถาม -แบบสัมภาษณ์	
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคต่อหิน	2. เพื่อให้ผู้สูงอายุ อธิบายความรู้แรงของโรคต่อหิน โอกาสเสี่ยงต่อการสูญเสียการมองเห็น		2.กิจกรรมส่งเสริมให้ ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน จากแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน และมอบเอกสารคู่มือเรื่องโรคต่อหิน	-เครื่องฉายสไลด์ -power point เรื่องต่อหิน -เอกสารคู่มือต่อหิน	-การซักถาม และแสดงความคิดเห็น	-ผู้สูงอายุสนใจในการฟัง -ผู้สูงอายุมีส่วน ร่วมในการตอบคำถาม	

**โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโรคต่อหิน เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ
ครั้งที่ 1 ประชุมกลุ่ม ระยะเวลา 90 นาที โดยผู้วิจัย นาง เรขวิดี สุราทะโก**

วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	สถานที่	กิจกรรม	อุปกรณ์	ตัวชี้วัด	ประเมินผล	หมายเหตุ
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคต่อหินอธิบายแนวทางการดูแลตนเองและฝึกทักษะการหยอดยาได้อย่างถูกต้อง	3. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับโรคต่อหินได้ถูกต้อง	หน่วยตรวจโรคจักษุ	3.1 จัดกลุ่มอภิปรายและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตนร่วมกัน เกี่ยวกับ การดูแลตนเองในด้านต่างๆ 3.2 สาธิต และฝึกทักษะการหยอดตาของกลุ่มผู้ป่วยโรคต่อหินอย่างถูกวิธี และสาธิตซ้ำ	- เครื่องฉายสไลด์ - power point เรื่องหยอดยา - ตัวอย่างยาโรคต่อหิน - ยาสาธิตที่ใช้ ล้อติ -อ่างล้างมือ	- บรรยายภาคในการจัดกิจกรรม - เป็นกันเองให้มีความร่วมมือ - สีน้าทำทางของผู้สูงอายุ	- ผู้สูงอายุสนใจในการฟัง การแลกเปลี่ยนข้อมูล และร่วมฝึกการหยอดตา - ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการซักถาม และตอบคำถาม - แบบสัมภาษณ์	

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กวัยทารกเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ
ครั้งที่ 2 การเยี่ยมบ้าน ระยะเวลา 90 นาที โดยผู้วิจัย

วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	สถานที่	กิจกรรม	อุปกรณ์	ตัวชี้วัด	ประเมินผล	หมายเหตุ
1. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรค ต้อหินบอบกและระบาย ความรู้สึกรวมทั้ง ปัญหาที่พบเกี่ยวกับการ ดูแลตนเอง	1. เพื่อเปิดโอกาสให้ ผู้ป่วย และผู้ดูแลหลัก แสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับการดูแล ตนเองในด้านต่างๆ และปัญหาที่เกิดขึ้น	บ้าน ผู้ป่วย โรคต้อ หิน	1.1 กล่าวทักทาย แจง วัตถุประสงค์ของการ เยี่ยมบ้าน 1.2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลหลักแสดง ความคิดเห็นเกี่ยวกับการ ดูแลตนเองในด้านต่างๆ และปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมให้คำปรึกษาเกี่ยว การพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ตนเอง	-ตัวผู้วิจัย และ ตัวแทน จากหน่วย การ พยาบาลฯ -แบบ สัมภาษณ์	-บรรยายภาคใน การจัดกิจกรรม เป็นกันเองให้ ความร่วมมือ -สื่อนำทำทาง ของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลหลัก	-ผู้สูงอายุและผู้ดูแล สนใจในการฟัง -ผู้สูงอายุมีส่วน ร่วมในการซักถาม และตอบคำถาม	

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกา^รดูแลสุขภาพ^รค^อห[ิ]น เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ
ครั้งที่ 2 การเยี่ยมบ้าน ระยะเวลา 90 นาที โดยผู้วิจัย

วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	สถานที่	กิจกรรม	อุปกรณ์	ตัวชี้วัด	ประเมินผล	หมายเหตุ
2.เพื่อให้ผู้สูงอายุโรค ต้อหินบอกและอธิบาย การดูแลตนเองที่บ้าน และแนวทางการแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นได้	2.เพื่อติดตาม ประเมินผลผู้ป่วย และ ผู้ดูแลหลักในการดูแล ตนเองที่บ้าน และ แนวทางการแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้น	บ้าน ผู้ป่วย โรคต้อ หิน	2.1 ทบทวนความรู้เรื่อง โรคต้อหินและถาม-ตอบ ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้ โรคต้อหิน 2.2 ประเมินพฤติกรรมการ การหยอดยาของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยสาธิตการ หยอดยา และตรวจสอบ การเก็บรักษาที่บ้าน	-ตัวผู้วิจัย และ ตัวแทน จากหน่วย การ พยาบาลฯ -แบบ สัมภาษณ์	-บรรยายภาคใน การจัดกิจกรรม เป็นกันเองให้ ความร่วมมือ -สีหน้าท่าทาง ของผู้สูงอายุ	-ผู้สูงอายุและผู้ดูแล สนใจในการฟัง -ผู้สูงอายุมีส่วน ร่วมในการซักถาม และตอบคำถาม -แบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับพฤติกรรม การหยอดยา แบบ บันทึกเกี่ยวกับ วิธีการใช้ยาหยอด ตา	

กิจกรรมครั้งที่ 1 เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน โดยผู้วิจัย นางเรวัต สุราทะโก
วิธีการ การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การเรียนรู้จากตัวแบบ การสาธิตการหยอดยา
เวลา 90 นาที สถานที่ หน่วยตรวจโรคจักษุ ผู้ร่วมกิจกรรม ผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ระยะเวลา	อุปกรณ์	ตัวชี้วัด	ประเมินผล
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพในการจัดกิจกรรมและอธิบายรายละเอียดของการเข้าร่วมโปรแกรม	1.1. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้สูงอายุและดูแลหลัก และให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวเอง 1.2. บอกรายละเอียดของการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งเป็นลักษณะของการประชุมกลุ่ม 1 ครั้ง และติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง ระยะเวลา 2 เดือน และตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	10 นาที	-ตัวผู้วิจัย -แบบสอบถาม	-บรรยายภาคีในการจัดกิจกรรมเป็นกันเองให้ความร่วมมือ -การซักถามและแสดงความคิดเห็น	-ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสนใจในการฟัง และมีส่วนร่วมในการซักถาม
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุอธิบายถึงความรุนแรงของโรคต่อหิน โอกาสเสี่ยงต่อการสูญเสียการมองเห็น	2.1 ดูสื่อสไลด์เกี่ยวกับโรคต่อหิน ซึ่งเป็นรูปภาพลักษณะของลูกตา การไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงตา กลไกการเกิดต่อหิน อาการ	20 นาที	-เครื่องฉายสไลด์	-บรรยายภาคีในการจัดกิจกรรมให้ความสนใจ	-ผู้สูงอายุสนใจในการฟัง และมีส่วนร่วมใน

กิจกรรมครั้งที่ 1 เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน โดยผู้วิจัย นางเรวดี สุราทะโก
วิธีการ การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การเรียนรู้จากตัวแบบ การสาธิตการหยอดยา
เวลา 90 นาที สถานที่ หน่วยงานจักษุวิทยา ผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ระยะเวลา	อุปกรณ์	ตัวชี้วัด	ประเมินผล
จากโรคต่อหินได้	ภาวะแทรกซ้อน การรักษา การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และการหยอดยาอย่างถูกวิธี และคือสาเหตุประกอบเสียแสงตามัวแบบชั่วคราว เป็นผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และตัวแบบด้านลบเป็นผู้ป่วยที่สูญเสียการมองเห็น 2.2 ทบทวนเรื่องโรคต่อหินโดยการถาม-ตอบ ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้โรคต่อหิน ปัจจัยและสาเหตุของโรค อากาการ และภาวะแทรกซ้อน การรักษาควบคุมโรค และการปฏิบัติตัว		-power point เรื่องโรคต่อหิน ความรุนแรงของโรค การสูญเสียการมองเห็นจากโรคต่อหิน	-การซักถามแสดงความคิดเห็น	ตอบคำถาม ซักถาม -ผู้สูงอายุสามารถตอบคำถามได้

กิจกรรมครั้งที่ 1 เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน โดยผู้วิจัย นางเรวดี สุราทะโก
วิธีการ การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การเรียนรู้จากตัวแบบ การสาธิตการหยอดยา
เวลา 90 นาที **สถานที่** หน่วยงานที่ หน่วยตรวจโรคจักษุ **ผู้ร่วมกิจกรรม** ผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ระยะเวลา	อุปกรณ์	ตัวชี้วัด	ประเมินผล
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุบอก/อธิบายถึงแนวทาง การดูแลตนเอง และฝึกทักษะการหยอดยาได้อย่างถูกต้อง	3.1 สาธิตการหยอดตา และอธิบายประโยชน์ของการรักษาอย่างต่อเนื่อง 3.2 จัดกลุ่มผู้ดูแลหลักในการฝึกหยอดตาโดยผู้วิจัยคอยช่วยเหลือและสาธิตซ้ำ	15 นาที	-ตัวอย่างยา โรคต่อหิน -ยาสาธิตที่ใช้หยอด -สำลี -อ่างล้างมือ	-บรรยายภาคีในการจัดกิจกรรมให้ความร่วมมือ -การซักถามและแสดงความคิดเห็น	-ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสนใจในการฟัง การมีส่วนร่วมในซักถาม และทำกิจกรรม -ผู้สูงอายุมีความสามารถในการตอบคำถาม

กิจกรรมครั้งที่ 1 เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน โดยผู้วิจัย นางเรวดี สุราทะโก
วิธีการ การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การเรียนรู้จากตัวแบบ การสาธิตการหยอดยา
เวลา 90 นาที **สถานที่** หน่วยตรวจโรคจักษุ **ผู้ร่วมกิจกรรม** ผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ระยะเวลา	อุปกรณ์	ตัวชี้วัด	ประเมินผล
4. เพื่อให้ผู้สูงอายุตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหินอย่างถูกต้อง	4.1 อภิปรายกลุ่มและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มผู้ป่วย พูดคุยแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่อง การรับประทานยา การหยอดยา ผลข้างเคียงของยาที่ใช้ การดูแลตนเอง และการมาตรวจตามนัด 4.2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองในด้านต่างๆ และปัญหาที่เกิดขึ้น และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันกับสมาชิกในกลุ่ม และการให้คำปรึกษาทางสุขภาพเป็นรายกลุ่ม	30 นาที	ตัวผู้วิจัย -แบบสอบถาม	-บรรยายภาคีในการจัดกิจกรรมเป็นกันเองให้ความร่วมมือ -การมีส่วนร่วมในแสดงความคิดเห็น	-ผู้สูงอายุสนใจในการฟัง การมีส่วนร่วมในซักถาม -ผู้สูงอายุสามารถตอบคำถามได้

กิจกรรมครั้งที่ 1 เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน โดยผู้วิจัย นางเรวดี สุราตะโก
วิธีการ การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การเรียนรู้จากตัวแบบ การสาธิตการหยอดยา
เวลา 90 นาที **สถานที่** หน่วยตรวจโรคจักษุ **ผู้ร่วมกิจกรรม** ผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ระยะเวลา	อุปกรณ์	ตัวชี้วัด	ประเมินผล
5. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคต่อหินเข้าใจ และนำไปปฏิบัติตนเองอย่างถูกต้อง	5.1 ผู้วิจัยอภิปรายซักถาม-ตอบข้อซักถามเกี่ยวกับโรคต่อหิน และสรุปผลในการจัดกิจกรรม 5.2 มอบหนังสือคู่มือเกี่ยวกับโรคต่อหิน เพื่อนำกลับไปใช้ที่บ้าน	15 นาที	-ตัวผู้วิจัย	-บรรยากาศในการจัดกิจกรรมให้มีความสนใจ -การมีส่วนร่วมในแสดงความคิดเห็น	-ผู้สูงอายุมีความสนใจในการฟัง -และมีส่วนร่วมในซักถาม -ผู้สูงอายุสามารถตอบคำถามได้

กิจกรรมครั้งที่ 2 เรื่อง ติดตามเยี่ยมบ้าน โดยผู้วิจัย
วิธีการ การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน การส่งต่อผู้ป่วย
เวลา 90 นาที **สถานที่** บ้านผู้ป่วยโรคต่อหิน ผู้ร่วมกิจกรรม ผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ระยะเวลา	อุปกรณ์	ตัวชี้วัด	ประเมินผล
1. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคต่อหินเข้าใจและบอกวิธีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องที่บ้าน	1.1 ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แจกวัสดุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน 1.2 ผู้วิจัยทบทวนความรู้เรื่องโรคต่อหินและถาม-ตอบของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับความรู้โรคต่อหิน และการดูแลตนเองที่บ้านตนเองในเรื่อง การรับประทานยา การหยุดยา ผลข้างเคียงของยาที่ใช้ การดูแลตนเอง และการมาตรวจตามนัด	40 นาที	-ตัวผู้วิจัย -โปสเตอร์เกี่ยวกับโรคต่อหิน	-บรรยากาศในการจัดกิจกรรมเป็นกันเองให้ความร่วมมือ -การมีส่วนร่วมในแสดงความคิดเห็น	-ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสนใจในการฟัง และมีส่วนร่วมในซักถาม -ผู้สูงอายุสามารถตอบคำถามได้

กิจกรรมครั้งที่ 2 เรื่อง ติดตามเยี่ยมบ้าน โดยผู้วิจัย
วิธีการ การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน การส่งต่อผู้ป่วย
เวลา 90 นาที **สถานที่** บ้านผู้ป่วยโรคต่อหิน **ผู้ร่วมกิจกรรม** ผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ระยะเวลา	อุปกรณ์	ตัวชี้วัด	ประเมินผล
	1.3 ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการหยอดยาของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้ป่วยสาธิตการหยอดยาอย่างถูกวิธีครบขั้นตอน และตรวจสอบการเก็บรักษาที่บ้าน				-แบบสัมภาษณ์ -เกี่ยวกับพฤติกรรม การหยอดยา -แบบบันทึก เกี่ยวกับวิธีการใช้ ยาหยอดตา

กิจกรรมครั้งที่ 2 เรื่อง ติดตามเยี่ยมบ้าน โดยผู้วิจัย
วิธีการ การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน การส่งต่อผู้ป่วย
เวลา 90 นาที **สถานที่** บ้านผู้ป่วยโรคต่อหิน ผู้ร่วมกิจกรรม ผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ระยะเวลา	อุปกรณ์	ตัวชี้วัด	ประเมินผล
2. เพื่อติดตามประเมินผลของผู้สูงอายุโรคต่อหินและผู้ดูแลให้สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง	2.1 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลหลักแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองในด้านต่างๆ และปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการพฤติกรรม การดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแลหลัก 2.2 ติดตามประสานงานส่งต่อผู้ป่วยแก่หน่วยการพยาบาลต่อเนืองที่บ้าน	50 นาที	-ตัวผู้วิจัย -แบบบันทึกส่งต่อ	-บรรยากาศในการจัดกิจกรรมเป็นกันเองให้ความสนใจ -การมีส่วนร่วมในแสดงความคิดเห็น	-ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสนใจในการฟัง และมีส่วนร่วมในซักถาม -ผู้สูงอายุสามารถตอบคำถามได้

ภาคผนวก ฉ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. อ.ดร.สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์
ภาควิชา การพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. คุณเอื้องพร พิทักษ์สังข์
หน่วยตรวจโรคจักษุ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางเรวดี สุราทะโก
วัน เดือน ปี เกิด	15 ตุลาคม 2521
สถานที่เกิด	จังหวัดนครปฐม
ประวัติการศึกษา	พ.ศ.2540 - 2544 มหาวิทยาลัยมหิดล พยาบาลศาสตร์บัณฑิต พ.ศ.2552 – 2557 มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกการพยาบาลสาธารณสุข
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ.2544 – 2546 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ หน่วยแพทย์เวร-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ.2546 – ปัจจุบัน ตำแหน่งพยาบาล (พม.) หน่วยตรวจโรคจักษุ โรงพยาบาลศิริราช