

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมดังต่อไปนี้ คือ แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา กับ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจตา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี จำนวนทั้งสิ้น 100 ราย โดยจะได้นำเสนอผลการวิจัย และการอภิปรายผลตามลำดับ ดังต่อไปนี้

4.1 ผลการวิจัย

4.1.1 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

ตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรังที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจตา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2540 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2541 จำนวน 100 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 60 เพศหญิงร้อยละ 40 ที่มีช่วงอายุระหว่าง 15 - 85 ปี แต่ส่วนใหญ่พบกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 53 รองลงมาคือกลุ่มที่มีอายุ 41 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 38 สถานภาพสมรส พบว่าร้อยละ 55 มีคู่สมรส มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน ตั้งแต่ไม่ได้เรียนเลย จนกระทั่งจบการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 65 และเป็นตัวอย่างที่ไม่มีอาชีพมีสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 51 สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่ามีความแตกต่างกันมาก คือ ตั้งแต่ไม่มีรายได้ จนถึงมากกว่า 10,000 บาท ต่อเดือน และพบกลุ่มที่ไม่มีรายได้เลย จนถึงมีรายได้ไม่เกิน 2,000 บาท มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 44 ซึ่งเป็นรายได้ที่ค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับข้อกำหนดของผู้มีรายได้น้อยที่จะขอรับบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลคือ มีรายได้ไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท (ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537) แต่ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะการเสียค่ารักษาพยาบาลนั้น พบว่าร้อยละ 98 ไม่เสียค่ารักษาพยาบาล และมีเพียงร้อยละ 2 เท่านั้นที่เสียค่ารักษาพยาบาลเอง ดังข้อมูลในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ของตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 100)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	60	60
หญิง	40	40
อายุ (ปี)		
15 - 25	6	6
26 - 40	3	3
41 - 60	38	38
60 ปีขึ้นไป	53	53
สถานภาพสมรส		
มีคู่สมรส	55	55
ไม่มีคู่สมรส	45	45
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	9	9
ประถมศึกษา	65	65
มัธยมศึกษา	17	17
อนุปริญญา / ปริญญาตรี	9	9
อาชีพ		
รับจ้าง	4	4
ค้าขาย	7	7
รับราชการ	4	4
รัฐวิสาหกิจ	2	2
พนักงานบริษัท	3	3
ข้าราชการบำนาญ	9	9
ทำนาทำไร่	20	20
ไม่มีอาชีพ	51	51

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ข้อมูลทั่วไป(ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 100)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
0 - 2,000	44	44
2,000 - 4,000	21	21
4,001 - 6,000	9	9
6,001 - 8,000	7	7
8,001 - 10,000	7	7
มากกว่า 10,000	12	12
การประกันสุขภาพ		
เสียค่ารักษาพยาบาล	2	2
ไม่เสียค่ารักษาพยาบาล	98	98

4.1.2 ปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง

ปัจจัยทางจิตสังคมในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา เมื่อแยกวิเคราะห์ในแต่ละองค์ประกอบ พบว่า ตัวอย่างมีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปเฉลี่ย 22.19 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน) โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.61 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอดเฉลี่ย 7.35 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน) โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.31 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเฉลี่ย 10.33 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน) โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.05 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาเฉลี่ย 22.87 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน) โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.38 ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าคะแนนปัจจัยทางจิตสังคมที่พบในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง

ปัจจัยทางจิตสังคม	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป	30	22.19	5.61
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะ			
ตาบอด	10	7.35	2.30
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	15	10.33	3.05
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา	30	22.87	5.38

4.1.3 พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง

พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่พบในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรังจากการศึกษาครั้งนี้ ประเมินจาก พฤติกรรมการหยอดยาและการมาตรวจตามนัด พบว่า ตัวอย่าง มีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเฉลี่ย 39.94 (จากคะแนนเต็ม 51 คะแนน) โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.83 เมื่อแยกวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า ตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการหยอดยาเฉลี่ย 37.36 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 48 คะแนน) โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.30 คะแนนการมาตรวจตามนัดเฉลี่ย 2.58 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน) โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70 ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่พบในผู้ป่วยโรคคอตีบชนิดเรื้อรัง

พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโดยรวม	51	39.94	7.83
-พฤติกรรมกรการหยอดยา	48	37.36	7.30
-การมาตรวจตามนัด	3	2.58	0.70

4.14 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วนระหว่างปัจจัยจิตสังคมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

การศึกษานี้ มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพของ Becker (1975) เนื่องจากกรอบแนวคิดในการอธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษานั้น ยังมีปัจจัยร่วม คือ เพศ การสนับสนุนจากคู่สมรส ความซับซ้อนของการรักษาและภาวะแทรกซ้อนของยาที่ได้รับ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ดังนั้นการที่จะทราบขนาดความสัมพันธ์ที่แท้จริง จึงทำได้โดยการวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วนโดยกำหนดให้ปัจจัยร่วมดังกล่าวมีค่าคงที่ ดังจะได้นำเสนอในตอนต่อไป

แต่ก่อนที่จะนำไปสู่การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วนนั้น จำเป็นจะต้องทราบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทุกตัวที่ทำการศึกษากับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ดังจะได้นำเสนอในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อทางด้าน
สุขภาพกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อ ทางด้านสุขภาพ	พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา
แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป	.760**
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด	.683**
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค	.594**
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา	.802**
เพศ	.107
การสนับสนุนจากคู่สมรส	.276**
ความซับซ้อนของการรักษา	-.348**
ภาวะแทรกซ้อนของยาที่ได้รับ	-.524**
ความพึงพอใจต่อการให้บริการ	.640**

** P value < 0.01

จากตารางที่ 4.4 จะเห็นว่า ทุกตัวแปรทางด้านจิตสังคมทุกปัจจัยที่ศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา การสนับสนุนจากคู่สมรส ความพึงพอใจต่อการให้บริการ เป็นความสัมพันธ์ในทางบวก ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรังที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอดสูง การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคสูง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาสูง ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสมาก และมีความพึงพอใจต่อการให้บริการสูง จะให้ความร่วมมือในการรักษามาก ส่วนความซับซ้อนของการรักษา และภาวะแทรกซ้อนของยาที่ได้รับ จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในทางลบ ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรังที่ได้รับภาวะแทรกซ้อนจากยาที่ใช้ในการรักษามากและแผนการรักษามีความซับซ้อนมาก ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการ

รักษาน้อยลง ส่วนปัจจัยร่วมในเรื่องของเพศนั้นพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

ตารางที่ 4.5 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วนระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโดยควบคุมปัจจัยร่วมให้เป็นค่าคงที่

ปัจจัยทางจิตสังคม	พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา
แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป	.5643**
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด	.5175**
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค	.3532**
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา	.5878**

** P value < 0.01

สำหรับผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วนระหว่าง แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา โดยควบคุมปัจจัยร่วมให้เป็นค่าคงที่ ได้แก่ เพศ การสนับสนุนจากคู่สมรส ความซับซ้อนของการรักษา ภาวะแทรกซ้อนของยาที่ได้รับ และความพึงพอใจต่อการให้บริการนั้นได้นำเสนอในตารางที่ 4.5 ซึ่งผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วน พบว่า ปัจจัยทางจิตสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ดังนี้

4.1.4.1 แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .5643$) ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรังที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปสูง จะให้ความร่วมมือในการรักษามาก

4.1.4.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอดมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .5175$) ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรังที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอดในระดับสูง จะให้ความร่วมมือในการรักษามาก

4.1.4.3 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .3532$) ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยโรค

ดื้อหินชนิดเรื้อรังที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคในระดับสูง จะให้ความร่วมมือในการรักษา มาก

4.1.4.4 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .5878$) ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยโรคดื้อหินชนิดเรื้อรังที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาในระดับสูง จะให้ความร่วมมือในการรักษามาก

4.2 อภิปรายผลการวิจัย

4.2.1 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคดื้อหินชนิดเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นเพศชายซึ่งตามปกติอุบัติการณ์ในการเกิดโรคดื้อหินชนิดเรื้อรังนั้น พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากการศึกษาพบว่าเพศชายมีความลึกของช่องตาด้านหน้ามากกว่าเพศหญิง แต่เมื่ออายุมากขึ้นเพศชายจะมีช่องตาด้านหน้าตื้นขึ้น จึงมีโอกาสดังกล่าวเกิดโรคได้มากกว่าเพศหญิง (Fontana and Brubacker, 1980 อ้างถึงใน สุดใจ วราพันธ์, 2534) ส่วนอายุ จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคดื้อหินชนิดเรื้อรังส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด รองลงมาพบในช่วงอายุ 41 – 60 ปี และส่วนน้อยอยู่ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปี ซึ่งสนับสนุนคำกล่าวของ Wilson และ Martone (1996) ที่กล่าวว่า อายุเป็นตัวทำนายหลักของอุบัติการณ์การเกิดโรคดื้อหินชนิดเรื้อรัง โดยพบอุบัติการณ์ในการเกิดโรคดื้อหินชนิดเรื้อรังในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นส่วนใหญ่ และนอกจากนั้นยังพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดโรคดื้อหินชนิดเรื้อรังจะพบน้อยลงในกลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยมีการศึกษาต่ำอยู่ในระดับประถมศึกษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพและมีรายได้น้อย ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจจะมีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งจะช่วยให้การรับรู้อุปสรรคในเรื่องของค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง

4.2.2 ปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคดื้อหินชนิดเรื้อรัง

4.2.2.1 แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป

แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป ในที่นี้ หมายถึง ความสนใจต่อสุขภาพโดยทั่วไป ความต้องการที่จะค้นหา และขอรับการรักษา ความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคดื้อหินชนิดเรื้อรังมีค่าคะแนนเฉลี่ย 22.19 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (ตารางที่ 4.2) และเมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า ผู้ป่วยโรคดื้อหินชนิดเรื้อรังส่วนใหญ่เห็นด้วยกับ การให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพของตนเองเป็นพิเศษ คิดเป็นร้อยละ 48 และ

เห็นด้วยอย่างยิ่งกับการตั้งใจที่จะหยอดยาตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด และการตั้งใจที่จะมาตรวจตามนัดให้ได้ทุกครั้งคิดเป็นร้อยละ 51 และ 56 ตามลำดับ (ภาคผนวก ง ตารางที่ ง.1) ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับการกระตุ้นของสิ่งเร้า ซึ่งอาจเป็นสิ่งเร้าภายในตัวบุคคลหรือภายนอกตัวบุคคลก็ได้ (Becker, 1974) ผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรังเมื่อเข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจตาจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรค ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งเร้าภายนอกและประกอบกับผู้ป่วยมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา เป็นสิ่งเร้าภายในซึ่งจะกล่าวถึงต่อไปเป็นคะแนนที่ค่อนข้างสูง ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปอยู่ในระดับค่อนข้างสูง

ถึงแม้ว่าจะคะแนนแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปโดยส่วนรวมค่อนข้างสูง แต่ยังมีข้อที่น่าสนใจคือ มีผู้ป่วยบางส่วนเห็นด้วยอย่างยิ่งกับการมีความรู้สึกท้อแท้ใจในการรักษาโรคต่อหีนชนิดเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 24 (ภาคผนวก ง ตารางที่ ง.1) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการแก้ไข และการที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกท้อแท้ใจในการรักษา อาจเป็นเพราะโรคต่อหีนชนิดเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด การรักษานั้นทำได้เพียงเพื่อป้องกันการสูญเสียความสามารถในการมองเห็นเพิ่มมากขึ้นดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่เห็นผลในการรักษาที่ชัดเจน (Zimmerman and Zalta, 1983)

4.2.2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด ในที่นี้ หมายถึง การรับรู้และการคาดคะเนของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเกิดภาวะตาบอด จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด เท่ากับ 7.35 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน (ตารางที่ 4.2) ซึ่งเป็นคะแนนค่อนข้างสูง และเมื่อวิเคราะห์เป็นรายข้อ พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรังเห็นด้วยกับ การป่วยเป็นโรคต่อหีนชนิดเรื้อรังทำให้มีโอกาสตาบอดมากกว่าคนปกติ คิดเป็นร้อยละ 35 และเห็นด้วยอย่างยิ่งกับ ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้มีโอกาสตาบอดได้เร็วขึ้น คิดเป็นร้อยละ 41 (ภาคผนวก ง ตารางที่ ง.1) ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรังส่วนใหญ่มีการรับรู้หรือคาดคะเนที่ถูกต้องว่าการป่วยเป็นโรคต่อหีนชนิดเรื้อรัง อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความพิการ นั่นคือภาวะตาบอด

4.2.2.3 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ในที่นี้ หมายถึง ความเชื่อที่ผู้ป่วยประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีผลกระทบต่อร่างกายและบทบาททางสังคม จากผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรังมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค เท่ากับ 10.33

จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน (ตารางที่ 4.2) และเมื่อวิเคราะห์เป็นรายข้อพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการป่วยเป็นโรคต่อหีนชนิดเรื้อรังเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงานในชีวิตประจำวัน ถ้าควบคุมความดันในลูกตาได้ไม่ดียังจะทำให้ตาบอดได้ คิดเป็นร้อยละ 49 และ 48 ตามลำดับ (ภาคผนวก ง ตารางที่ ง.1) ถึงแม้ว่าคะแนนการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคโดยส่วนรวมค่อนข้างสูง แต่ก็ยังพบว่า มีผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรังบางส่วนเห็นด้วยกับโรคต่อหีนชนิดเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่อันตรายเพียงแต่ต้องใช้เวลาในการรักษายาวนาน พบถึงร้อยละ 28 (ภาคผนวก ง ตารางที่ ง.1) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโรคต่อหีนชนิดเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่ในระยะแรกไม่ปรากฏความผิดปกติที่เด่นชัด จนกระทั่งในระยะต่อมาพบความผิดปกติเช่น มีการสูญเสียลานสายตาและความสามารถในการมองเห็นมากขึ้น (Goldberg , 1996) อาจเป็นเพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่พบความผิดปกติที่เด่นชัดจึงทำให้รับรู้ว่าเป็นโรคต่อหีนชนิดเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่รุนแรง

4.2.2.4 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา ในที่นี้ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการรักษา ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงของโรค จากผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาเท่ากับ 22.87 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (ตารางที่ 4.2) ซึ่งเป็นคะแนนค่อนข้างสูง และเมื่อวิเคราะห์เป็นรายข้อพบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรังส่วนใหญ่เห็นด้วยกับ การหยอดยาตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอจะลดโอกาสเกิดตาบอด การมาตรวจตามนัดทำให้แพทย์สามารถควบคุมระดับความดันในลูกตา และลดความรุนแรงของโรคต่อหีนชนิดเรื้อรังลงได้ คิดเป็นร้อยละ 49 และ 49 ตามลำดับ (ภาคผนวก ง ตารางที่ ง.1) แสดงว่าผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรังส่วนใหญ่รับรู้ว่าการรักษาที่ได้รับจะให้ประโยชน์ในแง่ของการลดความรุนแรงของโรค ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรังส่วนใหญ่เห็นด้วยกับ ถ้าไม่ใช้ยาที่แพทย์สั่งแม้เพียงครั้งเดียวจะทำให้ความดันในลูกตาสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 42 (ภาคผนวก ง ตารางที่ ง.1)

4.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง

4.2.3.1 แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

จากผลการวิจัย พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01 ($r = .5643$) ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรังที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปในระดับสูง จะให้ความร่วมมือในการรักษามาก ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับสมมติฐานและคำกล่าวของ Becker(1974) ที่ว่าแรงจูงใจจะเกิดขึ้นได้นั้นต้องอาศัยสิ่งเร้าจากภายในและภายนอกตัวบุคคล การที่ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรักษาหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป และสอดคล้องกับคำกล่าวของ Becker et al.,(1977) ที่ว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปเป็นตัวกำหนดการรับรู้สภาพแวดล้อมของบุคคล แสดงถึงความต้องการที่จะได้มาซึ่งเป้าหมายของสุขภาพจะทำให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้น ผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของพวงพยอม การภิญโญ (2527), นิตยา ภาสุนันท์ (2529) , ภิมย์ลักษณ์ มีสตัยานันท์ (2534) และ พิรพร ดวงแก้ว (2538) ที่พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเบาหวาน, หัวใจขาดเลือดและวัณโรคปอดตามลำดับ

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วนระหว่างแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา พบว่าตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วนเท่ากับ .5643 เมื่อพิจารณาค่า r^2 จะได้ประมาณ 0.31 หรือแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้เพียงร้อยละ 31

4.2.3.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

จากผลการวิจัย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ($r = .5175$) ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรังที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอดในระดับสูงจะให้ความร่วมมือในการรักษามาก ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับสมมติฐานและคำกล่าวของ Becker และ Maiman (1975) ที่ว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคได้ดีนั้น จะต้องมีความรู้หรือมีความรู้เกี่ยวกับโรคอย่างใดอย่างหนึ่ง จึงจะทำให้บุคคลเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพอนามัย ดังนั้นผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรังที่มีการรับรู้ที่ถูกต้องว่า

ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จะเกิดแรงจูงใจที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ในทำนองเดียวกันการที่ผู้ป่วย รับรู้ว่าการป่วยเป็นโรคคือหินชนิกเรื้อรัง อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความพิการ นั่นคือ ภาวะตาบอด ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรักษา เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529) ที่พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วนระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา พบว่าตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วนเท่ากับ .5175 เมื่อพิจารณาค่า r^2 จะได้ประมาณ 0.27 หรือการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอดสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้เพียงร้อยละ 27

4.2.3.3 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

จากผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .3532$) ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยโรคคอตีบชนิดเรื้อรังที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูง จะให้ความร่วมมือในการรักษามาก ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับสมมติฐานและคำกล่าวของ Becker (1974) ที่ว่า การที่บุคคลรับรู้ว่ามีโอกาสเกิดโรคเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้ บุคคลจะต้องเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย และบทบาททางสังคมของเขา จึงเป็นแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ดังนั้น การที่ผู้ป่วยโรคคอตีบชนิดเรื้อรังรับรู้โรคที่เป็นอยู่เป็น โรคที่อันตรายพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความพิการได้ การรับรู้ดังกล่าว จะเป็นแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ผลการวิจัยในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภิรมย์ลักษณ์ มีสัทยานันท์ (2534) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วนระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา พบว่าตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วนเท่ากับ .3532 เมื่อพิจารณาค่า r^2 จะได้ประมาณ 0.12 หรือการรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้เพียงร้อยละ 12

ซึ่งน้อยมาก อาจเป็นเพราะการรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้นจะเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อการเจ็บป่วยมากกว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง (Becker, 1974) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโรคคอตีบชนิดเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่ในระยะแรกไม่ปรากฏความผิดปกติที่เด่นชัด จนกระทั่งในระยะต่อมาพบความผิดปกติ เช่น มีการสูญเสียลานสายตาและความสามารถในการมองเห็นมากขึ้น (Goldberg , 1996) อาจเป็นเพราะพยาธิสภาพของโรคที่ไม่พบความผิดปกติที่เด่นชัดจึงทำให้ผู้ป่วยไม่ตระหนักหรือหวาดกลัวต่อความรุนแรงของโรคเท่าใดนัก จึงส่งผลให้การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้น้อยมาก

4.2.3.4 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

จากผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .5878$) ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยโรคคอตีบชนิดเรื้อรังที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาในระดับสูง จะให้ความร่วมมือในการรักษามาก ดังนั้นการที่ผู้ป่วยโรคคอตีบชนิดเรื้อรังมีการรับรู้แผนการรักษาที่ได้รับสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายและควบคุมอาการของโรคได้ ผู้ป่วยก็จะให้ความร่วมมือในการรักษา โดยมีความเชื่อว่าการให้ความร่วมมือในการรักษาจะสามารถลดความรุนแรงของโรคได้ และวิธีการรักษามีความปลอดภัย ผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Vincent (1971) ที่ว่า ผู้ป่วยโรคคอตีบ ที่มีการรับรู้โรคคอตีบ เป็นสาเหตุทำให้เกิดตาบอดและการหยอดยาอย่างสม่ำเสมอจะสามารถป้องกันการเกิดตาบอดได้ เป็นกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการรักษา

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วนระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา พบว่าตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วนเท่ากับ .5878 เมื่อพิจารณาค่า r^2 จะได้ประมาณ 0.35 หรือการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้ร้อยละ 35 ซึ่งพบว่าเป็นตัวแปรที่มีความสามารถในการทำนายสูงสุดในการศึกษาในครั้งนี้ แต่ถึงอย่างไรก็ตาม พบว่า ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษายังอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะยังมีตัวแปรอื่นๆที่ไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งอาจจะมีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคคอตีบชนิดเรื้อรัง

จากผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า ปัจจัยทางจิตสังคมดังต่อไปนี้ คือ แรงจูงใจด้านสุขภาพ โดยทั่วไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

นั่นคือ สนับสนุนสมมติฐานในการวิจัย และอธิบายได้ว่า ปัจจัยทางจิตสังคมดังกล่าวเป็นองค์ประกอบทางด้านจิตวิทยาที่จะกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา โดยเป็นการสร้างการคาดการณ์และการให้คุณค่าของการปฏิบัติว่าจะลดภาวะความเจ็บป่วยจากการให้ความร่วมมือในการรักษา