



ปัจจัยทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน

โดย

นางวิภาวี เหล่าเทิดพงษ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน

โดย

นางวิภาวี เหล่าเทิดพงษ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมฯ

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



THE FACTORS PREDICTING PATIENTS' ADHERENCE TO GLAUCOMA
THERAPY

BY

Mrs. WIPAWEE LAOTHERDPONG

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF REQUIREMENTS FOR
THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE IN ADULT FACULTY OF
NURSING

THAMMASAT UNIVERSITY

2015

COPYRIGHT OF THAMMASAT UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

ของ

นางวิภาวี เหล่าเทิดพงษ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

เมื่อ วันที่ 10 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2559

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห่านิรัตติศัย)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
(รองศาสตราจารย์ พญ.มัญชิมา มะกรวัฒนะ)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมสุภาว จันทนะโสทธิ)

คณบดี

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.มรรยาท รุจิวิษญ์)

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน
ชื่อผู้เขียน	นางวิภาวี เหล่าเทิดพงษ์
ชื่อปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	การพยาบาลผู้ใหญ่ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล
ปีการศึกษา	2558

บทคัดย่อ

พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อหินเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน โดยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของไอเซนและพิชบายน์ มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ดำเนินการเก็บข้อมูล ณ งานการพยาบาลตรวจโรคจักษุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน 2558 จำนวน 126 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1)แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2)แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน 3)แบบสอบถามเกี่ยวกับการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ และ 4)แบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน แบบสอบถามทั้งหมดมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา และค่าความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดี การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณอย่างง่าย

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับสูง ($X=73.3$, $SD=3.8$) โดยตัวแปรการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินได้ร้อยละ 4 ($R^2 = 0.039$, $p<0.05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลหรือพัฒนาส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา โดยการส่งเสริมให้เกิดความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญและมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญซึ่งจะทำให้เกิดการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ และสามารถใช้เป็นข้อมูลในการทำวิจัยครั้งต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ป่วยต่อหีน, พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา, ทักษะคิดต่อพฤติกรรม, การคล้อยตาม
ความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ



Thesis Title	THE FACTORS PREDICTING PATIENTS' ADHERENCE TO GLAUCOMA THERAPY
Author	Mrs. Wipawee Laotherdpong
Degree	Master of Nursing Science
Department/Faculty/University	Adult Nursing Thammasat University
Thesis Advisor	Assistant Professor Dr. Sirilak Kitsripisarn
Academic Year	2015

Abstract

Adherence to glaucoma therapy is one of the most important outcomes in taking care of glaucoma patients. This is a descriptive research study, whose purpose was to determine the predictive factors in predicting patients' adherence to glaucoma therapy based on the theory of reasoned action (TRA). Data were collected from the out-patient ophthalmology clinic at Thammasat University Hospital from July to September, 2015. One hundred and twenty-six glaucoma participants participated in the study and were asked to complete the following questionnaires: 1) a sociodemographic self-report; 2) an attitude toward adherence questionnaire; 3) a subjective norm questionnaire; and 4) a questionnaire on self-reported adherence. The content validity index and reliability coefficient of these scales were acceptable. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient, Point-biserial correlation, and multiple regression.

The results revealed that 100 percent of the participants had adherence points at a high level ($\bar{X}=73.3$, $SD=3.8$). Subjective norms significantly predicted the patients' adherence to glaucoma therapy. The variance of adherence to glaucoma therapy was 4 percent ($R^2 = 0.039$, $p<0.05$).

The findings of this study could be used in the planning for enhancing the adherence of glaucoma patients to therapy, especially regarding the normative beliefs and motivation to comply that can increase subjective norms. The research data can be used for further research.

Keywords: Glaucoma patients, Adherence, attitude toward behavior, and Subjective norms.



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์อันทรงคุณค่าฉบับนี้ สำเร็จเรียบร้อยได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่คอยเอาใจใส่ ให้คำแนะนำตลอดจนให้ความรัก ความเมตตาและคอยผลักดันให้ก้าวผ่านอุปสรรคในการทำวิทยานิพนธ์มาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมัญชิมา มะกรวัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาเสียสละเวลาให้ข้อเสนอแนะ อีกทั้งกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมสุภาว จันทนะโสทธิ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่เสียสละเวลามาเป็นกรรมการพิจารณากลับกรองวิทยานิพนธ์ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ อีกทั้งขอกราบขอบพระคุณประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงในเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และให้ความเอ็นดูตลอดระยะเวลาของการศึกษา รวมถึง ขอขอบคุณเพื่อนร่วมปีการศึกษา 2556 โดยเฉพาะเพื่อนร่วมสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มอบมิตรภาพที่ดี อีกทั้งคอยเป็นกำลังใจ และให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีตลอดการศึกษา

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงาน งานการพยาบาลตรวจโรคจักษุ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติที่คอยให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลอย่างดียิ่ง

ท้ายที่สุดนี้ขอขอบคุณพระเจ้าที่ทรงอวยพระพรและทรงนำทุกอย่างก้าว ขอให้พระองค์ได้รับเกียรติสูงสุด ขอขอบคุณครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนๆ สำหรับกำลังใจและการอธิษฐานเพื่อเสมอ และคุณภานุ เหล่าเทิดพงษ์ ที่คอยสนับสนุนทั้งร่างกาย แรงใจ อยู่เคียงข้างและเป็นกำลังใจเสมอมาทั้งยามทุกข์และสุข นอกจากนี้ ขอขอบคุณบุคคลอื่นๆซึ่งไม่สามารถกล่าวชื่อนามได้ทั้งหมด ที่มีส่วนให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้

นางวิภาวี เหล่าเทิดพงษ์

สารบัญ

หน้า

หน้าอุมัติ	(1)
บทคัดย่อภาษาไทย	(2)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(4)
กิตติกรรมประกาศ	(6)
สารบัญ	(7)
สารบัญตาราง	(11)
สารบัญภาพประกอบ	(12)
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
1.3 คำถามการวิจัย	7
1.4 ตัวแปรที่ใช้ศึกษา	7
1.5 ขอบเขตการศึกษา	8
1.6 นิยามศัพท์การวิจัย	8
1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย	10
1.8 สมมติฐานการวิจัย	12
1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	12

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
2.1 ต้อหิน	14
2.1.1 ความหมาย	14
2.1.2 สาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และ พยาธิสภาพ	15
2.1.4 การจำแนกชนิด อาการ และ อาการแสดง	16
2.1.5 การตรวจวินิจฉัย	17
2.1.6 แนวทางการรักษา	20
2.2 พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา	23
2.2.1 ความหมาย	23
2.2.2 ความสำคัญของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา	24
2.2.3 องค์ประกอบของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา	25
2.2.4 การประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	31
2.2.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต้อหินและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	33
2.3 แนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล	40
2.3.1 องค์ประกอบของแนวคิดทฤษฎี	40
2.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของแนวคิดทฤษฎี	42
2.2.3 การประเมินองค์ประกอบของแนวคิดทฤษฎี	43
2.2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบตามแนวคิดทฤษฎี	46

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	48
3.1 รูปแบบการวิจัย	48
3.2 สถานที่ในการดำเนินวิจัย	48
3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	48
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	50
3.5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	53
3.6 การดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล	54
3.7 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	56
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล	57
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	61
4.1 ผลการวิจัย	61
4.2 การอภิปรายผลการวิจัย	71
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	79
5.1 สรุปผลการวิจัย	79
5.2 ผลการวิจัย	80
5.3 ข้อเสนอแนะ	80
5.5 ข้อจำกัดการวิจัย	81
รายการอ้างอิง	82

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	91
ภาคผนวก ข เอกสารพิกัดสิทธิ์ผู้ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย	102
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองการวิจัย	110
ภาคผนวก ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	114
ภาคผนวก จ หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือและหนังสืออนุมัติให้ใช้เครื่องมือ	115
ภาคผนวก ฉ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	118
ประวัติผู้วิจัย	148

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1	19
4.1	62
4.2	63
4.3	64
4.4	66
4.5	66
4.6	68
4.7	69
4.8	70

สารบัญภาพประกอบ

ภาพที่		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดการวิจัย	11
2.1	ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของทฤษฎี	42

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ต้อหิน (Glaucoma) เป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของภาวะตาบอดทั่วโลก องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่ามีประชากรที่เป็นต้อหินทั่วโลกจำนวน 60.5 ล้านคน และมีการประมาณการว่าในปี ค.ศ. 2020 จะมีผู้ป่วยต้อหินเพิ่มขึ้นถึง 79.6 ล้านคน ในจำนวนนี้มีอัตราการเกิดภาวะตาบอดจากต้อหิน ในปี ค.ศ. 2010 จำนวน 8.4 ล้านคนและมีแนวโน้มจะมีผู้ป่วยตาบอดจากต้อหินเพิ่มสูงขึ้นถึง 11.2 ล้านคนในปี ค.ศ. 2020 (Quigley & Broman, 2006) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย มีการรายงานอุบัติการณ์การเกิดต้อหินประมาณ ร้อยละ 2.5–3.8 ของจำนวนประชากร หรือคิดเป็นจำนวนประชากรประมาณ 1.7–2.4 ล้านคน (สมพร จันทรา, 2553) ความชุกของต้อหินพบในคนที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ประมาณ ร้อยละ 1-2 และจะมีความชุกมากขึ้นเรื่อยๆ ในคนที่มีอายุมากขึ้น โดยพบว่าต้อหินเป็นสาเหตุของการตาบอดที่พบมากเป็นอันดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคทางจักษุ (เกษรา พัฒนพิฑูรย์, 2556) สำหรับสถิติของงานการพยาบาลตรวจโรคจักษุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ พบว่าในปี พ.ศ. 2554, 2555 และ 2556 มีผู้ป่วยต้อหินจำนวนมากเป็นอันดับ 2 ของจำนวนผู้ป่วยจักษุทั้งหมดโดยมีจำนวนทั้งสิ้น 1300, 1870 และ 1900 คนตามลำดับ (งานสารสนเทศโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ, 2557) ต้อหินจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทางจักษุ

ต้อหินนับเป็นโรคเรื้อรัง ที่เป็นกลุ่มอาการผิดปกติทางตาที่มีการทำลายของเส้นประสาทตา (Optic neuropathy) และเนื้อเยื่อเกี่ยวพันของขั้วประสาทตา (Neural and connective tissue elements of the optic disc) ทำให้เกิดขั้วประสาทตาฝ่อ (Glaucomatous optic atrophy) เนื่องจากมีปัจจัยชักนำที่สำคัญ คือความดันลูกตาที่สูงกว่าปกติจากการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนของน้ำเอเควียส ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคของส่วนประกอบของลูกตา ส่งผลให้มีการสูญเสียลานสายตาและสูญเสียการมองเห็น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความดันลูกตาสูงกว่า 21 มิลลิเมตรปรอท แต่อย่างไรก็ตามมีรายงานว่าผู้ป่วยบางคนมีขั้วประสาทตาฝ่อจากต้อหินและลานสายตาผิดปกติแต่ความดันลูกตาไม่สูง (มัญชิมา มะกรวัฒน์, 2552; อังคณา เมธีไตรรัตน์ และรจิตต์จันดา, 2552; American Academy of Ophthalmology, 2012; Allingham, 2011) ดังนั้นหลักการรักษาต้อหินจึงเป็นการควบคุมความดันลูกตาให้อยู่ในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อเส้นประสาทตาและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันของขั้วประสาทตาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสูญเสียการมองเห็น

และคงความสามารถในการมองเห็นให้คงอยู่ต่อไปนานที่สุด (ปริญญ์ โรจนพงศ์พันธุ์, 2555; Schacknow & Samples, 2010)

การรักษาต้อหินขึ้นอยู่กับความรุนแรง และชนิดของต้อหิน ซึ่งประกอบด้วยการรักษาด้วยการใช้ยาเพื่อลดความดันลูกตา การยิงเลเซอร์และการผ่าตัดซึ่งจะทำต่อเมื่อไม่สามารถควบคุมความดันลูกตาได้ (รจิต ตูจจินดา, 2542) แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อเวลาผ่านไปผลของการลดความดันลูกตา หลังจากการยิงเลเซอร์และการผ่าตัดจะลดลง ดังนั้นการรักษาด้วยการใช้ยา จึงยังคงเป็นวิธีหลักที่จักษุแพทย์เลือกใช้ในการควบคุมความดันลูกตาให้อยู่ในเกณฑ์ปกติอย่างต่อเนื่อง (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550) นอกจากนั้นแล้ว การมาตรวจตามนัดรวมถึงการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมสอดคล้องกับแผนการรักษา ย่อมจะทำให้การรักษาที่ได้ผลดีและมีประสิทธิภาพ (หทัยกาญจน์ เชาวกิจ, 2553; ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550) สามารถยืดระยะเวลาการดำเนินการของโรค ป้องกันการสูญเสียความสามารถในการมองเห็นและยังช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดีที่สุด (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550; Watkinson, 2010; Tsai, 2007; Goldberg, 2009; World Health Organization, 2003) และถึงแม้ว่าการรักษาด้วยยาจะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและเป็นสิ่งจำเป็นในการรักษาต้อหิน แต่ยาหยอดตาส่วนใหญ่มีอาการข้างเคียง เช่น ตาแดง ตาบวมและเคืองตามาก (มัญชิมา มะกรวัฒน์, 2552) สำหรับยารับประทานยังมีอาการข้างเคียงต่อร่างกาย เช่น อาการชาปลายมือปลายเท้า เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ท้องเสีย สับสน ปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน ซึมเศร้า และความต้องการทางเพศลดลง (อังคณา เมธีไตรรัตน์ และรจิต ตูจจินดา, 2552) จากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมาน ก่อให้เกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อยาที่ได้รับ ผู้ป่วยจึงมักจะขาดความสม่ำเสมอในการหยอดยาโดยหยุดหรือลดขนาดยาเอง ทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์อย่างเหมาะสมได้ (Lacey, Cate, & Broadway, 2009)

การแสดงออกของผู้ป่วยเรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้อง การมาตรวจตามนัด รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองให้สอดคล้องกับแผนการรักษา เรียกว่า พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (Adherence) (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550; World Health Organization, 2003) นอกจากนี้ยังหมายรวมถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ด้วยความเต็มใจ เห็นด้วยและให้ความร่วมมือตลอดระยะเวลาในการรักษาเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี (Schwartz & Quigley, 2008) โอลทอฟและคณะ (Olthoff, Hoevenaars, Borne, Webers, & Schouten, 2007) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ดีย่อมจะทำให้แผนการรักษาของแพทย์เป็นไปตามที่คาดหวังรวมถึงสามารถชะลอการดำเนินการของโรคไม่ให้แย่งลง ได้แก่ ลานสายตาผิดปกติ และสูญเสียความสามารถในการมองเห็นได้สูงถึงร้อยละ 90 (Cox, 2012; Sleath et al, 2011; ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550) จากการศึกษาของ สวอท (Schwartz, 2011) พบอัตราการเกิด

พฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินในประเทศแถบยุโรป โดยเกิดจากการได้รับผลข้างเคียงจากยาร้อยละ 67 การหยุดยาไม่ถูกวิธีร้อยละ 25 และภาวะค่าใช้จ่ายร้อยละ 25 สำหรับประเทศแถบทวีปเอเชียพบพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินร้อยละ 63.4 ส่วนใหญ่เกิดจากการได้รับผลข้างเคียงจากยาและมีทัศนคติไม่ดีต่อการรักษา (Pong, Lai, Tham, & Lam, 2003) จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินนั้นหลายปัจจัย เช่น ความเชื่อและทัศนคติ การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ความเชื่อมั่นและสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย และปัจจัยส่วนบุคคล (Denis, 2011; Schwartz, 2011; Stryker et al., 2010)

ทัศนคติ (Attitude) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆที่เกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ และสรุปรวมเป็นความเชื่อหรือช่วยในการประเมินค่าสิ่งต่างๆว่าดีหรือไม่ดี พร้อมทั้งจะตอบสนองต่อสิ่งนั้นในทิศทางสนับสนุนหรือคัดค้าน นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับทัศนคติที่มีอยู่ (จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย, 2549; ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2544) จากการศึกษาของของลูณ, จินและโก (Loon, Jin, & Goh, 2013) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเรื่องความสำคัญของการใช้ยาและการมาตรวจตามนัดกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาและการมาตรวจตามนัด พบว่าความเชื่อเรื่องความสำคัญของการใช้ยาและการมาตรวจตามนัดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตรงข้ามกับการศึกษาของรีและคณะ (Rees et al., 2013) ที่พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาด้วยการใช้ยาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบุคคลที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินมี 2 กลุ่ม คือ บุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยต่อหินส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ต้องการการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด ทั้งในเรื่องการใช้ยา การมาตรวจตามนัด และการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง หากขาดการสนับสนุนย่อมจะทำให้เกิดโอกาสที่จะละเลยการใช้ยาและการมาตรวจตามนัดได้สูงขึ้น (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550; Goldberg, 2009) ดั้งการศึกษาของฟรายแมนและคณะ (Friedman et al., 2008) และ สไตรเกอร์และคณะ (Stryker et al., 2010) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการมาตรวจตามนัด พบว่าความต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แตกต่างจากการศึกษาของจาฟารีและคณะ (Djafari, Lesk, Harasymowycz, Desjardins & Lachaine, 2009) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้ความรู้สึกมั่นใจในตัวบุคลากรทางการแพทย์ และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย ก็สามารถช่วยให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ดีได้ ดั้งการศึกษาของสไตรเกอร์และคณะ (Stryker et al.,

2010) พบว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการวิจัยเชิงคุณภาพของลินนิลา คาเรียอินินและไคกาส (Lunnela, Kaariainen, & Kyngas, 2010) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาและการมาตรวจตามนัดในผู้ป่วยต่อหีนกลุ่มที่มีพฤติกรรมความร่วมมือดี พบว่าความไว้วางใจและการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยทำให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ดีได้

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหีน (Djafari et al., 2009) แตกต่างกับงานวิจัยของเดรีเยร์, เกอกินส์ และแมนสเบอร์เกอร์ (Dreer, Girkin & Mansberger, 2012) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยา พบว่าอายุกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษามีความสัมพันธ์กันในระดับสูง สำหรับปัจจัยด้านเพศ พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหีนต่ำกว่าเพศหญิง (Loon et al., 2013) ตรงข้ามกับการศึกษาของเบญจมาศ รอดแก้วพาล (2552) และจาฟารีและคณะ (Djafari et al., 2009) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ปัจจัยด้านระดับการศึกษา จากการศึกษาของฟรายแมนและคณะ (Friedman et al., 2009) พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาและการมาตรวจตามนัด ต่างจากการศึกษาของ เบญจมาศ รอดแก้วพาล (2552) และ จาฟารีและคณะ (Djafari et al., 2009) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา สำหรับปัจจัยด้านรายได้ โรบินและโกลเวอร์ (Robin & Grover, 2011) กล่าวว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ สถานภาพทางการเงิน และสังคมต่ำ ดำรงชีวิตในสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย และยังคงแบกภาระเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาและการเดินทางมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง ย่อมส่งผลให้พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาลดลง ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของจาฟารีและคณะ (Djafari et al., 2009) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาและการมาตรวจตามนัด

ปัจจัยด้านโรคประจำตัวร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและโรคที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดต่างๆ ทำให้พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับต่ำ (Goldberg, 2009; Tsai et al., 2009) และพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคทางตาอื่นๆ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยา (Dreer et al., 2012) ตรงข้ามกับการศึกษาของเบญจมาศ รอดแก้วพาล (2552) และการศึกษาของฟรายแมนและคณะ (Friedman et al., 2009) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวร่วมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยา นอกจากนี้ ปัจจัยด้านความซับซ้อนของการรักษา ในที่นี้หมายถึง จำนวนยาหยอดตาหลายตัวและความถี่ในการหยอดตา หากมีความซับซ้อนมากขึ้นย่อมเป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมความร่วมมือ

ในการรักษาด้านการใช้ยา (Bansal & Tsai, 2007; Goldberg, 1980) ในขณะที่การศึกษาของ สไตรเกอร์และคณะ (Stryker et al., 2010) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความซับซ้อนของการรักษา กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยา สำหรับปัจจัยด้านความรุนแรงของต่อหิน จาก การศึกษาของ ฟรายแมนและคณะ (Friedman et al., 2009) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความ รุนแรงของต่อหินกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ซึ่งต่างจากการศึกษาของสลีทและคณะ (Sleath et al, 2011) พบว่า ระดับความรุนแรงของต่อหินมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือ ในการรักษา ดังคำกล่าวของ สกาลิกี้และโกลด์เบิร์ก (Skalicky & Goldberg, 2013) ว่า ผู้ป่วยที่มี ระดับความรุนแรงของโรคน้อยจะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาระดับสูงกว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคมก

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาที่ดูแลผู้ป่วยต่อหินได้ทำการศึกษานำร่องใน ผู้ป่วยต่อหินที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ จำนวน 60 คน พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 12 คน (ร้อยละ 20) มีพฤติกรรมที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา อาทิเช่น มาไม่ตรงนัด หรือไม่มา รับการรักษาเลย บางคนพบว่ามาก่อนนัดเพราะยาหมด หรือยาหมดก่อนวันนัด ผู้ป่วยบางคนมีความ เข้าใจที่ผิดๆ ว่าถ้าไม่มีอาการผิดปกติแปลว่าหายแล้ว ไม่จำเป็นต้องหยุดยา ผู้ป่วยบางคนได้รับ ผลข้างเคียงจากยาหยอดตา เช่น ตาบวมแดง ปวด เคืองตา ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย จึงหยุดหยอดยา เอง นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่เหมาะสม เช่น การดื่มเครื่องดื่ม คาเฟอีนเป็นประจำ ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา เห็นได้ว่า มีความสอดคล้องกับองค์ประกอบของทฤษฎีการ กระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) ของไอเซนและฟิชบายน์ (Ajzen & Fishbein, 1980) กล่าวคือ ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่ใช้ทำนายพฤติกรรม โดยมีข้อตกลง เบื้องต้นว่า มนุษย์มีเหตุผลและสามารถใช้ข้อมูลที่มีอยู่อย่างเป็นระบบได้โดยมนุษย์คิดถึงผลของการ กระทำก่อนที่จะตัดสินใจทำหรือไม่ทำตามพฤติกรรม (Ajzen & Fishbein, 1980) พฤติกรรมดังกล่าว มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบ 2 องค์ประกอบ คือ ทศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward to behavior) หมายถึง การตัดสินใจของบุคคลต่อพฤติกรรมว่าพฤติกรรมนั้นดีหรือไม่ดีควรจะทำหรือไม่ทำ พฤติกรรมนั้นภายใต้ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรม (Behavioral beliefs of consequences) ร่วมกับการประเมินคุณค่าผลของการกระทำพฤติกรรมนั้น (Evaluations of behavioral outcomes) อธิบายได้ว่า หากผู้ป่วยมีความเชื่อว่าการกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลของการ กระทำทางบวก ก็จะทำให้เห็นด้วย และตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมนั้น อีกทั้งพบว่าความเชื่อมีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม (Ajzen & Fishbein, 1980) การศึกษา เกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินในต่างประเทศพบว่า ทศนคติกับ

พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยา มีทิศทางความสัมพันธ์ที่ไม่ชัดเจน และอีกองค์ประกอบหนึ่งคือ การคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ (Subjective norms) หมายถึง การประเมินของบุคคลว่าบุคคลที่มีความสำคัญต่อการกระทำพฤติกรรมของตนนั้น คิดว่าตนสมควรหรือไม่สมควรที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ โดยเกิดจาก ความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญต่อการกระทำพฤติกรรมของตน (Normative beliefs) ร่วมกับแรงจูงใจที่สนับสนุนให้ปฏิบัติตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญต่อตน (Motivation to comply) พบว่า การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการมาตรวจตามนัด มีทิศทางความสัมพันธ์ไม่ชัดเจนแต่ความเชื่อมั่นในตัวบุคลากรทางการแพทย์ กับสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการมาตรวจตามนัดมีทิศทางความสัมพันธ์ทางบวก

นอกจากนี้มีการนำแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลมาใช้ในการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมอื่นๆ เช่น จากการศึกษาของทัศนีย์ ทรัพย์สูงเนิน (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาและการมาตรวจตามนัดสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้ในระดับต่ำ นอกจากนี้ในการศึกษาของขวัญหทัย กัณหาโรจน์ (2549) ได้ศึกษาอำนาจทำนายความตั้งใจของมารดาในการให้นมมารดาแก่ทารกเกิดก่อนกำหนดที่รับการรักษาในโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ทัศนคติต่อการให้นมมารดาแก่ทารกเกิดก่อนกำหนดและการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญเกี่ยวกับการให้นมมารดาแก่ทารกเกิดก่อนกำหนด ร่วมกันอธิบายความตั้งใจในการให้นมมารดาแก่ทารกเกิดก่อนกำหนดได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยา การมาตรวจตามนัดและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยต่อหिन เนื่องจาก ถึงแม้ว่าในประเทศไทย จะมีการศึกษาในผู้ป่วยต่อหिनแล้ว แต่เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาและการมาตรวจตามนัดเท่านั้น โดยพบว่าปัจจัยด้านความเชื่อมั่นในตัวบุคลากรทางการแพทย์กับสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ และปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ เพศ ระยะเวลาการศึกษา และโรคประจำตัวร่วม มีทิศทางความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาและการมาตรวจตามนัดไม่ชัดเจน อีกทั้งการศึกษาที่นำทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลมาใช้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาและการมาตรวจตามนัด ก็พบในการศึกษาของประชากรกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผลการศึกษาดังกล่าวไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหिनได้ทั้งหมด และเพื่อให้ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ในการเข้าใจบริบท

ของผู้ป่วยต่อหัตถ์ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ตลอดจนเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหัตถ์และสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการทำวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาให้ดียิ่งขึ้น อันจะเป็นการป้องกันภาวะสลายตาเสื่อมและภาวะตาบอดในผู้ป่วยต่อหัตถ์ได้

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหัตถ์

1.2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหัตถ์

1.2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหัตถ์

1.2.4 เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหัตถ์

1.3 คำถามการวิจัย

1.3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหัตถ์หรือไม่ อย่างไร

1.3.2 พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหัตถ์เป็นอย่างไร

1.4 ตัวแปรที่ใช้ศึกษา

1.4.1 ตัวแปรต้น (Independent Variables) คือ

1.4.1.1 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหัตถ์

(1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัวร่วม ระดับความรุนแรงของต้อหิน และความซับซ้อนของการรักษา

(2) ทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

(3) การคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ

1.4.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน

1.5 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินที่เข้ารับการรักษาในงานการพยาบาลตรวจโรคจักษุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2558

1.6 นิยามศัพท์การวิจัย

1.6.1 ผู้ป่วยต่อหิน หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 40 ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ว่าเป็นต่อหินและเข้ารับการรักษาในงานการพยาบาลตรวจโรคจักษุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน

1.6.2 พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา หมายถึง การแสดงออกของผู้ป่วยเรื่องการใช้อย่างถูกต้องตามจำนวน เวลา ขนาด ถูวิธีและถูโรค การมาตรวจตามนัด และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดำรงชีวิตให้สอดคล้องกับแผนการรักษาและคำแนะนำของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ด้วยความเต็มใจ เห็นด้วยและให้ความร่วมมือตลอดระยะเวลาในการรักษาเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี สำหรับการศึกษานี้ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาประกอบด้วย การเข้า การมาตรวจตามนัด และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยต่อหิน ประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินของ เบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยค่าคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมาก แสดงว่า ผู้ป่วยต่อหินมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในระดับสูง

1.6.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน หมายถึง เหตุการณ์หรือสิ่งที่มีอิทธิพลที่ทำให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน ประกอบด้วย

1.6.3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประเมินโดยแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย

- 1) อายุ
- 2) เพศ
- 3) ระดับการศึกษา
- 4) รายได้
- 5) โรคประจำตัวร่วม
- 6) ระดับความรุนแรงของต่อหิน หมายถึง การประเมินระดับความรุนแรงของต่อหิน ใช้เกณฑ์แบ่งระดับความรุนแรงของต่อหิน ของโฮเดป, ปารีส, และแอนเดอร์สัน (Hodapp, Parish & Anderson) แบ่งได้เป็น 5 ระดับ ระดับความรุนแรงของต่อหินยิ่งมาก แสดงว่าความรุนแรงของต่อหินยิ่งมาก

7) ความซับซ้อนของการรักษา หมายถึง จำนวนยาที่ใช้ในการรักษาต่อหินของผู้ป่วยต่อหินแต่ละราย โดยความซับซ้อนของการรักษาประเมินได้จาก จำนวนยาหากมีมากชนิด แสดงถึงความซับซ้อนของการรักษายิ่งมาก

1.6.3.2 ทักษะคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน (Attitude toward to behavior) หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยต่อหินเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (Behavioral beliefs) และการประเมินคุณค่าผลของการกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (Evaluations of behavioral outcomes) ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ การให้คะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา วัดได้จากคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อคำถามความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา คูณกับคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อคำถามการประเมินคุณค่าของผลของการกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา โดยค่าคะแนนที่ได้มากแสดงว่าผู้ป่วยต่อหินมีทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านบวกสูง

1.6.3.3 การคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ (Subjective norms) หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยต่อหินเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญต่อการกระทำพฤติกรรมของตน (Normative belief) และแรงจูงใจที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญต่อตน (Motivation to

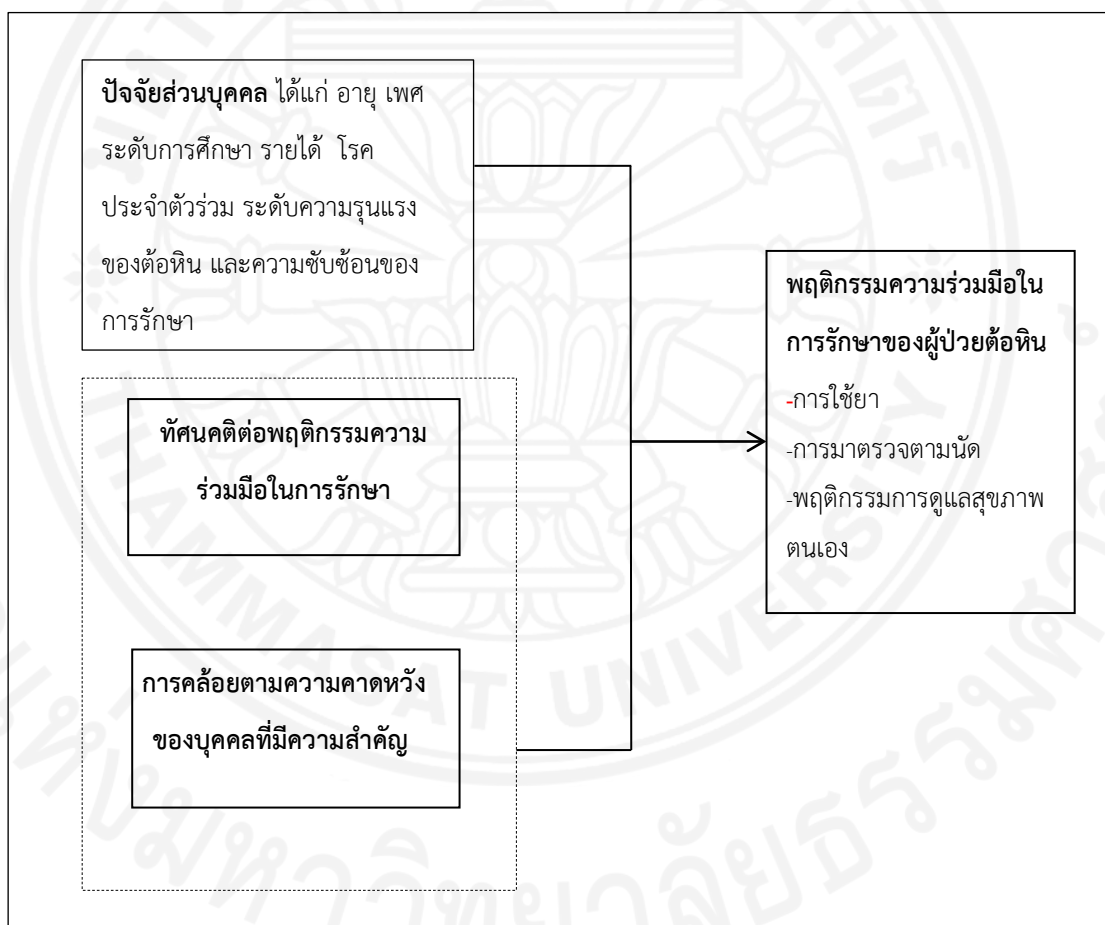
comply) ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ การให้คะแนนการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ ได้จากคะแนนที่ได้แต่ละข้อคำถามของความเชื่อเกี่ยวกับการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญคุณกับคะแนนแต่ละข้อคำถามของแรงจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมตามการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ โดยค่าคะแนนที่ได้มากแสดงว่าผู้ป่วยต้องห็นรับรู้การคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญต่อการกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาสูง สำหรับบุคคลที่มีความสำคัญที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ หมายถึง บุคคลในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ และพยาบาล) ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของไอเซน และ 피ชบายน์ (Ajzen & Fishbein, 1980) เป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต้องห็น ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีนี้ คือ มนุษย์มีเหตุผลและใช้ข้อมูลที่มีอยู่อย่างเป็นระบบ บุคคลจะพิจารณาผลที่อาจเกิดจากการกระทำของตนก่อนที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมใดๆ ซึ่งทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลได้อธิบายองค์ประกอบที่นำไปสู่พฤติกรรม (Behavioral) 2 ประการ คือ ทศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior) หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่ว่าจะเป็นสิ่งของ สถานการณ์ และพฤติกรรมต่างๆ โดยนำไปสู่การตัดสินใจของบุคคลว่าสิ่งนั้นดี หรือไม่ดี ควรจะทำหรือไม่ควรทำพฤติกรรมนั้น ทศนคติต่อพฤติกรรมนี้เป็นผลมาจาก ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรม (Behavioral beliefs of consequences) และการประเมินคุณค่าตามความเชื่อของผลของการกระทำพฤติกรรมนั้น (Outcome evaluation) (Ajzen & Fishbein, 1980) และการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ (Subjective norms) ซึ่งประกอบด้วย ความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญต่อการกระทำพฤติกรรมของตน (Normative beliefs) กับแรงจูงใจที่บุคคลจะปฏิบัติตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญต่อตน (Motivation to comply) (Ajzen & Fishbein, 1980) โดยองค์ประกอบทั้ง 2 นี้จะมีอิทธิพลทางตรงต่อการกระทำพฤติกรรม

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต้องห็นอันเป็นหัวใจสำคัญอย่างหนึ่งต่อผลสำเร็จของการรักษาต้องห็น ซึ่งผู้ป่วยจะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนี้มีปัจจัยสำคัญ 3 ประการ กล่าวคือ ทศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา โดยหากผู้ป่วยต้องห็นมีความเชื่อว่า การกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาจะนำไปสู่ผลของ

การกระทำทางบวก ผู้ป่วยก็จะกระทำพฤติกรรมนั้น และการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ (Subjective norms) โดยหากผู้ป่วยต้อหินที่มีความเชื่อว่าบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนนั้นคาดหวัง สนับสนุน มีความเห็นว่าผู้ป่วยต้อหินควรกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยก็จะกระทำพฤติกรรมนั้น นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลเป็นอีกปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ระดับความรุนแรงของต้อหิน ความซับซ้อนของการรักษาและโรคประจำตัวร่วม ดังแสดงในภาพ



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.8 สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะติดต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิ้นได้

1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.9.1 ได้ข้อมูลตัวแปรทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่สามารถใช้เป็นแนวทางสร้างกลยุทธ์เพื่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยต่อหิ้นให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาดีขึ้น

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากตำรา หนังสือ เอกสารและแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีเนื้อหาแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

2.1 ต่อหิน

- 2.1.1 ความหมาย
- 2.1.2 สาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และพยาธิสภาพ
- 2.1.3 การจำแนกชนิด อาการ และอาการแสดง
- 2.1.4 การตรวจวินิจฉัยโรค
- 2.1.5 แนวทางการรักษา

2.2 พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

- 2.2.1 ความหมาย
- 2.2.2 ความสำคัญของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา
- 2.2.3 องค์ประกอบของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา
- 2.2.4 การประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.2.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.3 แนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล

- 2.3.1 องค์ประกอบของแนวคิดทฤษฎี
- 2.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของแนวคิดทฤษฎี
- 2.3.3 การประเมินองค์ประกอบของแนวคิดทฤษฎี
- 2.3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบตามแนวคิดทฤษฎี

2.1 ต้อหิน

ปัจจุบันต้อหิน (Glaucoma) เป็นปัญหาสำคัญทางจักษุ เนื่องจากเป็นสาเหตุอันดับ 2 ที่นำไปสู่ภาวะตาบอดของโลก (World Health Organization, 2003) รวมทั้งในประเทศไทย กล่าวคือ มีการรายงานอุบัติการณ์ของการเกิดต้อหินประมาณร้อยละ 2.5–3.8 ของจำนวนประชากร หรือคิดเป็นจำนวนประมาณ 1.7–2.4 ล้านคน (สมพร จันทรา, 2553) และพบว่าต้อหินเป็นสาเหตุของภาวะตาบอดคิดเป็นร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคทางจักษุ (เกษรา พัฒนพิฑูรย์, 2556)

2.1.2 ความหมาย

ความหมายของต้อหินมีการเปลี่ยนแปลงมาตลอดหลายปีที่ผ่านมาและยังคงมีความคลุมเครืออยู่ในปัจจุบัน คำว่าต้อหินเป็นกลุ่มอาการแสดงทางคลินิก พยาธิสรีรวิทยาและการรักษาแตกต่างกันโดยได้มีผู้ให้คำจำกัดความหลากหลาย ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

แสตมเปอร์, ไลเบอร์แมน, และเดรก (Stamper, Lieberman, & Drake, 2009) ให้ความหมายว่า ต้อหินเป็นกลุ่มของอาการที่เกิดจากเส้นประสาทตา (Optic nerve) จากการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคและการทำหน้าที่ในการควบคุมการเปลี่ยนแปลงระดับความดันลูกตาให้เพิ่มขึ้น จนทำให้เกิดขั้วประสาทตาฝ่อ (Atrophy of the optic nerve head) และมีการสูญเสียลานสายตา ร่วมด้วย

อัลลิงแฮม (Allingham, 2011) ให้ความหมายว่า ต้อหินเป็นลักษณะรอยโรคที่เส้นประสาทตา (Optic neuropathy) ซึ่งเป็นผลจากปัจจัยชักนำหลายอย่างประกอบกัน ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของระดับความดันลูกตา และการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนน้ำเอควีเอส

การประชุมวิชาการจักษุวิทยาแห่งสหรัฐอเมริกา (American Academy of Ophthalmology, 2012) ให้ความหมายว่า ต้อหินเป็นกลุ่มของอาการที่มีลักษณะขั้วประสาทตาฝ่อ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการถูกทำลายของเส้นประสาทและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันของขั้วประสาทตา (Neural and connective tissue elements of the optic disc) จนทำให้เกิดการสูญเสียการมองเห็น

มัณชิมา มะกรวัฒน์ (2552) ให้ความหมายว่า ต้อหินเป็นกลุ่มอาการที่ทำให้เกิดการทำลายของเส้นประสาทตาถาวร โดยเกิดจากความดันลูกตาที่สูงกว่าปกติ จากนั้นมีผลทำให้มีการสูญเสียของลานสายตา

อังคณา เมธีไตรรัตน์และรจิต ตูจินดา (2552) ให้ความหมายว่า ต้อหินเป็นกลุ่มอาการที่มีรอยโรคที่เส้นประสาทตา (Optic neuropathy) โดยมีลักษณะขั้วประสาทตาฝ่อ (Glaucomatous optic atrophy) และมีการสูญเสียลานสายตา (Visual field) ร่วมด้วย ความดันลูกตาสูงเป็นปัจจัย

ชักนำที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรค คนส่วนใหญ่จะมีความดันตาสูงกว่า 21 มิลลิเมตรปรอท แต่มีรายงานของผู้ป่วยบางคนพบว่ามีไข้ประสาทตาฝ่อจากต้อหินและลานสายตาผิดปกติแต่ความดันลูกตาไม่สูงกว่าค่าปกติ

ปริญญ์ โรจนพงศ์พันธุ์ (2555) ให้ความหมายว่า ต้อหินเป็นโรคที่มีรอยโรคที่เส้นประสาทตา (Optic neuropathy) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเฉพาะที่ไข้ประสาทตาเรียกรวมว่า Glaucomatous change โดยการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเนื่องจากการมีปัจจัยชักนำ

เกษรา พัฒนพิฑูรย์ (2556) ให้ความหมายว่า ต้อหินเป็นกลุ่มอาการที่มีการทำลายของเส้นประสาทและลานสายตาที่มีลักษณะเฉพาะตัว ปัจจัยชักนำคือความดันลูกตาสูง

กล่าวโดยสรุปว่า ต้อหินเป็นกลุ่มอาการที่มีการทำลายเส้นประสาทตา (Optic neuropathy) และเนื้อเยื่อเกี่ยวพันของไข้ประสาทตา ทำให้เกิดไข้ประสาทตาฝ่อ (Glaucomatous optic atrophy) โดยจะส่งผลให้มีการสูญเสียลานสายตา เนื่องจากมีปัจจัยชักนำที่สำคัญคือ ความดันลูกตาที่สูงกว่าปกติจากการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนของน้ำเอควีเอส ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความดันลูกตาสูงกว่า 21 มิลลิเมตรปรอท รวมถึงมีรายงานของผู้ป่วยที่มีไข้ประสาทตาฝ่อจากต้อหิน และลานสายตาผิดปกติแต่ความดันลูกตาไม่สูงกว่าค่าปกติ

2.1.3 สาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และพยาธิสภาพ

ถึงแม้ว่าจะยังไม่ทราบสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่แน่ชัด แต่ปัจจัยชักนำส่วนใหญ่เกิดจากกายวิภาคของลูกตาจึงพอสรุปได้ดังต่อไปนี้ (เกษรา พัฒนพิฑูรย์, 2556; รัชิต ตูจินดา และ อังคณา เมธีไตรรัตน์, 2550; ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, 2545) คือ พันธุกรรม พบว่าคนที่มาจากครอบครัวที่เป็นต้อหิน จะมีโอกาสเกิดต้อหินได้สูงกว่าคนทั่วไป 4-5 เท่า โดยอาจมีความผิดปกติของการเจริญเติบโตของมุมม่านตา ได้แก่ ภาวะที่มีมุมม่านตาแคบ (Narrow anterior chamber angle) ทำให้การไหลเวียนน้ำเอควีเอส ไหลผ่านจากช่องหลังม่านตา (Posterior chamber) ไปยังช่องหน้าม่านตา (Anterior chamber) ได้น้อยลง เกิดความแตกต่างของความดันในช่องหลังม่านตา และช่องหน้าม่านตา ส่งผลให้มุมม่านตาถูกดันไปด้านหน้ามากขึ้นทำให้มุมม่านตายิ่งแคบมากขึ้น ทำให้การระบายน้ำเอควีเอสออกสู่ระบบไหลเวียนภายนอกลูกตาได้ลดลง และยังมีการค้นพบว่ามียีนส์ (Genes) ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดต้อหิน (ปริญญ์ โรจนพงศ์พันธุ์, 2555) อีกหนึ่งปัจจัยคือ ความเสื่อมของอวัยวะภายในลูกตาก้าวคือ เมื่อเข้าสู่วัยกลางคน จะมีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่ออิพิทีเลียมชั้นใน (Primary endothelium) ของหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดตีบแคบ การไหลเวียนของไวรัสเคอราเอาทีฟอล ส่งผลให้แรงดันในหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้น และส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของความดันลูกตา รวมทั้งผู้ที่มีสายตาสั้นสูงอายุ ที่เกิดจากกระจกตาหนาตัวขึ้น ขนาดแก้วตาหนาตัวและแข็งขึ้นจากการที่ลูกตาสร้างเส้นใยแก้วตา (Lens fibers) เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงภายใน

ส่วนประกอบของลูกตาที่ทำให้รูม่านตาขยาย เช่น การอยู่ในที่แสงสลัวหรือที่มืดเป็นเวลานาน ภาวะเครียด การใช้ยาที่ทำให้รูม่านตาขยาย และสาเหตุอื่นๆ เช่น อุบัติเหตุต่อดวงตา โรคทางตาอื่นๆ การใช้ยาคอร์ติโคสเตอโรยด์ โรคทางกาย เช่น เบาหวานและความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต เป็นต้น ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นจะส่งผลให้เกิดภาวะความดันลูกตาที่สูงกว่าปกติ ทำให้เกิดภาวะขาดเลือด (Ischemia) จากการที่หลอดเลือดที่มาเลี้ยงขั้วประสาทตาถูกกด รวมถึงอาจมีผลไปกดขั้วประสาทตาโดยตรงทำให้เส้นประสาทตาถูกอุดกั้น เกิดขั้วประสาทตาฝ่อจากต้อหิน (Glaucomatous optic atrophy) (Alexandrescu et al., 2010)

2.1.5 การจำแนกชนิด อาการและอาการแสดง

ต้อหินสามารถแบ่งเป็น 3 ชนิด ตามระยะเวลาของการเกิดโรค ได้แก่ (รจิต ตูจันดา และอังคณา เมธีไตรรัตน์, 2550; ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, 2545)

2.1.5.1 ต้อหินปฐมภูมิ (Primary glaucoma) แบ่งเป็น 3 ชนิดคือ

1) ต้อหินมุมปิดปฐมภูมิ (Primary angle-closure glaucoma) ส่วนใหญ่พบมากในเพศหญิงที่มีอายุ 55-60 ปีขึ้นไป พบมากในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ กลุ่มคนที่มีเชื้อสายมองโกเลีย เช่น คนจีน และคนเอสกิโม เนื่องจากลูกตามีขนาดเล็ก สาเหตุของการเกิดโรคเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางกายวิภาคและปัจจัยเรื่องการไหลเวียนน้ำเอควีซิส กล่าวคือ เมื่อมีปัจจัยชักนำที่ฐานม่านตา (Iris root) เบนมาปิดหน้าท่อตะแกรง (Trabecular meshwork) ทำให้น้ำเอควีซิสระบายออกจากตาไม่ได้ ต้อหินชนิดนี้มีทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยอาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับระยะของโรค (รจิต ตูจันดา และอังคณา เมธีไตรรัตน์, 2550; ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, 2545)

1.1 ต้อหินแบบเฉียบพลัน มักมีอาการปวดตาอย่างรุนแรงและปวดศีรษะแบบลึกๆร่วมกับมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ตามัวลงมากเวลามองดวงไฟจะเห็นแสงสีรุ้งรอบดวงไฟ (Halos) ตาสู้แสงไม่ได้ ตาแดงจากเยื่อตาบวม (Ciliary injection/Mixed injection) รูม่านตาขยายกว้างประมาณ 5-6 มิลลิเมตร ตรวจพบช่องหน้าม่านตาดันมาก พบแก้วตามีลักษณะเป็นต้อกระจก (Anterior subcapsular cataract) ความสามารถในการมองเห็นต่ำมาก ความดันลูกตาสูงถึง 60-80 มิลลิเมตรปรอท ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงของขั้วประสาทตา

1.2 ต้อหินแบบเรื้อรัง ระยะแรกๆไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย ได้แก่ ตามัวลงทีละน้อย เวลาใช้สายตาอาจรู้สึกเมื่อยตาเร็วกว่าปกติ ความสามารถในการมองเห็นใกล้เคียงอย่างรวดเร็ว บางรายมีอาการมึนศีรษะหรือปวดต้อๆกระบอกตาได้ ความดันลูกตาจะค่อยๆเพิ่มขึ้น การดำเนินการของโรคเป็นไปอย่างช้าๆ ช่องหน้าม่านตาปิดเป็นหย่อมๆ การตรวจตาจะพบว่าผู้ป่วยมีความดันลูกตาสูง ขั้วประสาทตาบวม ลานสายตาแคบ

2) ต้อหินมุมเปิดปฐมภูมิ (Primary open-angle glaucoma) สาเหตุที่แท้ไม่ทราบแน่ชัดแต่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดทางพันธุกรรม โดยพบว่าการเสื่อมของเนื้อเยื่อท่อตะแกรง (Juxtacanalicular trabecular meshwork) และผนังด้านในของท่อชเลมส์ (Schlemm's canal) ดังนั้นปัจจัยที่ก่อให้เกิดต้อหินชนิดนี้ได้แก่ อายุ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป นอกจากนี้มีปัจจัยด้านเชื้อชาติ ได้แก่ คนผิวดำพบมากกว่าคนผิวขาวและคนเอเชียพบน้อยที่สุด ผู้ที่เป็นโรคเกี่ยวกับการไหลเวียนเลือด เบาหวาน ผู้ที่มีภาวะสายตาสั้น การมีต้อกระจกระยะที่แก้วตาบวม น้ำ รุ่มาตาขยายจากยาขยายม่านตา การอยู่ในที่มีตื้นๆ และผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หรือกาแฟเป็นปริมาณมากเป็นประจำ อาการและอาการแสดง เริ่มแรกไม่มีอาการ แต่ต่อมาจะมีการเปลี่ยนแปลงของลานสายตา ผู้ป่วยสังเกตได้จึงมาพบแพทย์ การตรวจตาจะพบอาการแสดง 3 อย่างคือ ความดันตาสูงมากกว่า 25 มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่เกิน 30 มิลลิเมตรปรอท ขั้วประสาทตาบวม ขนาดและความลึกของขั้วประสาทตามากกว่า 0.5 และมีสีขาวซีดจากการถูกกดทำให้เลือดมาเลี้ยงลดลง และมีความผิดปกติของลานสายตา การตรวจตาอื่นๆ ลักษณะของลูกตาปกติ และรูมาตาปกติยกเว้นผู้ที่เป็นต้อหินมานานจนเกิดขั้วประสาทตาฝ่อ

3) ต้อหินความดันลูกตาปกติ (Normal tension glaucoma) มักพบในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยไม่มีอาการผิดปกติ แต่เมื่อตรวจตาจะพบว่ามีขั้วประสาทตาบวมจากต้อหินและลานสายตาแคบเช่นเดียวกัน โดยมีความดันลูกตาน้อยกว่า 21 มิลลิเมตร ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีอาการของโรคไมเกรนร่วมด้วย

2.1.5.2 ต้อหินทุติยภูมิ (Secondary glaucoma) หมายถึง ต้อหินที่เกิดจากมีโรคอื่นหรือความผิดปกติทั้งจากภายในหรือภายนอกลูกตา เช่น ต้อหินที่เกิดจากแก้วตามีความผิดปกติ ยูเวียที่มีการอักเสบ ภาวะที่เลือดออกในช่องหน้าม่านตาจากอุบัติเหตุ ทำให้น้ำเอเควียสระบายออกจากตาได้ลดลง การใช้ยาสเตียรอยด์เป็นเวลานานๆ การเพิ่มความดันในหลอดเลือดดำเป็นต้น สาเหตุต่างๆ เหล่านี้ทำให้เกิดความผิดปกติของการไหลเวียนน้ำเอเควียสทำให้ความดันลูกตาสูงขึ้น

2.1.5.3 ต้อหินแต่กำเนิด (Congenital glaucoma) เป็นต้อหินชนิดที่เป็นมาตั้งแต่เกิด เนื่องจากการเจริญเติบโตของม่านตาคิดปกติ สาเหตุร้อยละ 10 เป็นการถ่ายทอดทางพันธุกรรมหรือเกิดร่วมกับความผิดปกติแต่กำเนิดอื่นๆ

2.1.6 การตรวจวินิจฉัย

จักษุแพทย์ต้องทำการซักประวัติเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติโรคร่วม ประวัติการใช้ยาในปัจจุบัน ประวัติครอบครัวที่มีโรคทางจักษุ ร่วมกับการตรวจตาภายนอกและการใช้เครื่องมือพิเศษต่างๆ เพื่อประกอบการวินิจฉัย ซึ่งแต่ละวิธีมีประโยชน์และลักษณะการใช้งานแตกต่างกันไป ได้แก่ การวัดความดันลูกตา (Tonometry) ค่าความดันลูกตาของคนทั่วไปอยู่ที่ 10-21 มิลลิเมตร

ปรอท การตรวจลานสายตา (Perimetry) เพื่อประกอบการวินิจฉัย และติดตามการดำเนินการของโรค นอกจากนั้น จักษุแพทย์จะทำการตรวจตาด้วยโกนิโอสโคป (Gonioscope) ร่วมกับเครื่องจักษุจุลทรรศน์ (Slitlamp biomicroscope) เพื่อตรวจดูว่าเป็นต้อหินมุมเปิดหรือมุมปิด และตรวจมุมตาด้วยคลื่นความถี่สูง (Ultrasound biomicroscopy) เพื่อแสดงภาพกระจกตา ม่านตา มุมม่านตา ซีเลียรีบอดี (Ciliary body) และแก้วตา รวมถึงการตรวจจอตา (Retina) ด้วยเครื่องส่องดูจอตา (Direct / Indirect Ophthalmoscope) เพื่อดูลักษณะของขั้วประสาทตาที่เป็นรอยบุ๋ม (Physiological cupping) ร่วมกับการตรวจวิเคราะห์ขั้วประสาทตาและเส้นใยประสาทตาด้วยคอมพิวเตอร์ และหากสงสัยว่าเป็นต้อหินอาจต้องทำการวัดความดันลูกตาหลายครั้งในหนึ่งวัน (Diurnal intraocular pressure) หากค่าความดันลูกตาต่ำสุดและสูงสุดห่างกันมากกว่า 10 มิลลิเมตรปรอทแสดงว่าผู้ป่วยน่าจะเป็นต้อหิน

การติดตามการดำเนินการของโรค โดยเฝ้าระวังระดับความรุนแรงของต้อหินที่ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของจอตา (Retina) โดยใช้เครื่องวัดลานสายตาคอมพิวเตอร์ชนิดฮัมฟรีย์ (Automated static perimetry - Humphrey) เครื่องมือชนิดนี้ถือเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยต้อหินเนื่องจากสามารถตรวจพบความผิดปกติของลานสายตาได้อย่างแม่นยำและรวดเร็ว จักษุแพทย์ประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงของลานสายตาที่ผิดปกติไป (Visual field defect : VFD) โดยดูจากจุดดำที่อยู่บนดิวิเอชันพลอต (deviation plot) ที่เรียกว่า สโกโตมา (Scotoma) ซึ่งหมายถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นจุดดำหลายๆจุดรวมกันเป็นกลุ่ม ที่ยังถูกล้อมรอบด้วยลานสายตาที่ปกติ หากมีการขยายตัวเพิ่มขึ้น หรือมีการเกิดขึ้นใหม่ของสโกโตมานั้นก็หมายถึงมีความรุนแรงของต้อหินมากขึ้น (ปริญญ์ โรจนพงศ์พันธุ์, 2555; European glaucoma society, 2014)

เกณฑ์แบ่งระดับความรุนแรงของต้อหิน ของโฮเดป, ปารีส, และแอนเดอร์สัน (Hodapp, Parish & Anderson) เป็นเกณฑ์ที่ได้รับการยอมรับและใช้อย่างแพร่หลายในการรักษาผู้ป่วยต้อหินในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สามารถแบ่งได้เป็น 5 ระดับ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (European glaucoma society, 2014; Susanna & Vessani, 2009)

ตารางที่ 2.1

เกณฑ์แบ่งระดับความรุนแรงของต้อหิน ของโฮเดป, ปารีส, และแอนเดอร์สัน (Hodapp, Parish & Anderson)

Stage	Humphrey MD score (dB)	เกณฑ์เพิ่มเติม (พบอย่างน้อย 1 ข้อ ถือว่าเข้าเกณฑ์)
0: No Minimal Defect		
1: Early Defect	≤ -6.00	-มีจำนวนจุดที่อยู่บนดิวิเอชันพลอต (Deviation plot) ที่ต่ำกว่าระดับที่มีโอกาสพบในคนปกติ น้อยกว่า 5% เป็นกลุ่มมากกว่าเท่ากับ 3 ตำแหน่งและระดับที่มีโอกาสพบในคนปกติ 1% จำนวน 1 ตำแหน่ง
2: Moderate Defect	≥ -6.00 to 12.00	-มีจำนวนจุดที่อยู่บนดิวิเอชันพลอต (Deviation plot) ที่ต่ำกว่าระดับที่มีโอกาสพบในคนปกติ 5% มีจำนวน 25-50% แต่ระดับที่มีโอกาสพบในคนปกติ 1% มีจำนวน 15-25% และมีอย่างน้อย 1 จุดที่มีตำแหน่ง 5 องศาจากศูนย์กลางที่มีระดับความไว้น้อยกว่า 15 dB แต่ไม่มีจุดไหนในระดับที่มีโอกาสพบในคนปกติ 5% ที่มีระดับความไว้น้อยกว่า 0 dB และมี 1 จุดที่มีระดับความไว้น้อยกว่า 15 dB อยู่ภายใน 5 องศาจากจุดรับภาพ
3: Advanced Defect	≥ -12.01 to -20.00	-มีจำนวนจุดที่อยู่บนดิวิเอชันพลอต (Deviation plot) ที่ต่ำกว่าระดับที่มีโอกาสพบในคนปกติ 5% มีจำนวน 50-75% แต่ระดับที่มีโอกาสพบในคนปกติ 1% มีจำนวน 25-50% และมีจุดที่มีตำแหน่ง 5 องศาจากศูนย์กลางที่มีระดับความไว้น้อยกว่า 0 dB และมีมากกว่า 1 จุดที่มีระดับความไว้น้อยกว่า 15 dB อยู่ภายใน 5 องศาจากจุดรับภาพ
4: Severe Defect	≥ -20.01	-มีจำนวนจุดที่อยู่บนดิวิเอชันพลอต (Deviation plot) ที่ต่ำกว่าระดับที่มีโอกาสพบในคนปกติ 5% มีจำนวนมากกว่า 75% แต่ระดับที่มีโอกาสพบในคนปกติ 1% มีจำนวน 50-75% และมีจุดอย่างน้อย 50% ที่มีตำแหน่ง

Stage	Humphrey MD score (dB)	เกณฑ์เพิ่มเติม (พบอย่างน้อย 1 ข้อ ถือว่าเข้าเกณฑ์)
		5 องศาจากศูนย์กลางที่มีระดับความไว้น้อยกว่า 0 dB และมีจุดมากกว่า 50% ที่มีระดับความไว้น้อยกว่า 15 dB อยู่ภายใน 5 องศาจากจุดรับภาพ
5: End stage disease		ไม่สามารถตรวจลานสายตาได้ในตาข้างที่แยกจากการมีจุดดำตรงกลาง (Scotoma) หรือผู้ป่วยที่มีค่าความสามารถในการมองเห็น 6/60(20/200)

หมายเหตุ. แปลมาจาก European glaucoma society, 2014; Susanna & Vessani, 2009

2.1.7 แนวทางการรักษา

หลักการรักษาต้อหินคือ การควบคุมความดันลูกตาให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูง ทั้งนี้การลดความดันลูกตาสามารถทำได้โดย การใช้ยา การเลเซอร์ หรือการผ่าตัด ซึ่งขึ้นอยู่กับ ความรุนแรงและชนิดของต้อหินแต่ละราย อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการเลเซอร์ หรือการผ่าตัดแล้วผู้ป่วยก็ยังคงต้องใช้ยาต่อไป (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550) ดังนั้นการรักษาโดยการใช้ยา จึงยังคงเป็นวิธีหลักที่จักษุแพทย์เลือกใช้ในการควบคุมความดันลูกตาให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งการรักษา นั้นต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่องและคงความสามารถในการมองเห็นที่เหลืออยู่ให้คงอยู่ต่อไปนานที่สุด

2.1.7.1 การรักษาด้วยยา ยารักษาต้อหินสามารถแบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์หลัก 3 ประการคือ ลดการสร้างน้ำเอควีเอส เพิ่มการระบายของน้ำเอควีเอสออกจากลูกตา และลด ปริมาตรของน้ำวุ้นลูกตา โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (เกษรา พัฒนพิฑูรย์, 2556; ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550; รจิต ตูจันดา, 2542)

1) กลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ลดการสร้างน้ำเอควีเอส ประกอบด้วย

1.1 ยากลุ่มคาร์บอนิกแอนไฮเดรสอินฮิบิเตอร์ (Carbonic anhydrase inhibitors: CAIs) ซึ่งมีอยู่ในรูปยาชนิดรับประทานคือ ยาไดอะม็อก (Diamox) ยาชนิดหยอด เช่น ยาโดโซลามาไมด์ ไฮโดรคลอไรด์ (Dorzolamide hydrochloride) อาการข้างเคียงทางตา ได้แก่ การระคายเคืองบริเวณผิวของดวงตา ตาแห้งหรือแสบตาหลังการหยอดยา ตามัวและสายตาสั้นเฉพาะ บางราย และอาการข้างเคียงทางร่างกาย ได้แก่ อาการชาปลายมือปลายเท้า เบื่ออาหาร น้ำหนักลด บางรายที่อาการอ่อนเพลีย ท้องเสีย นอกจากนี้ยังมีอาการสับสน ปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน ซึมเศร้า และความต้องการทางเพศลดลง

1.2 ยากลุ่มเบต้าอะดรีเนอร์จิกแอนตาโกนิส (Beta-adrenergic antagonist) เช่น ทิโมลอล (Timolol) อาการข้างเคียงทางตาได้แก่ ตามัว คันตา กลัวแสงและรู้สึกคล้ายมีเศษผงอยู่ในตา อาการข้างเคียงทางร่างกายได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจโต ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึมเศร้า เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เห็นภาพซ้อน มีปัญหาด้านการหายใจในผู้ป่วยหอบหืดและถุงลมโป่งพอง ระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูง

2) กลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ทั้งลดการสร้างน้ำเอควีเอส และเพิ่มการระบายของน้ำเอควีเอส ประกอบด้วย

2.1 ยากลุ่มอะดรีเนอร์จิกอะโกนิส (Adrenergic agonist) เช่น อัลฟาเกนที (Alphagan-P) อาการข้างเคียงทางตา ได้แก่ อาการตาแดงบริเวณเยื่อตาขาวและเปลือกตา และอาการข้างเคียงทางร่างกาย ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปากแห้งและง่วงซึม

2.2 ยากลุ่มฟิกซ์คอมบิเนชัน (Fixed-combination drugs) เช่น โคซอพท์ (Cosopt) อาการข้างเคียงทางตา ได้แก่ อาการแสบตาเคืองตาเวลาหยอดยา ตาแดง ตามัว คันตา กระจกตาอักเสบ (Keratitis) และอาการข้างเคียงทางร่างกาย ได้แก่ การรับรสผิดปกติไป

3) กลุ่มยาที่ออกฤทธิ์เพิ่มการระบายของน้ำเอควีเอสออกจากลูกตา ประกอบด้วย

3.1 ยากลุ่มอ็อกคูลาโคลิเนอร์จิกเอเจนท์ (Ocular cholinergic agent) เช่น พิโลคาร์ปิน (Pilocarpine) และคาร์บาซอล (Carbachol) อาการข้างเคียงทางตา ได้แก่ อาการตามัว บางรายมีอาการสายตาสั้น กระตุ้นการอักเสบภายในลูกตาให้เพิ่มขึ้น กรณีที่มีการอักเสบอยู่เกิดภาวะจอตาฉีกขาดและหลุดลอกได้ นอกจากนี้อาจพบซิสต์บริเวณขอบรูม่านตาจากการงอกของเซลล์ชั้นเนื้อเยื่อม่านตา (Iris pigment epithelium) และเกิดต้อกระจก (Cataract) ได้ อาการข้างเคียงทางร่างกายที่พบ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน เหงื่อออกมาก น้ำลายไหลมาก หลอดลมหดเกร็งและหัวใจเต้นช้าลง

3.2 ยากลุ่มพรอสตาแกรนดิน (Prostaglandin analogue) เช่น ซาลาแทน (Xalatan), ทราวาพอส (Travaprost), ทราวาแทน (Travatan) และไบมาตาพอส (Bimataprost) อาการข้างเคียงทางตา ได้แก่ แสบตา ตาแดงอย่างรุนแรง ขนตายาวขึ้น สีม่านตาเข้มขึ้น และมีการกระตุ้นของเนื้อเยื่อที่ตาขาวอักเสบ (Epithelium herpetic keratitis) ภายหลังใช้ยาไม่พบอาการข้างเคียงทางกาย และปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยโรคหอบหืด จึงมักเป็นกลุ่มยาแรกที่จักษุแพทย์เลือกใช้ในการควบคุมความดันลูกตา

4) ยากลุ่มที่ออกฤทธิ์ลดปริมาตรของน้ำวุ้นลูกตา ประกอบด้วย ยากลุ่มไฮเปอร์ออสโมติกเอเจนต์ (Hyperosmotic agent) ซึ่งมีอยู่ในรูปยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำคือแมนนิทอล (Mannitol ยารับประทานคือ กลีเซอริน (Glycerine) ซึ่งให้เฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น อาการข้างเคียงทางกายได้แก่ ปวดศีรษะ ท้องเสีย น้ำตาลในเลือดสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน

ผลข้างเคียงของยารักษาต้อหินที่พบบ่อยคือ อาการข้างเคียงทางตา ได้แก่ อาการระคายเคืองตา แสบตา มักพบในยากลุ่มคาร์บอนิกแอนไฮเดรสอินฮิบิเตอร์ (Carbonic anhydrase inhibitors: CAls) ยากลุ่มเบต้าอะดรีเนอร์จิกแอนตาโกนิส (Beta-adrenergic antagonist) ยากลุ่มฟิสิกซ์คอมบิเนชัน (Fixed-combination drugs) และยากลุ่มพรอสตาแกรนดิน (Prostaglandin analogue) อาการตาแดง มักพบในยากลุ่มอะดรีเนอร์จิกอะโกนิส (Adrenergic agonist) ยากลุ่มฟิสิกซ์คอมบิเนชัน (Fixed-combination drugs) และยากลุ่มพรอสตาแกรนดิน (Prostaglandin analogue) จากการสำรวจสถิติผู้ป่วยต้อหินที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาของ งานการพยาบาลตรวจโรคจักษุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยการสอบถามจากผู้ป่วยต้อหินที่ได้รับยารักษาต้อหินจำนวน 60 คน พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยร้อยละ 37 ได้รับผลข้างเคียงจากยา ซึ่งอาการส่วนใหญ่ ได้แก่ อาการคัน เคืองตา แสบตา ขนตายาวขึ้น และร้อยละ 63 ไม่ได้รับผลข้างเคียงจากยา โดยจากการศึกษาเฉพาะเจาะจงพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับผลข้างเคียงจากยาส่วนใหญ่จะได้รับยาน้ำตาเทียมร่วมด้วย ซึ่งอาจช่วยลดผลข้างเคียงดังกล่าวได้

2.1.7.2 การรักษาด้วยวิธีอื่นๆ (เกษรา พัฒนพิฑูรย์, 2556; อังคณา เมธีไตรรัตน์ และ รจิต ตูจันดา, 2552) นอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว จักษุแพทย์อาจพิจารณาให้การรักษาด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย คือ การรักษาด้วยเลเซอร์ ซึ่งมีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับชนิดของต้อหินนั้นๆ หรือการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยมีจุดประสงค์เพื่อลดการสร้างน้ำเอควีเอสและเพิ่มการระบายของน้ำเอควีเอส โดยมักพิจารณาให้การรักษา ในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมความดันลูกตาให้อยู่ในระดับที่ต้องการ และไม่สามารถป้องกันการทำลายของเส้นประสาทตาต่อไปได้ หรือผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยา (เกษรา พัฒนพิฑูรย์, 2556)

สรุป ต้อหินเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการมีความดันลูกตาที่สูงกว่าปกติจากการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนของน้ำเอควีเอส ส่งผลให้เกิดข้อผิดพลาดต่อและสูญเสียลานสายตาซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะตาบอด หลักการตรวจวินิจฉัยและการเฝ้าติดตามการดำเนินการของต้อหินโดยดูจากระดับความรุนแรงของต้อหินของโฮเดป, ปารีส, และแอนเดอร์สัน (Hodapp, Parish & Anderson) เป็นวิธีที่จักษุแพทย์ใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน สำหรับเป้าหมายของการรักษาต้อหิน คือการป้องกันไม่ให้เกิดการสูญเสียการมองเห็นและคงการมองเห็นที่เหลืออยู่ให้คงอยู่ต่อไปนานที่สุด โดยหลักการรักษาคือควบคุมความดันลูกตา ประกอบด้วยการรักษาด้วยยาซึ่งเป็นวิธี

หลักที่ได้ผลดี แต่ผู้ป่วยอาจได้รับความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงจากยา ในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตหรือมีการสูญเสียเส้นประสาทตาอย่างมาก อาจต้องทำการรักษาด้วยเลเซอร์หรือผ่าตัดร่วมด้วย

2.2 พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

พฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจนำมาศึกษาในทีมสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มโรคเรื้อรัง เนื่องจากเป็นหัวใจสำคัญอย่างหนึ่งที่จะทำให้การรักษาสำเร็จหรือล้มเหลวได้ (เบญจมาศ รอดแก้วพาล, 2552)

2.2.1 ความหมาย

พฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาในภาษาอังกฤษ ได้แก่ Adherence, Compliance และ Persistence สำหรับคำในภาษาไทย ได้แก่ ความร่วมมือในการรักษา พฤติกรรมความร่วมมือ พฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาด้วยยา จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีความหมายของคำว่าพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาที่มีความคล้ายคลึงกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2003) ให้ความหมายว่า การที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมืออย่างต่อเนื่องต่อการใช้ยาตามคำสั่งของแพทย์ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสม และปฏิบัติตามคำแนะนำที่สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยเชื่อว่าพฤติกรรมนั้นต้องเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในตัดสินใจเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง มีการตกลงและยินยอมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (Active partners) ส่วนคำว่า คอมพลายแอนซ์ (Compliance) หมายความว่า พฤติกรรมปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด โดยไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจใดๆ (Passive partners)

ดีลามัตเตอร์ (Delamater, 2006) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ประกอบด้วย ความกระตือรือร้น (Active) ความสมัครใจ (Voluntary) และการทำงานร่วมกัน (Collaborative) ที่มีผลต่อผลสำเร็จของการรักษา ส่วนคำว่า คอมพลายแอนซ์ (Compliance) หมายความว่า พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำการรักษาอย่างเคร่งครัด

สวอทและควิเกลีย์ (Schwartz & Quigley, 2008) ให้ความหมายว่า เป็นความร่วมมือของผู้ป่วยทั้งเรื่องการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การมาตรวจตามนัดโดยเกิดจากการตกลง การยินยอมระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้ป่วย

สวอท (Schwartz, 2011) ให้ความหมายว่า หน้าที่รับผิดชอบของผู้ป่วยที่ต้องมีส่วนร่วมในการรักษาของแพทย์ ซึ่งนำมาใช้แทนคำว่า คอมพลายแอนซ์ (Compliance) ส่วนคำว่า เพอซิสเทนส์ (Persistence) หมายความว่า การที่ผู้ป่วยใช้ยาอย่างสม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง และแพทย์มีคำสั่งการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องถึงแม้ว่าอาจจะมีปัญหาเรื่องการขาดยา

สกาลิกกี้และโกลด์เบิร์ก (Skalicky & Goldberg, 2013) ให้ความหมายคำว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์โดยอยู่บนพื้นฐานของความไว้วางใจ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษา ในขณะที่ เพอซิสเทนส์ (Persistence) หมายถึง การแสดงออกเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่วนคำว่า คอมพลายแอนซ์ (Compliance) หมายถึง การปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์เพียงอย่างเดียวโดยไม่มีส่วนร่วมใดๆ คำว่า เอดฮีแรนซ์ (Adherence) จึงมีความเหมาะสมที่สุด

ยูพิน ลีละชัยกุล (2550) ได้ให้คำจำกัดความของ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (Adherence) หมายถึง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย (ซึ่งอาจเป็นการใช้ยา การควบคุมอาหารหรือการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมดำรงชีวิตรูปแบบอื่นๆ) ให้สอดคล้องกับการรักษาและคำแนะนำของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

จากความหมายข้างต้นจึงอาจสรุปได้ว่า พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (Adherence) หมายถึง การแสดงออกของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับการรักษาและคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ เรื่องการใช้ยา การมาตรวจตามนัดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีส่วนร่วมและด้วยความเต็มใจ

2.2.2 ความสำคัญของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษามีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาที่ดีจะสามารถช่วยป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนและยังช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีอีกทั้งยังสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Becker, 1979; WHO, 2013) สำหรับผู้ป่วยต่อหัตถ์ที่มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ดี ย่อมจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและทำให้การดำเนินการของโรคไม่แย่ลง (ยูพิน ลีละชัยกุล, 2550; Tsai, 2007; Goldberg, 1980) กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ดี ย่อมทำให้แพทย์สามารถประเมินความรุนแรงของโรคและวางแผนให้การรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (Olthoff et al., 2007) สามารถชะลอการสูญเสียการมองเห็นได้ถึงร้อยละ 90 (ยูพิน ลีละชัยกุล, 2550) อีกทั้งสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ไม่จำเป็น จากการเพิ่มจำนวนยาหรือต้องรับการรักษาอย่างอื่นเพื่อคุมความดันโลหิตด้วย เช่น การยิงเลเซอร์และ

การผ่าตัด (Robin & Grover, 2011) ดังนั้นแล้วผู้ป่วยย่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข (Hirumwatthanakul, 2013)

2.2.3 องค์ประกอบของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับองค์ประกอบที่สำคัญของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา เพื่อที่จะสามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาดีหรือไม่ดีอย่างไร และสามารถจัดการกับปัจจัยที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ไม่ดีได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าองค์ประกอบของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของประชากรกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น หอบหืด เบาหวาน วัณโรค ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผนการรักษาของแพทย์ มีความสามารถในการจัดการตนเอง เมื่อเกิดอาการผิดปกติขณะอยู่บ้าน การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การมาตรวจตามนัดอย่างเคร่งครัด และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับโรคและแผนการรักษาของแพทย์ (Delamater, 2006; World Health Organization, 2003; McDonald, Garg, & Haynes, 2002)

พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินมีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ พฤติกรรมการใช้ยา การมาตรวจตามนัดและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550; Schacknow & Samples, 2010)

2.2.3.1 การใช้ยา ประกอบด้วย การหยุดยาและหรือการรับประทานยาที่ใช้ลดความดันโลหิตไปตลอดชีวิตอย่างถูกต้องตามจำนวน เวลา ขนาด ภูมิภาคและถูกโรค อย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อการรักษา มีความรู้ความเข้าใจและทักษะที่ถูกต้องต่อการหยุดยา และหรือรับประทานยา ตลอดจนทราบผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและแจ้งอาการผิดปกติดังกล่าวให้แพทย์ทราบด้วย (มัญชิมา มะกรวิฒนะ, 2552; ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์, 2551; ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550; ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, 2545)

1) ทักษะการหยุดยาได้อย่างถูกวิธี (มัญชิมา มะกรวิฒนะ, 2552; ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, 2545; ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550; ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์, 2551; Schuster, 2011)

1.1 ตรวจสอบความถูกต้องของยาจากฉลากยาได้แก่ ชื่อยา เวลาที่หยุดยาข้างที่หยุด และจำนวนยาที่ต้องหยุดในแต่ละครั้ง

1.2 ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนการหยุดยา

1.3 เขย่ายาให้เข้ากัน เนื่องจากยาต่อหินบางชนิดยาชนิดสารแขวนตะกอน (Suspension) การเขย่าขวด จะทำให้อณูยาเล็กระจายลอยทั่ว ถ้าผู้ป่วยเขย่ายาไม่เพียงพอที่จะกระจายอณูยา จะทำให้ปริมาณยาที่เข้าตาในแต่ละหยดไม่เท่ากัน

1.4 ไม่ควรใช้ยาที่เปิดใช้นานกว่า 30 วันหรือ 1 เดือน ถึงแม้ยายังไม่ทั้งหมด ควรทิ้งยา และเปลี่ยนยาขวดใหม่ เนื่องจากจะเพิ่มโอกาสการติดเชื้อ และประสิทธิภาพในการลด ความดันตาลดลง

1.5 ควรแช่ยาไว้ในตู้เย็นในช่องธรรมดาทั้งที่ยังไม่ได้เปิดใช้ และที่เปิดใช้ แล้ว นอกจากจะป้องกันการเจริญเติบโตของเชื้อโรค ยาที่เย็นจะทำให้ผู้ป่วยที่หยอดยาเองสามารถ รู้สึกได้ง่ายกว่าเมื่อยาหยดเข้าไปในตาแล้ว ยกเว้นยาที่เตรียมไว้ในรูปสารแขวนตะกอนและสาร แขวนลอยหรือสอบถามจากเภสัชกรเพื่อความแน่ใจ

1.6 กรณีต้องพกพาหรือเดินทางก็สามารถนำยาติดตัวไปได้ โดยหลีกเลี่ยง การวางขวดยาในที่ร้อนจัดหรือโดนแสงแดด และรีบนำกลับแช่ตู้เย็นให้เร็วที่สุด

1.7 เทคนิคการหยอดยามีหลายวิธีแต่วิธีที่ถือว่ามีประสิทธิภาพคือ เทคนิคฟรานเฟลเดอร์ (Fraunfelder's technique) ดังนี้ คือ ให้อยู่ในท่านั่งหรือนอน ใช้มือข้างที่ไม่ ถนัดช่วยดึงหนังตาล่างลง และใช้มือข้างถนัดจับขวดยา ให้ขวดอยู่แนวตั้งฉาก หยอดยาไปตรงบริเวณ กระพุ้งตาล่าง 1 หยดก็เพียงพอแล้ว เนื่องจากยา 1 หยด มีปริมาตรประมาณ 50 ไมโครลิตร ในขณะที่ กระพุ้งตามีปริมาตรเพียง 30 ไมโครลิตรเท่านั้น และเมื่อรู้สึกว่ายาวโดนตาแล้วให้หลับตา ห้าม กระพริบตา 2 นาที ร่วมกับการกดหัวตา เพื่อช่วยให้ยาซึมผ่านเข้าไปในตาได้และลดอาการข้างเคียงที่ อาจเกิดกับร่างกาย

1.8 หากมียามากกว่า 1 ชนิดควรเว้นระยะห่างในการหยอดยา 5-10 นาที เพื่อป้องกันยาชนิดหลังล้างยาชนิดแรกออกจากตาโดยยังไม่มี การดูดซึม และพยาบาลควรแนะนำเรื่อง การจัดลำดับก่อนหลังของการหยอดยาที่ต้องคำนึงถึงคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาของยาแต่ละชนิดด้วย

1.9 หยอดยาให้ตรงเวลาทุกวันเพื่อรักษาระดับความดันลูกตาให้คงที่ โดย ยาที่แพทย์มีคำสั่งให้หยอด 2 ครั้งต่อวัน ควรเว้นระยะห่างของยา 12 ชั่วโมง และยาที่แพทย์มีคำสั่งให้ หยอด 3 ครั้งต่อวัน ควรเว้นระยะห่างของยา 6-8 ชั่วโมง

1.10 หากลืมหยอดยา ให้หยอดยาทันทีที่นึกได้ และหยอดยานั้นครั้งถัดไป ในเวลาปกติตามเดิมต่อไป

1.11 หากยาหมดก่อนนัด ควรไปพบแพทย์ทันทีโดยไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด หรืออาจซื้อยาเดิมหยอดต่อได้

1.12 ไม่ใช้ยาหยอดตา ร่วมกับผู้อื่น

2) อาการข้างเคียงจากยาหยอดตา/ยารับประทาน (มัญชิมา มะกรวัฒน์, 2552; ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550)

2.1 ยหยอตตบบางชนิดก่อให้เกิดอการข้ียงเคียงตอตา (ดั่งรยลละเอียตในหัวข้อการรักษต้อหิน) อาจทำให้เกิดตาดงได้ในระยะ 4-6 สัปดาห์แรก และอการจะค่อยๆดีขึ้นและหายไป แต่หากมีอการผิดปกติหลังหยอดยา เช่น ตาดงมาก แสบตามาก ปวดตา เคืองตาให้หยุดยาและรีบแจ้งแพทยเพื่อพิจารณาเปลี่ยนยาต่อไป

2.2 ยารักษาต้อหินทุกชนิดมีอการข้ียงเคียงทางร่างกายไม่มากก็น้อย ดังนั้นก่อนการเริ่มใช้ยา หรือเปลี่ยนยา ควรปรึกษาแพทยทุกครั้งและควรมีการแจ้งแพทยเกี่ยวกับโรคประจำตัวร่วมที่เป็นเพื่อป้องกันฤทธิ์ที่ขัดแย้งกัน รวมถึงประวัติการแพ้ยาด้วยทุกครั้งที่จะมีการสั่งยาใหม่หรือเปลี่ยนยา

2.3 อการแพ้ยาหยอดตาสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดระยะเวลาของการใช้ยาถึงแม้เคยใช้ยามาเป็นเวลานานโดยไม่มีอการผิดปกติใดๆ ดังนั้นหากมีอการผิดปกติเกิดขึ้น ควรหยุดยาและรีบปรึกษาจักษุแพทยโดยเร็ว

2.2.1.2 การมาตรวจตามนัด เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการรักษารวมถึงการดำเนินการของโรคเพื่อพิจารณาให้การรักษาที่เหมาะสม อย่างสม่ำเสมอ โดยผู้ป่วยต้อหินควรปฏิบัติตัวดังมีรายละเอียดดังนี้ (มัญชิมา มะกรวิฒนะ, 2552)

- 1) มาเข้ารับการตรวจตามนัดที่แพทย์นัด หากไม่สามารถเดินทางมาในวันดังกล่าว ให้รีบแจ้งแพทย์หรือพยาบาลเพื่อพิจารณานัดหมายใหม่ให้เหมาะสม
- 2) ควรมีการจดบันทึกวันนัดหมายหรือญาติเป็นผู้ช่วยเหลือแจ้งเตือนและพาผู้ป่วยมาโดยเฉพาะกรณีเป็นผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการหลงลืม
- 3) เข้ารับการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษต่างๆเพื่อประกอบการวินิจฉัยและเฝ้าติดตามความก้าวหน้าของโรค เช่น การตรวจลานสายตา การตรวจจอตา (ดั่งรายละเอียดในหัวข้อการวินิจฉัยโรค) และมีการเตรียมตัวล่วงหน้าตามคำแนะนำของพยาบาล
- 4) มีการเขียนคำถามและข้อสงสัยที่ต้องการทราบล่วงหน้าและนำติดตัวไปด้วยเมื่อพบจักษุแพทย์ และซักถามข้อสงสัยทุกอย่างอย่างตรงไปตรงมาเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและให้ได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด
- 5) จดชื่อยาหรือนำยาหยอดตาและยารับประทานทุกชนิดที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับโรคทางตาติดตัวไปด้วย เพื่อให้แพทย์ทราบข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย
- 6) ควรพบบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนมาพบแพทย์ในวันนัดด้วยเพื่อ ช่วยกันทำความเข้าใจกับสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ และร่วมกันซักถามข้อสงสัยใดๆที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรับการตรวจรักษาและบริการ รวมถึงในการตรวจบางครั้ง จักษุแพทย์อาจมีคำสั่งให้หยอดยาขยายม่านตา ซึ่งจะให้มีอการตาพร่ามัวหลังหยอดยาประมาณ 3-4 ชั่วโมง อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้

2.2.1.3 พฤติกรรมการดำรงชีวิตของผู้ป่วยต่อหิน ประกอบด้วย การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องไม่ก่อให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ชะลอการดำเนินการของโรค และการปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการข้างเคียงจากการได้รับยารักษาต่อหิน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การผ่อนคลาย ความเครียด การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายอื่นๆ และการควบคุมโรคประจำตัวร่วม ดังมีรายละเอียดดังนี้

1) การบริโภคอาหารและน้ำ (Pasquale & Kang, 2009; Ehrlich, 2012; Reed, 2009; Kent, 2008) ผู้ป่วยต่อหินสามารถรับประทานอาหารตามปกติที่มีสารอาหารครบ 5 หมู่ ยกเว้นในรายที่มีโรคประจำตัวร่วมอื่นแต่ควรได้รับการส่งเสริมสารอาหารบางอย่างเพื่อลดอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากอาการข้างเคียงของยารักษาต่อหินและชะลอการดำเนินการของโรค ได้แก่

1.1 อาหารที่มีธาตุโพแทสเซียมสูง เพื่อป้องกันหรือลดอาการข้างเคียงของยาต่อหินอาจทำให้เกิดภาวะขาดโพแทสเซียม มีอาการชาปลายมือปลายเท้า อ่อนเพลีย เช่น มันฝรั่ง ผักใบเขียว ผักโขม เห็ด ถั่ว ถั่วลันเตา มะเขือเทศ น้ำมะเขือเทศ ส้ม น้ำส้ม แคนตาลูป แตงโม องุ่น พรุณ ลูกเกด นมจืด โยเกิร์ตไขมันต่ำ ปลาทูน่า

1.2 อาหารที่มีสารแอนติออกซิเดนต์สูง เพื่อช่วยป้องกันและลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดการทำลายของเส้นใยประสาทและทำให้ความดันโลหิตปกติ ได้แก่

1.2.1 วิตามินซี ซึ่งพบใน ผักตระกูลกะหล่ำ และผลไม้ เช่น ฝรั่ง ส้ม มะนาว มะละกอ ถั่วลันเตา สับปะรด สโตเบอร์รี่

1.2.2 วิตามินเอ ซึ่งพบใน เนื้อสัตว์ เช่น น้ำมันตับปลา เครื่องในสัตว์ ไข่แดง นมและผลิตภัณฑ์จากนม และพบได้มาจากผักและผลไม้ โดยเฉพาะผักที่มีสีส้ม สีเหลือง และเขียวเข้ม เช่น แครอท ผักโขม ข้าวโพด มันฝรั่ง ฟักทอง ค่ะน้า

1.2.3 วิตามินอี ซึ่งพบใน ถั่วลิสง ผักโขมและน้ำมันพืช

1.2.4 สารซีรีเนียม ซึ่งพบใน อาหารทะเล เครื่องในสัตว์ เมล็ดธัญพืช

1.2.5 สารโพลีฟีนอยด์ ซึ่งพบใน ทับทิม ผลไม้ตระกูลเบอร์รี่ ช็อคโกแลต ชาดำและชาเขียว

1.2.6 สารแอนโทราไซอะนิน ซึ่งพบใน ผลไม้ตระกูลเบอร์รี่

1.2.7 สารไลโคปีน ซึ่งพบใน ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบจากมะเขือเทศ

1.2.8 สารลูทีน ซึ่งพบใน ผักใบเขียว ธัญพืช

1.2.9 สารโคเอนไซม์คิว10 ที่อยู่ในรูปอาหารเสริม

1.3 อาหารที่มีสารโอเมก้า-3 และสารโอเมก้า-6 เพื่อช่วยให้ระบบไหลเวียนของหลอดเลือดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ลดอัตราเสี่ยงจากภาวะหัวใจประสาธาตากลุกทำลายจากภาวะความดันเลือดต่ำในผู้ป่วยต่อหินชนิดความดันลูกตาปกติ ได้แก่

1.3.1 สารโอเมก้า-3 ซึ่งพบใน เมล็ดแฟลกซ์ น้ำมันตับปลา ถั่ว

1.3.2 สารโอเมก้า-6 ซึ่งพบใน น้ำมันมะกอก น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันถั่วเหลือง

1.4 การดื่มน้ำ กรณีผู้ป่วยที่ได้รับยาลดความดันลูกตาชนิดรับประทาน (ไดอะมอก) ควรดื่มน้ำให้เพียงพอ คือประมาณ 8-10 แก้วต่อวันหรือประมาณ 1000 มิลลิลิตร เพื่อช่วยขับแคลเซียมที่จะตกตะกอนในไตซึ่งอาจก่อให้เกิดโรคนิ่วได้ แต่ควรระมัดระวังไม่ดื่มน้ำครั้งละมากๆ ประมาณ 1000 มิลลิลิตรในครั้งเดียวกัน เนื่องจากพบว่าจะทำให้ความดันตาเพิ่มสูงขึ้น 6-8 mmHg หรือเพิ่มขึ้นจากเดิม นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงปริมาณน้ำที่เป็นส่วนประกอบของอาหารและเครื่องดื่มอื่นๆด้วย

1.5 การดื่มเครื่องดื่มอื่นๆ ได้แก่ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1.5.1 เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม มีผลทำให้ความดันลูกตาเพิ่มสูงขึ้นในช่วง 1-3 ชั่วโมง ถึงแม้จะไม่ได้ส่งผลกระทบต่อมากนัก แต่ผู้ป่วยต่อหินก็ควรมีความระมัดระวังในการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนในปริมาณไม่มากเกินไป

1.5.2 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า ไวน์ เบียร์ ในกรณีผู้ป่วยที่เป็นต่อหินชนิดมุมปิดเฉียบพลัน การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากดีกรีสูงก็สามารถลดระดับความดันลูกตาได้ประมาณ 2-3 ชั่วโมง ใช้ในกรณีฉุกเฉินที่ไม่สามารถหาวิธีอื่นรักษาได้ทันท่วงที

2) การขับถ่าย ผู้ป่วยต่อหินควรดูแลตนเองให้ร่างกายมีระบบการขับถ่ายและการระบายที่เป็นปกติ เพื่อป้องกันภาวะความดันลูกตาสูงขึ้นจากการเบ่งถ่าย ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการท้องเสียเพราะระบบทางเดินอาหารถูกระงับจากฤทธิ์ของยารักษาต่อหิน ซึ่งเมื่อมีอาการผิดปกติของระบบขับถ่าย ควรแจ้งให้จักษุแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป นอกจากนี้ผู้ป่วยควรรับประทานผักผลไม้ที่มีกากใยสูง ดื่มน้ำในปริมาณพอเหมาะ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกากแข็ง รสจัด เพื่อช่วยกระตุ้นการขับถ่าย

3) การผ่อนคลายความเครียด ผู้ป่วยที่เป็นต่อหินซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง อีกทั้งความสามารถในการมองเห็นลดลง ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงเกิดภาวะพึ่งพา ทำให้มีภาวะเครียดวิตกกังวล ซึมเศร้าหรือก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย ส่งผลทำให้ระดับความดันลูกตาสูงขึ้น ดังนั้นการฝึกโปรแกรมการควบคุมตนเองด้วยการนั่งสมาธิ การผ่อนคลาย และไบโอฟีดแบค (Biofeedback) โดย

เลือกให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย สามารถช่วยควบคุมระดับความดันลูกตาได้ โดยเฉพาะในต้อหินมุมเปิด นอกจากนี้การได้รับการส่งเสริม สนับสนุนและให้กำลังใจจากบุคคลในครอบครัว รวมถึงการให้ความช่วยเหลือ การใช้เวลาผู้ป่วยในการระบายเรื่องคับข้องใจ การให้บริการต่างๆของบุคลากรทางแพทย์ด้วยความเต็มใจ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกับบุคคลอื่น ย่อมสามารถสร้างความมั่นใจ กำลังใจ คลายความตึงเครียดให้กับผู้ป่วยได้ สามารถรักษาระดับความดันลูกตาให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัยได้ (Bhartiya & Ichhpujani, 2014)

4) การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายอื่นๆ ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ ไม่หักโหม ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย การออกกำลังกายมีประโยชน์ในการป้องกันการสูญเสียลานสายตาเนื่องจากสามารถลดความดันลูกตาได้ ยกเว้นในผู้ป่วยต้อหินชนิดมุมปิด การออกกำลังกายบางประเภทกลับให้ระดับความดันลูกตาสูงขึ้น (Pasquale & Kang, 2009; (Bhartiya & Ichhpujani, 2014)

4.1 การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การเดิน ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน เมื่อออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องมากกว่า 3 เดือน สามารถช่วยลดระดับความดันลูกตาได้ประมาณ 20% แต่จะไม่มีผลหากหยุดการออกกำลังกายนานกว่า 2 สัปดาห์ และทั้งนี้ก็ต้องรักษาด้วยยาควบคู่ไปด้วย โดยมีผู้ศึกษาระบุว่า การเดินและการปั่นจักรยาน ด้วยความถี่ 4 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 40 นาที สามารถลดระดับความดันลูกตาได้

4.2 การออกกำลังกายโดยการออกแรงต้าน ได้แก่ การยกเวท สามารถทำให้ระดับความดันลูกตาสูงขึ้น 4 mmHg หรือประมาณ 22% จากระดับความดันลูกตาเดิม และจะลดลงหลังหยุดออกกำลังกาย 1 mmHg

4.3 การออกกำลังกายทำเียนด้วยคีร์ชะ ได้แก่ โยคะ กล่าวคือ ท่าที่ทำให้ระดับของหัวใจอยู่สูงกว่าตา และทำให้หัวประสาทตาคว้าง สามารถทำให้ระดับความดันลูกตาสูงขึ้น

4.4 การเล่นเครื่องดนตรีชนิดเครื่องเป่า สามารถทำให้ระดับความดันลูกตาสูงขึ้น 1 เท่า และเมื่อหยุดเล่นจะใช้เวลาประมาณ 20 วินาทีในการลดระดับสู่ระดับความดันลูกตาเดิม

5) โรคประจำตัวร่วม ผู้ป่วยต้อหินส่วนใหญ่มักเป็นผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัวร่วมอันเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่สะสมมา พันธุกรรมและความเสื่อมตามวัย เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง อ้วน เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด

5.1 ผู้ป่วยที่มีค่าความดันไดแอสโตลิกเพอร์ฟิวชันต่ำ (Diastolic perfusion pressure = diastolic blood pressure – IOP) ส่งผลทำให้การดำเนินการของต้อหินแย่ง ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการรับประทานยาคุมความดันโลหิต (Gebhart, 2013)

5.2 ภาวะอ้วน ผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) สูง นอกจากจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางกาย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคต่อกระดูก จุดรับภาพเสื่อมตามวัย รวมถึงต่อหินและความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นด้วย (Pasquale & Kang, 2009)

2.2.4 การประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินจึงมีหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีความแม่นยำ ข้อดีและข้อเสียแตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบว่ามีวิธีใดที่ถือว่าเป็นมาตรฐานในการประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา เครื่องมือที่ใช้ประเมินต้องมีความถูกต้องแม่นยำและไวต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมนั้นๆ การเลือกเครื่องมือที่เหมาะสมจึงจะสามารถประเมินผู้ป่วยต่อหินได้ถูกต้องและเป็นความจริงมากที่สุด โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 2 วิธีหลัก ดังนี้ (ยูพิน ลีละชัยกุล, 2550; Skalicky & Goldberg, 2013; Schwartz & Quigley, 2008)

2.2.4.1 การประเมินทางตรง (Direct methods) เป็นการวัดปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับโดยตรง แบ่งออกเป็น ได้แก่ การวัดปริมาณยาในเลือด ปัสสาวะ น้ำลาย และ อุจจาระ (Measurement of medication, metabolite or marker in blood, urine, saliva and feces) เพื่อตรวจวัดขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับเข้าไป แต่วิธีนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากยาแต่ละชนิดมีค่าของตัวแปรทางจุลศาสตร์ที่แตกต่างกัน ไม่สามารถระบุเวลาที่แน่นอนในการใช้ยาของผู้ป่วย

2.2.4.2 การประเมินทางอ้อม (Indirect method) หมายถึง การประเมินที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย แบ่งเป็น 6 วิธีใหญ่ๆ ได้แก่ การสัมภาษณ์โดยตรง (Clinical Interview) การให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม (Self - report surveys) การนับเม็ดยาและการตรวจวัดปริมาณน้ำยาโดยการชั่งตวง (Pharmacy claims Data Analysis) การใช้อุปกรณ์ทางคอมพิวเตอร์ช่วยติดตามพฤติกรรมกรดยอดยา (Electronic Monitoring Systems) และการประเมินทักษะการหยอดตา (Assessment of drop- installation Technique)

1) การสัมภาษณ์โดยตรง (Clinical Interview)

2) การให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม (Self - report surveys) มักได้ผลที่น่าเชื่อถือว่าการสัมภาษณ์ แบบสอบถามมีหลายแบบโดยมักขึ้นอยู่กับความต้องการในการศึกษาของผู้วิจัย คำถามที่ใช้ควรมีความชัดเจนและเข้าใจง่าย รวมถึงจำนวนคำถามและเวลาต้องมีความเหมาะสม (เบญจมาศ รอดแก้วพาล, 2552) เช่น

2.1 แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาของ เบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) ใช้ในผู้ป่วยต่อหินแบบวัตน์นี้มีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เท่ากับ 0.82 และนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.68 โดยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรดยอดยา/ รับประทาน และการมาตรวจตามนัด ข้อคำถามมีทั้งหมด 15 ข้อ มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้งและไม่เคย ในข้อคำถามเชิงบวก คำตอบเป็นประจำมีค่าเท่ากับ 5 คะแนน คำตอบไม่เลยมีค่าเท่ากับ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ คำตอบเป็นประจำมีค่าเท่ากับ 1 คะแนน คำตอบไม่เลยมีค่าเท่ากับ 5 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้คือ 15-75 คะแนน โดยที่คะแนนยิ่งมาก หมายถึง มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาสูง

2.2 แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินของ เตือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล (2554) ใช้ในผู้ป่วยต่อหินแบบวัตน์นี้มีความตรงตามเนื้อหา (content validity) เท่ากับ 1 และนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.81 โดย เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรดยอดยาของผู้ป่วยต่อหิน พฤติกรรมกรดยอดตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยต่อหิน พฤติกรรมกรดยอดตามนัดผู้ป่วยต่อหินรวมถึงพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจวินิจฉัยเพื่อติดตามโรค ข้อคำถามมีทั้งหมด 15 ข้อ มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้งและไม่เลย แบบสอบถามพฤติกรรมการให้ความร่วมมือ ช่วงคะแนน 15-35 คะแนน หมายถึง ระดับคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับต่ำ ช่วงคะแนน 36-56 คะแนน หมายถึง ระดับคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 57-75 คะแนน หมายถึง ระดับคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับสูง

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาต่อหิน ของ รี, ชง, เชิง, อัง, ฟรายแมน, คาลตันและลามัวร์ (Rees, Chong, Cheung, Aung, Friedman, Crowston, & Lamoureux, 2013) ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการหยุดยา คำถามเกี่ยวกับการประเมินความเชื่อในการรักษาต่อหิน และคำถามเกี่ยวกับความคาดหวังในผลการรักษา ระยะเวลาที่ต้องรักษา ความสามารถของผู้ป่วยต่อการควบคุมโรค ความสามารถของยาในการควบคุมโรค ประสบการณ์ของการเกิดอาการของโรค ความกังวลเกี่ยวกับโรคและความเข้าใจในโรค ความรู้สึกที่มีต่อโรค

3) การนับเม็ดยาและการตรวจวัดปริมาณน้ำยาโดยการชั่งตวง (Pharmacy claims Data Analysis)

4) การวัดผลการรักษาและอาการข้างเคียงที่แสดงออก (Outcome of therapy and side effect) เป็นวิธีที่แพทย์ใช้ติดตามผลการรักษาของผู้ป่วย โดยดูจากค่าพารามิเตอร์ต่างๆ ได้แก่ การวัดระดับความดันลูกตาของผู้ป่วยต้อหิน การถ่ายภาพเพื่อดูความผิดปกติของชั้นประสาทตา (OCT) และการวัดลานสายตา (Visual field) เป็นระยะๆ เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (อังคณา เมธีไตรรัตน์ และรจิต ตูจินดา, 2550) นอกจากนี้ยังใช้การประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาหยอดตาและหรือการรับประทานยา

5) การใช้อุปกรณ์ทางคอมพิวเตอร์ช่วยติดตามพฤติกรรมอาการหยอดตา (Electronic Monitoring Systems)

6) การประเมินทักษะการหยอดตา (Assessment of drop-installation Technique) เป็นการประเมินโดยให้ผู้ป่วยสาธิตการหยอดตา โดยการที่ผู้ป่วยมีทักษะในการหยอดตาไม่ถูกต้องอาจแสดงถึงการมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาต่ำ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกวิธีประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต้อหิน โดยการใช้แบบสอบถามของ เบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ครอบคลุมเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา การมาตรวจตามนัดและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

2.2.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของแต่ละผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษามีหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัวร่วม ความซับซ้อนของการรักษา ระดับความรุนแรงของต้อหิน และความเชื่อกันคนดี ปัจจัยภายนอกตัวผู้ป่วย ได้แก่ การสนับสนุนและความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และความเชื่อมั่นและสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ (Denis, 2011; Schwartz, 2011; Stryker et al., 2010) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

2.2.5.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

1) อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต้อหิน ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นย่อมมีความสามารถทางกายลดลง การมองเห็นลดลง การรับรู้และความเข้าใจกับสิ่งต่างๆลดลง จากการศึกษาของคิมเบอร์รี่ (Cimberie, 2008) ศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาในผู้ป่วยต้อหิน พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับต่ำ ตรงกับการศึกษาของ ฟรายแมนและคณะ

(Friedman et al., 2009) ที่ศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาในผู้ป่วยต่อหิน ประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 196 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ ยาระดับต่ำส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ น้อยกว่า 50 ปี หรือ มากกว่า 80ปี และตรงกับการศึกษาของ เดรียร์และคณะ (Dreer et al., 2012) ที่ศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาใน ผู้ป่วยต่อหินประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 116 ราย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความ ร่วมมือในการรักษา ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของจาฟารีและคณะ (Djafari et al., 2009) ได้ศึกษา พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาและการมาตรวจตามนัดในผู้ป่วยต่อหินประเทศ แคนาดาจำนวน 200 ราย พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของ ผู้ป่วยต่อหิน สำหรับการศึกษานี้ในประเทศไทยพบการศึกษาของเบญจมาศ รอดแก้วพาล (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาและการ มาตรวจตามนัดในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นต่อหินจำนวน 150 ราย แต่ไม่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าไม่สามารถสรุปทิศทาง ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้ชัดเจน

2) เพศ เป็นคุณลักษณะที่บ่งชี้ถึงความแตกต่างทางด้านสรีรวิทยา บุคลิกภาพ และบริบททางสังคมและความแตกต่างด้านพฤติกรรมสุขภาพ ดังการศึกษาของคอนสตาส, มาสคาลริส, กราโทโซนิริส, และซาเดลลี (Konstas, Maskaleris, Gratsionidis, & Sardelli, 2000) ศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาและการมาตรวจตามนัดในผู้ป่วยต่อหิน ประเทศกรีซจำนวน 100 ราย พบว่า ผู้ป่วยเพศชายมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตรงกับการศึกษาของลูอนและคณะ (Loon et al., 2013) ได้ศึกษาพฤติกรรม ความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาและการมาตรวจตามนัดในผู้ป่วยต่อหินประเทศสิงคโปร์ จำนวน 314 ราย พบว่าเพศชายจะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาต่ำกว่าเพศหญิงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ กับ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของจาฟารีและคณะ (Djafari et al., 2009) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาและการมาตรวจตามนัด ในผู้ป่วยต่อหินประเทศแคนาดาจำนวน 200 ราย พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความ ร่วมมือในการรักษา และแตกต่างจากการศึกษาในบริบทประเทศไทยของเบญจมาศ รอดแก้วพาล (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาและการ มาตรวจตามนัดในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นต่อหินจำนวน 150 ราย ที่ไม่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าไม่สามารถสรุปทิศทาง ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้ชัดเจน

3) ระดับการศึกษา เป็นเครื่องบ่งบอกถึงความสามารถในการเรียนรู้และสืบค้นข้อมูลความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวต่างๆ กล่าวคือ บุคคลที่ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้น้อย เป็นปัจจัยที่ทำให้พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาไม่เท่าที่ควร (Skalicky & Goldberg, 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของฟรายแมนและคณะ (Friedman et al., 2009) ศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้จ่ายในผู้ป่วยต่อหัตถ์ประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 196 ราย พบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของเวลเกลูเซน, ไวส์และยู (Welge-Lussen, Weise, & Yu, 2015) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้จ่ายของผู้ป่วยต่อหัตถ์ในประเทศเยอรมัน จำนวน 123 คน แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ซึ่งตรงกับการศึกษาของฮูเวน, เซาเทิน, บอร์น, เบคเกอร์ และวีเบอร์ (Hoevenaars, Schouten, Borne, Becker, & Weber, 2008) และเหมือนกับการศึกษาของจาฟารีและคณะ (Djafari et al., 2009) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหัตถ์ สำหรับบริบทในประเทศไทยพบว่าระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (เบญจมาศ รอดแก้วพาล, 2552) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าไม่สามารถสรุปทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้ชัดเจน

4) รายได้ เป็นคุณลักษณะบ่งชี้ถึงความแตกต่างทางฐานะทางสังคม เนื่องจากยารักษาต่อหัตถ์มีราคาค่อนข้างสูง อีกทั้งต้องใช้ยาหลายตัว ในการควบคุมความดันโลหิตและต้องรักษาด้วยการใช้ยาไปตลอดชีวิต ผู้ป่วยบางรายอาจต้องรับภาระค่าใช้จ่ายค่อนข้างมาก จากการศึกษาของโรบินและโกลเวอร์ (Robin & Grover, 2011) พบว่าในประเทศสหรัฐอเมริกา พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษามีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ตรงกับการศึกษาของ ฟรายแมนและคณะ (Friedman et al., 2008) ศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้จ่ายในผู้ป่วยต่อหัตถ์ประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 300 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายจะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้จ่ายและมาตรวจตามนัดระดับต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของฟรายแมนและคณะ (Friedman et al., 2009) พบว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยจะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาต่ำ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของจาฟารีและคณะ (Djafari et al., 2009) ศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้จ่ายในผู้ป่วยต่อหัตถ์ประเทศแคนาดาจำนวน 200 ราย พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหัตถ์ สำหรับบริบทในประเทศไทย พบการศึกษาของ ชลธิชา พรอาทิตย์ (2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อหัตถ์ จำนวน 159 คน ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยยังไม่พบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าไม่สามารถสรุปทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้ชัดเจน

5) โรคประจำตัวร่วม เป็นภาวะสุขภาพที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านร่างกายและข้อจำกัดในการทำกิจกรรม กล่าวคือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดที่ส่งผลกระทบต่อระดับความดันโลหิตสูง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้ ก็จะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นไป (Gebhart, 2013) อีกทั้งการใช้ยาหลายตัว มีโอกาสเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา (Drug interactions) ทำให้ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงจากปฏิกิริยาที่ทำให้ฤทธิ์ยาเปลี่ยนแปลงไปและอาจก่อให้เกิดความสับสนและใช้ยาไม่ถูกต้อง ส่งผลทำให้พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับต่ำ (Goldberg, 2009; Tsai et al, 2009; วันทนา ลิพิทักษ์วัฒนา, 2554) นอกจากนี้การศึกษาของเดรียร์และคณะ (Dreer et al, 2012) พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคทางตาอื่นๆ ร่วมด้วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางระบบประสาท มีความบกพร่องด้านการรับรู้ มีปัญหาเกี่ยวกับระบบโครงสร้างกล้ามเนื้อและเคลื่อนไหวลำบากเกิดความบกพร่องทางกาย ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงก็มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต้อหินเช่นกัน (Dreer et al., 2012) แตกต่างจากการศึกษาในบริบทของประเทศไทย พบว่าโรคประจำตัวร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (เบญจมาศ รอดแก้วพาล, 2552) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าไม่สามารถสรุปทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวร่วมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้ชัดเจน

6) ระดับความรุนแรงของต้อหิน ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง จะมีความรุนแรงของโรคและดำเนิน การของโรคช้า (Skalicky & Goldberg, 2013) ดังคำกล่าวของโกลด์เบิร์ก (Goldberg, 1980) ที่กล่าวว่า การสูญเสียลานสายตาที่มากขึ้นและความสามารถในการมองเห็นที่แย่งลงจะส่งผลให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาดีขึ้น จากการศึกษาของสลีทและคณะ (Sleath et al, 2011) พบว่า ระดับความรุนแรงของต้อหินมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของลูน, จินและโก (Loon, Jin, & Goh, 2013) เกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาและการมาตรวจตามนัดในผู้ป่วยต้อหินประเทศสิงคโปร์ จำนวน 314 ราย พบว่าระดับความรุนแรงของต้อหินมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แตกต่างจากการศึกษาของฟรายแมนและคณะ (Friedman et al., 2009) ศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาในผู้ป่วยโรคต้อหินในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 196 คน พบว่าระดับความรุนแรงของต้อหินไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา จาก

ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าไม่สามารถสรุปทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของต่อหินกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้ชัดเจน

7) ความซับซ้อนของการรักษาในที่นี้หมายถึง จำนวนยาที่ใช้ในการรักษาสำหรับผู้ป่วยต่อหินแต่ละราย แผนการรักษาของแพทย์ที่มีความยุ่งยากซับซ้อนส่งผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550) เบนซอลและไซส์ (Bansal & Tsai, 2007) ได้กล่าวว่า จำนวนยาหยอดตาหลายตัวเป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยา สอดคล้องกับการศึกษาของสกาลิกี้และโกลด์เบิร์ก (Skalicky & Goldberg, 2013) ที่พบว่าจำนวนยาหยอดตาที่มากกว่า 2 ชนิดขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยา แตกต่างจากการศึกษาของ สไตรเกอร์และคณะ (Stryker et al., 2010) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ทางลบระหว่างความซับซ้อนของการรักษา กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินในประเทศสหรัฐอเมริกาด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 80 คน พบว่าความซับซ้อนของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยา สำหรับการศึกษาในบริบทของผู้ป่วยต่อหินภูมิภาคเอเชีย พบว่ามีการศึกษาของปองและคณะ (Pong, Lai, Tham, & Lam, 2003) ที่ศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาในผู้ป่วยต่อหินประเทศฮ่องกงพบว่าความซับซ้อนของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยา จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าไม่สามารถสรุปทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างความซับซ้อนของการรักษา กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้ชัดเจน

8) ทศนคติ เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยจากการที่ผู้ป่วยเชื่อในผลของพฤติกรรม การใช้ยา การมาตรวจตามนัด กล่าวคือ การที่ผู้ป่วยเชื่อว่าการมาตรวจตามนัดมีความสำคัญเท่าๆกับการใช้ยาว่าจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการตาบอด ย่อมส่งผลให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษามากขึ้น (Lacey et al., 2009; Schwartz, 2011; Tsai, 2007; vision 2020 e- resource team, 2014) ตั้งคำถามของโรบิน (Robin, 2010) ว่าการที่ผู้ป่วยไม่เชื่อว่าต่อหินสามารถทำให้ตาบอดได้ส่งผลทำให้พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับต่ำ ตรงกับการศึกษาของฟรายแมนและคณะ (Friedman et al., 2008) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยา พบว่าการไม่เชื่อในการดำเนินของโรคและการไม่เชื่อในประสิทธิภาพของยาที่ได้รับมีความสัมพันธ์ทางตรงกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของลาซีและคณะ (Lacey et al., 2009) และ การศึกษาของรีและคณะ (Rees et al., 2013) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินในทวีปยุโรป พบว่าทศนคติต่อการดำเนินการของโรค และประสิทธิภาพของยารวมถึงแรงจูงใจที่จะหยอดยามีผลกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยา แตกต่างจากการศึกษาในบริบทของผู้ป่วยต่อหินภูมิภาคเอเชีย จากการศึกษาของรีและคณะ

(Rees et al., 2013) พบว่าความเชื่อในเรื่องการรักษาต่อหินไม่สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยชาวสิงคโปร์ได้ จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจึงสรุปได้ว่าความเชื่อทัศนคติมีทิศทางความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาไม่ชัดเจน

2.2.5.2 บุคคลที่มีความสำคัญ (Significant other) หมายถึง ผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดหรือเป็นผู้ที่ได้รับการยกย่องและ/หรือมีความสำคัญต่อบุคคลนั้นๆ (พจนานุกรมออกฟอร์ด, 2006) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบุคคลที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินมี 2 กลุ่ม คือ บุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์

1) บุคคลในครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่สมาชิกมีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือดหรือการรับเข้าเป็นบุตรบุญธรรม สมาชิกอยู่ร่วมกันในครัวเรือนเดียวกันหรือบริเวณเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ เช่น เป็นบิดา มารดา สามีภรรยา บุตร ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีกรอบวัฒนธรรมความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณีของครอบครัวเดียวกัน (รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

จากการศึกษาของฟรายแมนและคณะ (Friedman et al., 2008) และ สไตรเกอร์และคณะ (Stryker et al., 2010) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการมาตรวจตามนัด พบว่าความต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวเรื่องการมาตรวจตามนัดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แตกต่างจากการศึกษาของจาฟารีและคณะ (Djafari, Lesk, Harasymowycz, Desjardins & Lachaine, 2009) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาและการมาตรวจตามนัด พบว่าบุคคลในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า บุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ไม่ชัดเจนกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาและการมาตรวจตามนัด

2) บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์และพยาบาล กล่าวคือ การที่ผู้ป่วยเชื่อว่าบุคลากรทางการแพทย์คาดหวังและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา จากการศึกษาเชิงคุณภาพของลันเนลาและคณะ (Lunnela et al., 2010) ศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาและการมาตรวจตามนัดในผู้ป่วยต่อหินประเทศฟินแลนด์จำนวน 12 ราย เรื่องพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาและการมาตรวจตามนัดในผู้ป่วยต่อหินที่มีพฤติกรรมความร่วมมือดี พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาดีได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ เรื่องเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก ข้อมูล/อุปกรณ์สนับสนุน และการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ความไว้วางใจและการมีสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยจึงทำให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ดีได้ ตรงกับการศึกษาของ สไตรเกอร์และคณะ (Stryker et al., 2010) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาและการมาตรวจตามนัด

โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอาจแบ่งได้เป็น 3 ปัจจัยคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา รายได้ ระดับความรุนแรงของต่อหิน และโรคประจำตัวร่วม ปัจจัยด้านทัศนคติและปัจจัยด้านบุคคลที่มีความสำคัญและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา แต่ยังคงมีการรายงานผลไม่สอดคล้องกันทั้งการศึกษาในต่างประเทศและประเทศไทย

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติเป็นสถานที่ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ระดับตติยภูมิ สามารถรองรับผู้ป่วยในได้ 563 เตียง มีศักยภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลครบทุกสาขา มีผู้ป่วยเข้ารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละประมาณ 2,000-3,000 คน โดยงานการพยาบาลตรวจโรคจักษุให้การบริการผู้ป่วยโรคทางจักษุทั้งที่เข้ามารับการรักษาเองและถูกส่งตัวต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นประมาณ 5000 คนต่อเดือน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยต่อหินถึง 1ใน3 ของผู้ป่วยจักษุทั้งหมด งานการพยาบาลตรวจโรคจักษุมีศักยภาพในการให้การดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยต่อหิน ทั้งการตรวจจากจักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือที่ทันสมัย การรักษาที่ได้มาตรฐาน นอกจากนี้ยังมีการติดตามการดำเนินการของโรค เช่น การวัดความดันลูกตา การตรวจมุมตา และการตรวจความผิดปกติของลานสายตอย่างต่อเนื่อง การนัดผู้ป่วยมาตรวจตามนัดขึ้นอยู่กับระดับความดันลูกตาและระดับความรุนแรงของต่อหิน รวมถึงแผนการรักษาด้วยการการใช้ยาของจักษุแพทย์ สำหรับผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาครั้งแรกหรือมีการเปลี่ยนยา แพทย์จะพิจารณาตามการออกฤทธิ์สูงสุดของยานั้นๆ โดยปกติจะทำการนัดทุก 1 - 2 เดือน ในผู้ป่วยที่มีความดันลูกตาคงที่และมีระดับความรุนแรงของต่อหินน้อยจะทำการนัดทุก 6 - 12 เดือน แต่ผู้ป่วยที่มีความดันลูกตาคงที่แต่มีระดับความรุนแรงของต่อหินปานกลางถึงมาก จะทำการนัดทุก 3 - 4 เดือน ดังนั้นในการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยทุกครั้ง นอกจากผู้ป่วยจะได้รับการตรวจติดตามการดำเนินการของโรคแล้ว จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการของโรคและการดูแลตนเองที่เหมาะสมจากแพทย์และพยาบาล

จากการที่ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยต่อหินของงานการพยาบาลตรวจโรคจักษุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ได้ทำการศึกษาสำรวจเกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากกว่าร้อยละ 20 ที่มีพฤติกรรมการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา อาทิ เช่น ผู้ป่วยมักมาไม่ตรงนัด หรือไม่มารับการรักษาเลย โดยให้เหตุผลว่า ไม่สามารถเดินทางมาได้ บาง

รายงานว่ามาก่อนนัดเพราะยาหมด แต่ในขณะที่ผู้ป่วยบางคนยาหมดก่อนที่จะมาพบแพทย์และความดันลูกตาส่งมากกว่าปกติ ผู้ป่วยบางคนมีความเข้าใจที่ผิดๆ ว่าถ้าไม่มีอาการผิดปกติแปลว่าหายแล้ว ไม่จำเป็นต้องหยอดยา อีกทั้งจากการสอบถามเกี่ยวกับปัญหาการได้รับผลข้างเคียงจากยาบางตัวที่มีผลข้างเคียงเช่น ตาบวมแดง ปวด เคืองตา คัน พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 37 ที่รู้สึกไม่สบาย จึงหยุดหยอดยาเอง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่เหมาะสม เช่น การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีนเป็นประจำ ส่งผลให้เกิดภาวะที่เกิดจากการควบคุมความดันลูกตาไม่ได้ เช่น ความดันลูกตาส่ง

2.3 แนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล

ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ ไอเซนและฟิชบายน์ (Ajzen & Fishbein) เป็นทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่ใช้ทำนายพฤติกรรม และเข้าใจลักษณะของพฤติกรรมภายใต้การควบคุมของความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ทฤษฎีนี้มีข้อตกลงเบื้องต้นว่า มนุษย์มีเหตุผลและสามารถใช้ข้อมูลที่มีอยู่อย่างเป็นระบบได้โดยมนุษย์คิดถึงผลของการกระทำก่อนที่จะตัดสินใจทำหรือไม่ทำตามพฤติกรรม โดยทฤษฎีนี้สามารถอธิบายและทำนายพฤติกรรมต่างๆของมนุษย์ได้ (Ajzen & Fishbein, 1980)

2.3.1 องค์ประกอบของทฤษฎี

พฤติกรรม (Behavior) ของบุคคลเกิดจากความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม (Behavior Intention) ซึ่งความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมขึ้นอยู่กับ องค์ประกอบ 2 ประการ คือ ทักษะคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior) และการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ (Subjective norms) (Ajzen & Fishbein, 1980) โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.3.1.1 ทักษะคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior) หมายถึง การตัดสินใจของบุคคลต่อพฤติกรรมว่าพฤติกรรมนั้นดีหรือไม่ดีควรจะทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้น ทักษะคติต่อพฤติกรรมเกิดขึ้นภายใต้องค์ประกอบ 2 ประการคือ ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรมซึ่งความเชื่อของบุคคลอาจเกิดจากความเชื่อเชิงพรรณนา (Descriptive beliefs) อันเกิดจากประสบการณ์ตรงที่พบเห็นหรือได้สัมผัสด้วยตนเอง หรือความเชื่อเชิงอนุมาน (Inferential beliefs) อันเกิดจากประสบการณ์เดิมที่เคยพบเห็นซึ่งเชื่อว่าเหตุการณ์นั้นสอดคล้องกันร่วมกับการประเมินคุณค่าผลของการกระทำพฤติกรรมนั้น (Evaluations of behavioral outcomes) ซึ่งเป็นความรู้สึกของบุคคลต่อผลของการกระทำนั้นๆ กล่าวคือ การที่บุคคลเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมใดๆนั้นน่าจะนำไปสู่ผลด้านบวก บุคคลย่อมมีทักษะคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น และจะคงไว้ซึ่งทักษะคติที่ดีต่อการกระทำ

พฤติกรรมนั้นต่อไป ในทางกลับกัน หากบุคคลเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมใดๆนั้นนำไปสู่ผลด้านลบ บุคคลก็จะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น และหลีกเลี่ยงที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น

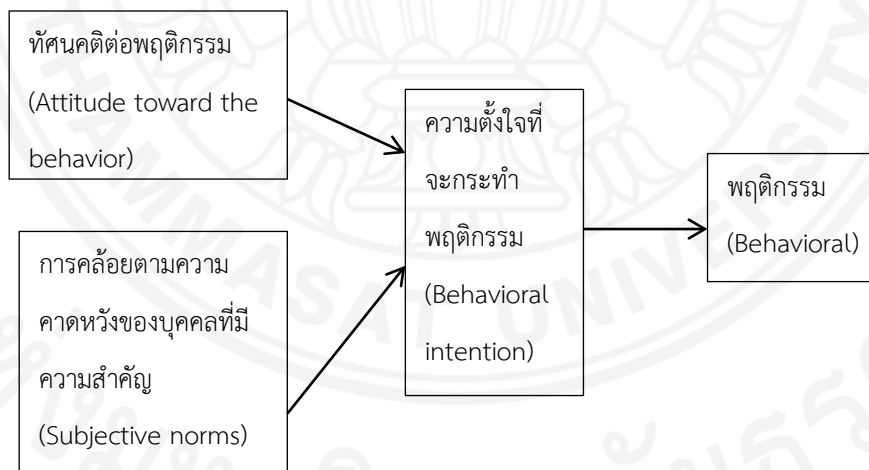
2.3.1.2 การคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ (Subjective norm) หมายถึง การประเมินของบุคคลว่าบุคคลที่มีความสำคัญต่อการกระทำพฤติกรรมของตนนั้น คิดว่าตนสมควรหรือไม่สมควรที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ โดยเกิดจากองค์ประกอบ 2 ประการ คือ ความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนต่อการกระทำพฤติกรรม (Normative beliefs) หมายถึง ความเชื่อว่าบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนนั้นคิดว่าพฤติกรรมนั้นสมควรกระทำหรือไม่ ร่วมกับแรงจูงใจที่สนับสนุนให้ปฏิบัติตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญต่อตน (Motivation to comply) กล่าวคือ ถ้าบุคคลนั้นเชื่อว่าบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนนั้น คาดหวังหรือสนับสนุนให้ตนกระทำพฤติกรรมใด บุคคลก็จะรับรู้ถึงความคาดหวังนั้นว่าเห็นสมควรให้ตนกระทำพฤติกรรมนั้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าบุคคลที่มีความสำคัญต่อตน ไม่สนับสนุนให้ตนกระทำพฤติกรรมใด บุคคลนั้นก็รับรู้ว่าคุณค่าของบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนนั้นเห็นสมควรให้ตนหลีกเลี่ยงจากการกระทำพฤติกรรมนั้น (Ajzen & Fishbein, 1980)

2.3.1.3 ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม (Behavioral intention) หมายถึง ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมหรือไม่กระทำพฤติกรรม ซึ่งกำหนดโดยทัศนคติต่อพฤติกรรมและการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ กล่าวคือ เมื่อบุคคลได้ประเมินแล้วว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลลัพธ์ทางบวก และเชื่อว่าบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนนั้นคาดหวัง เห็นด้วยและสนับสนุนให้ตนกระทำพฤติกรรมนั้น บุคคลก็จะตั้งใจกระทำพฤติกรรมนั้น ความตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมทางสังคมที่อยู่ภายใต้การควบคุมโดยการเลือกหรือตัดสินใจของบุคคล เป็นปัจจัยโดยตรงของพฤติกรรมและเมื่อวัดความตั้งใจที่เหมาะสมได้ทำให้สามารถทำนายพฤติกรรมได้แม่นยำ (Ajzen & Fishbein, 1980)

2.3.1.4 พฤติกรรม (Behavior) เป็นการกระทำที่บุคคลแสดงออกมา พฤติกรรมแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมเดี่ยว (Single action) เป็นการกระทำที่บุคคลแสดงออกแบบเฉพาะเจาะจง และกลุ่มของพฤติกรรม (Behavioral categories) เป็นการกระทำเดี่ยวหลายๆอย่างรวมกัน องค์ประกอบของพฤติกรรมประกอบด้วย การกระทำ (Action) เป้าหมายของการกระทำ (Target) บริบท (Context) และเวลาที่จะแสดงพฤติกรรม (Time) ถึงแม้ว่าจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลจะอธิบายว่า พฤติกรรมเกิดขึ้นได้จากความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อพฤติกรรมกับการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสัมพันธ์ แต่ยังมีปัจจัยภายนอกที่เข้ามามีผลทางอ้อมกับพฤติกรรมเช่น ปัจจัยส่วนบุคคล บุคลิกภาพส่วนบุคคลและทัศนคติต่อบุคคลหรือสถาบัน (Ajzen & Fishbein, 1980)

2.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของทฤษฎี

พฤติกรรมของบุคคลจะอยู่ภายใต้ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น (Behavioral intention) ดังนั้นหากบุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดก็ตามเมื่อรู้สึกรว่า พฤติกรรมนั้นให้ผลลัพธ์ทางบวก ร่วมกับการเชื่อว่าบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเห็นด้วยและสนับสนุนให้บุคคลกระทำพฤติกรรมนั้น หรือที่เรียกว่าการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญนั่นเอง ในเรื่องความสำคัญของ องค์ประกอบทั้งสองอย่างนี้ อาจมีน้ำหนักในการทำนายพฤติกรรมไม่เท่ากัน เช่น ในบางพฤติกรรม ทักษะคิดต่อการกระทำอาจมีน้ำหนักในการทำนายความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมมากกว่าการคล้อย ตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ ในขณะที่บางพฤติกรรม การคล้อยตามความคาดหวัง ของบุคคลที่มีความสำคัญมีน้ำหนักในการทำนายความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมมากกว่าทักษะคิดต่อ พฤติกรรม หรือพฤติกรรมบางอย่างอาจมีเพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งที่น้ำหนักในการทำนายความตั้งใจที่ จะกระทำพฤติกรรมได้ นอกจากนั้น ปัจจัยภายนอกอื่นๆ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ เชื้อ ชาติ สถานะทางสังคม อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความเชื่อของบุคคลซึ่งมีผลกับทัศนคติ (Ajzen & Fishbein, 1980)



ภาพที่ 2.1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของทฤษฎี (Ajzen & Fishbein, 1980)

2.3.3 การประเมินองค์ประกอบของแนวคิดทฤษฎี

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงพบว่า ได้มีการประเมินองค์ประกอบของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ดังมีรายละเอียดดังนี้

2.3.3.1 การประเมินทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior) ของบุคคลสามารถวัดโดยทางตรง และการวัดทางอ้อมหรือวัดจากความเชื่อ (Belief based measure) ดังนี้

1) การประเมินทัศนคติต่อพฤติกรรมทางตรง เป็นการประเมินความรู้สึกของบุคคลที่เห็นด้วยหรือคัดค้าน ซึ่งสามารถใช้มาตราวัดทัศนคติมาตรฐานต่างๆได้ แต่มาตราวัดที่นิยมใช้และสามารถวัดความหมาย (Meaning) ได้ คือ มาตราวัดแบบซีแมนติคดิฟเฟอเรนเชียล (Semantic differential scale) ของออสกู๊ดและคณะ (Osgood, Suci, & Tannenbaum, 1957 อ้างใน (Ajzen & Fishbein, 1980) โดยการแบ่งช่วงการวัดเป็น 7 ช่วงระหว่าง 2 ขั้วคำคุณศัพท์ที่มีความหมายตรงข้ามกัน คำตอบบวกมากให้คะแนนเท่ากับ 7 บวกปานกลางให้คะแนนเท่ากับ 6 บวกน้อยให้คะแนนเท่ากับ 5 ไม่ใช่ทั้ง 2 อย่างให้คะแนนเท่ากับ 4 ลบน้อยให้คะแนนเท่ากับ 3 ลบปานกลางให้คะแนนเท่ากับ 2 ลบมากให้คะแนนเท่ากับ 1 จะทำให้การประเมินนั้นสามารถระบุทิศทางของทัศนคติและบอกน้ำหนัก (Intensity) ได้ด้วย

2) การประเมินทัศนคติต่อพฤติกรรมทางอ้อมหรือประเมินจากความเชื่อ (Belief based measure) สามารถประเมินได้จากความเชื่อเกี่ยวกับผลของพฤติกรรมของบุคคลและการประเมินคุณค่าต่อผลของพฤติกรรมนั้น โดยทัศนคติจะเกิดจากการรวมผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับผลของพฤติกรรมและการประเมินคุณค่าต่อผลของพฤติกรรม สามารถเขียนเป็นสมการได้ดังนี้

$$n$$

$$A = \alpha \sum_{i=1} b_i e_i$$

$$i=1$$

A = ทัศนคติต่อพฤติกรรม

b_i = ความเชื่อเกี่ยวกับผลของพฤติกรรม

e_i = การประเมินคุณค่าต่อผลของพฤติกรรม

n = จำนวนความเชื่อทั้งหมด

สำหรับความเชื่อในแนวคิดทฤษฎีนี้เป็นความเชื่อที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคลที่เรียกว่า ความเชื่อเด่นชัด (Salient beliefs) จะมีความสำคัญที่ทำให้เกิดทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ผู้ศึกษาจึงต้องทำการสำรวจกลุ่มความเชื่อเด่นชัด (Model salient belief) เมื่อได้แล้วจึงนำมาสร้างเป็นแบบสอบถามซึ่งสร้างเป็นมาตรการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับผลของพฤติกรรมและการประเมิน

คุณค่าต่อผลของพฤติกรรม โดยใช้มาตราวัดแบบซีแมนติกดิฟเฟอเรนเชียล (Semantic differential scale) ของออสกู๊ดและคณะ (Osgood, Suci, & Tannenbaum, 1957 อ้างใน Ajzen & Fishbein, 1980) มีสเกลการให้คะแนน 7 ช่วง ร่วมกับคำคุณศัพท์เป็นคำแสดงความคิดเห็นที่มีความหมายตรงข้ามกัน เช่น ดี-เลว ต้องการ-ไม่ต้องการ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ บวกมากให้คะแนนเท่ากับ 7 บวกปานกลางให้คะแนนเท่ากับ 6 บวกน้อยให้คะแนนเท่ากับ 5 ไม่ใช่ทั้ง 2 อย่างให้คะแนนเท่ากับ 4 ลบน้อยให้คะแนนเท่ากับ 3 ลบปานกลางให้คะแนนเท่ากับ 2 ลบมากให้คะแนนเท่ากับ 1

2.3.3.2 การประเมินการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ (Subjective norms) สามารถประเมินได้ทั้งทางตรงและทางอ้อมดังนี้

1) การประเมินการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญทางตรง เป็นการประเมินความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความคิดเห็นของบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเองว่าเขาควรหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมนั้น

2) การประเมินการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญทางอ้อม สามารถประเมินได้จากความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญต่อการกระทำพฤติกรรม (Normative beliefs) และแรงจูงใจที่สนับสนุนให้ปฏิบัติตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเอง (Motivation to comply) โดยประเมินจากผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญต่อการกระทำพฤติกรรม และแรงจูงใจที่สนับสนุนให้ปฏิบัติตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเอง สามารถเขียนเป็นสมการได้ดังนี้

$$n$$

$$SN = \alpha \sum_{i=1} n_i m_i$$

SN = การคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ

n_i = ความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญต่อการกระทำพฤติกรรม

m_i = แรงจูงใจที่สนับสนุนให้ปฏิบัติตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเอง

n = จำนวนความเชื่อทั้งหมด

การประเมินความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมจำเป็นต้องค้นหาว่ากลุ่มตัวอย่างมีบุคคลที่มีความสำคัญเด่นชัด คือบุคคลใดที่มีบทบาทต่อการตัดสินใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล จากนั้นจึงนำไปสร้างมาตราวัดความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมได้

2.3.3.3 การประเมินพฤติกรรม (Behavior) สิ่งแรกที่สำคัญคือ ผู้วิจัยต้องตัดสินใจว่า ต้องการศึกษากิจกรรมหรือผลลัพธ์ (Behaviors versus Outcomes) เนื่องจากการประเมินผลลัพธ์ จะมีความซับซ้อนกว่าการศึกษากิจกรรมเพราะพฤติกรรมหลายๆพฤติกรรม อาจนำไปสู่ผลลัพธ์ เดียวกัน พฤติกรรมสามารถประเมินได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับลักษณะของพฤติกรรมที่ผู้วิจัยต้องการจะ ประเมิน ได้แก่

1) คำถามแบบปรนัย (Multiple choice and magnitude) เป็นการให้กลุ่ม ตัวอย่างเลือกตอบว่าได้กระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ได้กระทำและหากมีพฤติกรรมที่มากกว่าหนึ่ง พฤติกรรมก็สามารถเลือกตอบได้ (A set of single actions) รวมถึงสามารถบอกการให้ความสำคัญ หรือขนาดของพฤติกรรมนั้น (Measures of magnitude)

2) การสังเกตแบบทวนซ้ำ (Repeated observations) สามารถประเมิน ความถี่ที่บุคคลแสดงพฤติกรรม (Simply frequency) สัดส่วนหรือร้อยละของจำนวนครั้งที่เกิด พฤติกรรม (Relative frequency) พฤติกรรมเกิดขึ้นบ่อยแค่ไหน (Measures of magnitude) โดย การออกแบบคำถามขึ้นอยู่กับปัญหาการวิจัยนั้นๆ

3) การรายงานพฤติกรรมด้วยตนเอง (Self-reports of behavior) ใช้ใน กรณีที่ผู้วิจัยไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง และสะดวกต่อการศึกษากลุ่มของพฤติกรรมที่กำหนด ช่วงเวลา โดยผู้วิจัยกำหนดพฤติกรรมต่างๆที่ต้องการศึกษาให้ตรงกับรายการข้อคำถาม

โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่า ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ ไอเซนและฟิชบายน์ (Ajzen & Fishbein) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ประการ คือ ทักษะคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior) และการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ (Subjective norms) (Ajzen & Fishbein, 1980) หากผู้ป่วยมีความเชื่อว่าการกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลของการ กระทำทางบวก ก็จะทำให้เห็นด้วย และตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมนั้น และหากผู้ป่วยมีความเชื่อว่าบุคคลที่มี ความสำคัญต่อตน คาดหวังและให้การสนับสนุนตนในการกระทำพฤติกรรม ผู้ป่วยก็จะกระทำ พฤติกรรมนั้น ดังนั้นการประเมินพฤติกรรมจึงเป็นการประเมินตามองค์ประกอบของทฤษฎี ซึ่งมีทั้ง การประเมินทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้การประเมินทัศนคติ ต่อพฤติกรรมทางอ้อมหรือประเมินได้จากความเชื่อเกี่ยวกับผลของพฤติกรรมของบุคคลและการ ประเมินคุณค่าต่อผลของพฤติกรรมนั้นและการประเมินการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มี ความสำคัญทางอ้อมจากความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนต่อการ กระทำพฤติกรรม (Normative beliefs) และแรงจูงใจที่สนับสนุนให้ปฏิบัติตามความคาดหวังของ บุคคลที่มีความสำคัญต่อตน (Motivation to comply)

2.3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบตามแนวคิดทฤษฎี

จากการทบทวนงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีการกระทำ ด้วยเหตุผลพบว่ามีผู้ทำการศึกษาหาความสามารถในการทำนายพฤติกรรมต่างๆโดยใช้องค์ประกอบของแนวคิดทฤษฎีนี้เป็นตัวอธิบาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.3.4.1 ทักษะคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับทักษะคติต่อพฤติกรรมในการทำนายพฤติกรรม ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาของฮันเตอร์และกรอส (Hunter & Gross, 2009) ได้ศึกษาความตั้งใจของผู้ป่วยในระยะต่างๆของการผ่าตัด พบว่าทักษะคติต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยสามารถทำนายความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมการออกกำลังกายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ ซาเบิล, สวอท, เคลลี, ลิสบอน, และบอน (Sable, Schwartz, Kelly, Lisbon, & Hall, 2006) ได้ศึกษาความตั้งใจในการส่งจ่ายยาคุมฉุกเฉินของแพทย์โรงพยาบาลประจำมหาวิทยาลัยในประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 96 คน พบว่า ทักษะคติต่อพฤติกรรมทางบวกมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมการส่งจ่ายยาคุมฉุกเฉินของแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับบริบทในประเทศไทย มีการศึกษาของขวัญหทัย กัณหาโรจน์ (2549) ได้ศึกษาอำนาจทำนายความตั้งใจของมารดาในการให้นมมารดาแก่ทารกเกิดก่อนกำหนดที่รับการรักษาในโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย พบว่าทักษะคติ/เจตคติต่อการให้นมมารดาแก่ทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถทำนายความตั้งใจของมารดาในการให้นมมารดาแก่ทารกเกิดก่อนกำหนดได้ร้อยละ 35.1

2.3.4.2 การคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ (Subjective norms) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับบุคคลที่มีความสำคัญในการทำนายพฤติกรรมต่างๆ ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาของศรีสกุล ศรีสกุล (2554) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 450 คน พบว่าการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ/การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสามารถร่วมทำนายความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจพร พงษ์อำไพ (2550) ได้ศึกษาพฤติกรรมในคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ต่อความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 212 ราย พบว่าการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ/การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสามารถทำนายความตั้งใจในการใช้บริการตรวจคัดกรองเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ในระดับสูง นอกจากนี้ยังตรงกับการศึกษาของจิราพร วงศ์ใหญ่ (2551) ได้ศึกษาอำนาจทำนายความตั้งใจเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวในสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้บริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 247 ราย พบว่าการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ/บรรทัด

ฐานของกลุ่มผู้ใกล้ชิดสามารถทำนายความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างเดียวได้ในระดับสูง และตรงกับการศึกษาของขวัญหทัย กัณฑ์โรจน์ (2549) ได้ศึกษาอำนาจทำนายความตั้งใจของมารดาในการให้นมมารดาแก่ทารกเกิดก่อนกำหนดที่รับการรักษาในโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย พบว่า ทักษะคติ/เจตคติต่อการให้นมมารดาแก่ทารกเกิดก่อนกำหนดและการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ/บรรทัดฐานของกลุ่มผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับการให้นมมารดาแก่ทารกเกิดก่อนกำหนด ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจในการให้นมมารดาแก่ทารกเกิดก่อนกำหนดได้ร้อยละ 41

สรุป ต้อหินเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั้งของโลกและประเทศไทย สำหรับหลักการรักษาต้อหินคือ การควบคุมความดันลูกตาให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และการรักษาด้วยการใช้ยาจึงยังคงเป็นวิธีหลักที่จักษุแพทย์เลือกใช้ ซึ่งการรักษาจำเป็นต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยต้อหินจึงเป็นสิ่งสำคัญที่มีส่วนช่วยป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อน ยืดระยะเวลาการดำเนินการของโรค ป้องกันการสูญเสียการมองเห็นและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาหลายด้าน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัวร่วม ระดับความรุนแรงของต้อหิน ทักษะคติต่อพฤติกรรมและการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลมีทิศทางความสัมพันธ์ไม่ชัดเจน ทักษะคติต่อพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาแต่ยังมีทิศทางไม่ชัดเจน สำหรับในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาที่สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต้อหินเกี่ยวกับทักษะคติต่อพฤติกรรมและการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญได้อย่างครอบคลุมทั้งการใช้ยา การมาตรวจตามนัดและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญและสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต้อหิน โดยผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต้อหินให้ดียิ่งขึ้น อันจะเป็นการป้องกันภาวะสายตาเลือนรางและภาวะตาบอดในผู้ป่วยต้อหินได้

บทที่ 3 วิธีการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบศึกษาอำนาจการทำนาย (Predictive correlation Studies) โดยมีจุดประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน

3.2 สถานที่ในการดำเนินวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จ.ปทุมธานี โดยมีการให้บริการตรวจรักษาโรคทางจักษุ ทั้งนี้ได้จัดตั้งคลินิกต่อหินและเปิดให้บริการทุกวันเวลาราชการตั้งแต่เวลา 8.00-11.00 น. และคลินิกพิเศษเฉพาะทางทุกวันจันทร์ตั้งแต่เวลา 15.00-17.00 น.

3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยต่อหินที่เข้ารับการรักษาที่งานการพยาบาลตรวจโรคจักษุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ว่าเป็นต่อหิน เข้ารับการรักษาที่งานการพยาบาลตรวจโรคจักษุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยมีการคัดเลือกตามคุณสมบัติดังนี้

3.2.2.1 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามคุณสมบัติดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) คือ

1.1 ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป

1.2 ผู้ป่วยต่อหินที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันลูกตาอย่างน้อย 1 ชนิด มาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน

1.3 มีการสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี

1.4 ผู้ป่วยที่ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

2) เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ

2.1 ผู้ป่วยต้องไม่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ต้อกระจก ม่านตา

อักเสบและอุบัติเหตุ

2.2 ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจและขอยุติการให้ข้อมูล

3.2.2.2 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) และขนาดอิทธิพล (Effect size) ด้วยโปรแกรม G power version 3.1 ที่เหมาะสมกับตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาและสำหรับวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ที่มีตัวแปรในการทำนาย 9 ตัวแปร โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ 0.8 กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 0.05 กำหนดค่าขนาดของอิทธิพลเท่ากับ 0.15 (Medium size) (Cohen, 1992) (ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมของขวัญหทัย กัณหาโรจน์ (2549) ที่ศึกษาปัจจัยด้านทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward to behavior) และการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ (Subjective norms) ในการทำนายความตั้งใจของมารดาในการให้นมมารดาแก่ทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่าปัจจัยทั้ง 2 ปัจจัยนั้นร่วมอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจของมารดาในการให้นมมารดาแก่ทารกเกิดก่อนกำหนดได้ร้อยละ 40.1 ($R^2 = .40.1$) ซึ่งค่า $R^2 > .35$ สามารถกำหนดค่าขนาดของอิทธิพลเป็นขนาดใหญ่ (large effect size) (Cohen, 1992) เมื่อนำมาคำนวณกลุ่มตัวอย่างจะได้จำนวน 62 ราย แต่เนื่องจากมีความแตกต่างด้านกลุ่มตัวอย่างและบริบทของการศึกษา การกำหนดค่าขนาดของอิทธิพลขนาดกลาง (Medium effect size) จึงมีความเหมาะสมในการศึกษาคั้งนี้ ผลจากการแทนค่าข้างต้นได้ขนาดตัวอย่าง 114 ราย และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2006) ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการให้เข้าร่วมในการศึกษาคั้งนี้ ประมาณ 136.8 หรือ 137 ราย การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้น

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดดังนี้

3.4.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลในผู้ป่วยต่อหินซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่

3.4.1.1 เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือน โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมในช่องว่าง

3.4.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา โดยผู้วิจัยบันทึกจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

3.4.1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลที่มีความสำคัญ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

3.4.2 แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน

เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยปรับคำถามให้มีความเหมาะสม และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน ประกอบด้วย ความเชื่อเกี่ยวกับผลของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินและการประเมินคุณค่าของผลของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ร่วมกับคำคุณศัพท์เป็นคำแสดงความคิดเห็นที่มีความหมายตรงข้ามกัน จำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วย 2 ข้อย่อย โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

บวกมากให้คะแนนเท่ากับ	7
บวกปานกลางให้คะแนนเท่ากับ	6
บวกน้อยให้คะแนนเท่ากับ	5
ไม่ใช่ทั้ง 2 อย่างให้คะแนนเท่ากับ	4
ลบน้อยให้คะแนนเท่ากับ	3
ลบปานกลางให้คะแนนเท่ากับ	2
ลบมากให้คะแนนเท่ากับ	1

สำหรับการให้คะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินทั้งหมด คะแนนต่ำสุด คือ 12 คะแนน คะแนนสูงสุด คือ 588 คะแนน ซึ่งวัดได้จากคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อคำถามความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา คุณกับคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อคำถามการประเมินคุณค่าของผลของการกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการ

รักษา โดยค่าคะแนนที่ได้มากแสดงว่าผู้ป่วยต่อหีนมีทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ด้านบวกสูง

3.4.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยปรับคำถามให้มีความเหมาะสม และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ ประกอบด้วย ความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ และแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ร่วมกับคำคุณศัพท์เป็นคำแสดงความคิดเห็นที่มีความหมายตรงข้ามกัน จำนวน 6 ข้อ แต่ละข้อ ประกอบด้วย 2 ข้อย่อย โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

บวกมากให้คะแนนเท่ากับ	7
บวกปานกลางให้คะแนนเท่ากับ	6
บวกน้อยให้คะแนนเท่ากับ	5
ไม่ใช่ทั้ง 2 อย่างให้คะแนนเท่ากับ	4
ลบน้อยให้คะแนนเท่ากับ	3
ลบปานกลางให้คะแนนเท่ากับ	2
ลบมากให้คะแนนเท่ากับ	1

สำหรับการให้คะแนนการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหีนทั้งหมด คะแนนต่ำสุด คือ 7 คะแนน คะแนนสูงสุด คือ 343 คะแนน ซึ่งวัดได้จากคะแนนที่ได้แต่ละข้อคำถามของความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ คูณกับคะแนนแต่ละข้อคำถามของแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ โดยค่าคะแนนที่ได้มากแสดงว่าผู้ป่วยต่อหีนรับรู้การคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาสูง

3.4.4 แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหีน

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหีนของเบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) ใช้ในผู้ป่วยต่อหีนแบบวัดนี้มีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เท่ากับ 0.82 และนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.68 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยปรับคำถามให้มีความเหมาะสม และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามที่ดัดแปลง

ใหม่นี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยต่อหิน 5 ข้อ พฤติกรรมการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยต่อหิน 6 ข้อ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยต่อหิน 5 ข้อ รวมมีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

เป็นประจำ	หมายถึง	ทำกิจกรรมเป็นประจำในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ทำกิจกรรมนั้นโดยเฉลี่ย 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง	ทำกิจกรรมนั้นโดยเฉลี่ย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
น้อยครั้ง	หมายถึง	ไม่ทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉลี่ย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
ไม่เลย	หมายถึง	ไม่ทำกิจกรรมเป็นประจำในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

แบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เป็นประจำ	ให้	5 คะแนน
บ่อยครั้ง	ให้	4 คะแนน
บางครั้ง	ให้	3 คะแนน
น้อยครั้ง	ให้	2 คะแนน
ไม่เลย	ให้	1 คะแนน

สำหรับการให้คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินทั้งหมด ข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบจะมีการกลับคะแนนตรงข้ามกับด้านบวก จากนั้นจึงทำการรวมคะแนน คะแนนต่ำสุด คือ 16 คะแนน คะแนนสูงสุด คือ 80 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ (สมหมาย คชนาม, 2552 อ้างถึงใน เบญจมาศ รอดแผ้วพาล, 2552)

$$\text{สูตร Class interval} = \frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Class number}}$$

ค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้คือ 16 คะแนน ค่าคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้คือ 80 คะแนน ต้องการแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนั้นช่วงคะแนนเท่ากับ $80 - 16$ หารด้วย $3 = 21.3$

ช่วงคะแนน 16 - 37 คะแนน หมายถึง ระดับคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 38 - 59 คะแนน หมายถึง ระดับคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 60 - 80 คะแนน หมายถึง ระดับคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับสูง

3.5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.5.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

3.5.1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน แบบสอบถามเกี่ยวกับการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญและแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาต่อหินนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้

3.5.2.2 นำเครื่องมือทั้งหมดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านต่อหิน จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคทางตาจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎี จำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยต่อหินจำนวน 1 ท่าน

3.5.2.3 ภายหลังจากตรวจสอบได้นำมาปรับปรุงแก้ไขโดยได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือดังนี้ แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินได้เท่ากับ .83 แบบสอบถามเกี่ยวกับการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ ได้เท่ากับ 1.0 และแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาต่อหินได้เท่ากับ .94 ซึ่งเป็นค่าที่มากกว่า .80 จึงถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์คุณภาพดี (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2553)

3.5.2 การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

3.5.1.1 หลังจากปรับแก้เนื้อหาของเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ คือ แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน แบบสอบถามเกี่ยวกับการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญและแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาต่อหิน ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยต่อหินที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกันที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 30 คน (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2553)

3.5.1.2 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้ แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .76 แบบสอบถามเกี่ยวกับการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .87 และแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาต่อหินได้ค่าความเที่ยง

ของเครื่องมือเท่ากับ .73 ซึ่งเป็นค่าที่มากกว่า .70 จึงถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีค่าความเชื่อมั่นที่สามารถยอมรับได้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

3.6 การดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล

3.6.1 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับอนุมัติโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ได้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

3.6.1.1 ขั้นเตรียมการ

1) ดำเนินการส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อขอรับการพิจารณาให้ความเห็นชอบในการดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

2) ดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลและขออนุญาตใช้เวชระเบียน โดยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์พร้อมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติและเข้าพบผู้อำนวยการกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยแจ้งชื่อโครงการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลรวมถึงระยะเวลาการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3) เตรียมเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน แบบสอบถามเกี่ยวกับการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ และแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน

4) ทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลจริง โดยนำแบบสอบถามทั้งหมดทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยต่อหินที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกันที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 30 คน (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) ในเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนมิถุนายน 2558

5) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บข้อมูลเป็นความลับ การพิทักษ์สิทธิ์ต่อกลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และไม่เร่งรัดกลุ่มตัวอย่างขณะตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาทีในการตอบคำถามทั้งหมด 58 ข้อ กรณีกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสายตามองเห็นไม่ชัดเจน เช่น ผู้ป่วยที่มีสายตาสายอายุ (Presbyopia) และผู้ป่วยที่ปกติแว่นตาแต่ลืมเอามาหรือไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามแล้วให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบ

3.6.1.2 ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บข้อมูล

1) เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 หนังสือรับรองเลขที่ 008/2558 (ในภาคผนวก ข)

2) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งหมด ในเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2558 ดำเนินการเก็บข้อมูลทุกวันเวลาราชการตั้งแต่เวลา 8.00-11.00 น. และคลินิกพิเศษเฉพาะทางวันจันทร์ตั้งแต่เวลา 15.00-17.00 น. ณ งานการพยาบาลตรวจโรคจักษุอาคาร ม.ร.ว. สุวพรรณฯ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำงานการพยาบาลตรวจโรคจักษุ เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและเพิ่มข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกให้กับผู้วิจัย และให้เป็นผู้แนะนำโครงการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างแทนผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงจะเข้าไปแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

3) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงที่กลุ่มตัวอย่างรอตรวจ โดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างว่าเป็นนักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดยขณะเก็บข้อมูลจะไม่แต่งชุดฟอร์มพยาบาลและไม่อยู่ในขณะปฏิบัติหน้าที่ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัย และเครื่องมือวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบ

4) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อหรือประทับลายนิ้วมือในใบยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร หลังจากนั้นจึงทำการเก็บข้อมูล ขณะดำเนินการเก็บข้อมูล พบกรณีกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสายตามองเห็นไม่ชัดและไม่ได้นำแว่นมา หรือไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ รวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่แจ้งความจำนงว่าต้องการให้ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามให้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านคำถามแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่สามารถทำแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 25 รายหรือคิดเป็นร้อยละ 18.25 ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที นอกนั้นผู้วิจัยใช้วิธีอ่านข้อคำถามให้และให้กลุ่มตัวอย่างตอบ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

5) หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกครั้ง แล้วจึงกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ได้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ในการศึกษาค้นคว้าแบบสอบถามที่ตอบไม่ครบทุกข้อจำนวน 1 ฉบับ ผู้วิจัยจึงคัดแบบสอบถามนั้นออก เหลือแบบสอบถามที่นำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติจำนวน 136 ฉบับ

3.7 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน ใต้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 หนังสือรับรองเลขที่ 008/2558 (ภาคผนวก ข) และผู้วิจัยได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียด ขั้นตอนของการวิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัยดังนี้

3.7.1 สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง

3.7.1.1 ก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้ทราบรายละเอียดต่างๆโดยผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การได้รับสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง สิทธิที่จะปกปิดข้อมูลต่างๆ เช่น ชื่อ สกุล เบอร์โทรศัพท์ สิทธิที่จะไม่ได้รับอันตราย พร้อมทั้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

3.7.1.2 หลังจากทีกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลที่เป็นจริง จากเอกสารชี้แจงอย่างละเอียดชัดเจน ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามในประเด็นที่สงสัย ก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยโดยไม่มีการบังคับและผู้วิจัยให้เวลาในการตัดสินใจโดยไม่เร่งรัด

3.7.2 การตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบแบบสอบถามไม่มีถูกหรือผิด กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยได้ สำหรับผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น นอกจากนี้ผู้วิจัยระบุแบบสอบถามเป็นรหัสแทนการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง

3.7.3 ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม หากมีข้อสงสัยใดๆ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวก หรือรู้สึกว่าการตอบแบบสอบถามจะสิ้นสุดลง โดยการเป็นผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้ก่อนที่การตอบแบบสอบถามจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ

3.7.4 การลงนามในใบยินยอม ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการเข้าร่วมโครงการวิจัย กระบวนการที่เกิดขึ้นในการทำวิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทราบและลงนามในใบยินยอม และมีพยานลงนามไว้เป็นลายลักษณ์อักษรร่วมด้วย

3.7.5 การรักษาความลับและสิทธิความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บรักษาเป็นอย่างดี จะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาของผู้วิจัยเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้ และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายทิ้งภายหลังจากที่ผู้วิจัยสอบผ่านการทำวิทยานิพนธ์และแก้ไขงานวิทยานิพนธ์เรียบร้อยแล้ว

3.7.6 การเข้าถึงข้อมูล พยาบาลประจำงานการพยาบาลตรวจโรคจักษุเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ และเป็นผู้แนะนำโครงการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างแทนผู้วิจัย อีกทั้งเป็นผู้สอบถามความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยก่อน หากกลุ่มตัวอย่างยินดี พยาบาลประจำงานการพยาบาลตรวจโรคจักษุจึงนำตัวผู้วิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง รวมถึงอนุญาตให้ใช้เวชระเบียนเฉพาะของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเสร็จสิ้นการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ สร้างคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ซึ่งผู้วิจัยวางแผนการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอย ตัวแปรต้นทุกตัวควรมีค่าต่อเนื่อง ในกรณีตัวแปรต้นมีค่าไม่ต่อเนื่อง คือเป็นระดับนามบัญญัติ (Nominal scale) ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัวร่วม ระดับความรุนแรงของต้อหินและ ความซับซ้อนของการรักษา ให้แปลงข้อมูลเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) โดยการให้ค่า 0 และ 1 ซึ่งเป็นค่าที่แทนระดับค่าของตัวแปร ก่อนนำไปวิเคราะห์

1. เพศ โดยการให้ค่า เพศชาย = 0 เพศหญิง = 1
2. ระดับการศึกษา โดยการให้ค่า ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา = 0 ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป = 1
3. รายได้ โดยให้ค่า รายได้ < 5,000 = 0 รายได้ \geq 5,000 = 1
4. โรคประจำตัวร่วม โดยการให้ค่า ไม่มีโรคประจำตัวร่วม = 0 มีโรคประจำตัวร่วม = 1
5. ระดับความรุนแรงของต้อหิน โดยการให้ค่า Stage 1 = 0 Stage 2 ขึ้นไป = 1

6. ความซับซ้อนของการรักษา โดยการให้ค่า ความซับซ้อนของการรักษา 1 ชนิด = 0 ความซับซ้อนของการรักษามากกว่า 1 ชนิด = 1

นอกจากนั้น ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความผิดปกติของข้อมูลในมาตรวัดแบบอัตราส่วนและอัตราภาคชั้นพบมีการกระจายข้อมูลที่ผิดปกติ (Outlier) ดังนี้

1. พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา พบการกระจายข้อมูลที่ผิดปกติ (Outlier) รายที่ 34 และ 125

2. รายได้ พบการกระจายข้อมูลที่ผิดปกติ (Outlier) รายที่ 19, 25, 82 และ 107 หลังตัดข้อมูลดังกล่าวออกยังพบการกระจายข้อมูลที่ผิดปกติรายที่ 99, 100 และ 101

3. การคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ พบการกระจายข้อมูลที่ผิดปกติ (Outlier) รายที่ 1

สรุป ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลมีการตัดข้อมูลที่มีการกระจายผิดปกติรายที่ 1, 19, 25, 34, 82, 99, 100, 101, 107 และ 125 ดังนั้นจำนวนข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์ทั้งหมด 126 ราย (ภาคผนวก ฉ)

จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

3.8.1 สถิติพรรณนา (Descriptive statistics)

3.8.1.1 อธิบายลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยและข้อมูลสุขภาพปัจจุบันของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัวร่วม ระดับความรุนแรงของต่อหิน และความซับซ้อนของการรักษา โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.8.1.2 อธิบายคะแนนของทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน และการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย พิสัยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.8.1.3 อธิบายคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย พิสัยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.8.2 สถิติอ้างอิง (Inferential statistic)

3.8.2.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นที่มีค่าในมาตรวัดเป็นนามบัญญัติ (Nominal scale) ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัวร่วม ระดับความรุนแรงของต่อหินและความซับซ้อนของการรักษา ส่วนตัวแปรตามมีค่าในมาตรวัดแบบอัตราภาคชั้น

(Interval scale) ได้แก่ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน วิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point biserial correlation)

3.8.2.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรต้นที่มีค่าในมาตราวัดแบบอันตรภาคชั้น (Interval scale) ขึ้นไป ได้แก่ อายุ ทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน และการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ ส่วนตัวแปรตามมีค่าในมาตราวัดแบบอันตรภาคชั้น (Interval scale) ได้แก่ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน วิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) โดยข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ทดสอบโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov โดยใช้สูตร Kolmogorov-Smirnov test พบว่าค่า p-value ของอายุ ทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน การคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน ได้ค่า p-value เท่ากับ 0.351, 0.932, 0.381, และ 0.582 ตามลำดับ ซึ่งมีค่ามากกว่า p-value ที่กำหนดคือ 0.05 แสดงว่าการกระจายข้อมูลของอายุ ทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน การคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

3.8.2.3 การวิเคราะห์อำนาจการทำนายในแต่ละปัจจัยระหว่างพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา กับปัจจัย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวร่วม ระดับความรุนแรงของต่อหิน ความซับซ้อนของการรักษา ทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย และเพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลนั้นมีประสิทธิภาพน่าเชื่อถือ จึงต้องทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553; จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551; Keith, 2006)

1) ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear relationship) พิจารณาได้จาก ลักษณะการกระจายข้อมูลในแผนภาพการกระจาย (Scatter plot) ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม กราฟที่ได้เป็นเส้นตรง (ภาคผนวก ฉ)

2) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ทำได้โดยพิจารณาจากภาพการกระจาย (Scatter plot) ความสัมพันธ์ระหว่าง ค่าประมาณ Y ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Regression standardized predicted value) กับค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Regression standardized residual value) จะพบว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์กระจายบริเวณค่าศูนย์ (ภาคผนวก ฉ)

3) ค่าความคาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามต้องเป็นอิสระจากกัน (Autocorrelation) ตรวจสอบโดยการทดสอบ Durbin-Watson หากค่า Durbin-Watson coefficient อยู่ระหว่าง 1.5-2.5 ถือว่าตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นอิสระจากกัน (ภาคผนวก ฉ)

4) ค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์ ทดสอบโดยดูจากตาราง residuals statistics พบว่าค่า standard predicted value = 0.0 และค่า standard residual = 0.0 ดังนั้น ค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์ (ภาคผนวก ฉ)

5) ค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีการแจกแจงเป็นปกติ ตรวจสอบโดยนำค่าความคลาดเคลื่อนที่ได้เขียนแผนภาพฮิสโตแกรม ถ้าได้กราฟรูประฆังคว่ำแสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

3.8.2.5 การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

4.1 ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ ศึกษาถึงความสามารถในการทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน ของปัจจัยต่างๆอันประกอบด้วย ทักษะคิดต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา การคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ และปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัวร่วม และระดับความรุนแรงของต่อหิน) โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยต่อหินที่เข้ารับการรักษาในงานการพยาบาลตรวจโรคจักษุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ จ.ปทุมธานี จำนวน 126 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง เดือนกันยายน 2558 ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับ ทักษะคิดต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา การคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ และพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างทักษะคิดต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา การคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ และปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวร่วม และระดับความรุนแรงของต่อหิน) กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความสามารถในการทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน ทักษะคิดต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา การคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ และปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัวร่วม และระดับความรุนแรงของต่อหิน) ของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 64.9 ปี เป็นเพศชาย 57 คน (ร้อยละ 45.2) และเพศหญิง 69 คน (ร้อยละ 54.8) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คือ สถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 67.5 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุดจำนวน 42 คน (ร้อยละ 33.3) มีรายได้ต่อครัวเรือนเฉลี่ย 12,284.9

บาทต่อเดือน สำหรับบุคคลที่มีความสำคัญของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ บุตรมีจำนวน 68 คน (ร้อยละ 54.0) และคู่สมรสจำนวน 57 คน (ร้อยละ 45.2) ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และบุคคลที่มีความสำคัญ (n=126)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ, (ปี), พิสัย, $\bar{X} \pm S.D.$	(42-88, 64.9 \pm 9.3)	
เพศ		
ชาย	57	45.2
หญิง	69	54.8
สถานภาพสมรส		
โสด	12	9.5
คู่	85	67.5
หม้าย	23	18.3
หย่า	4	3.2
แยกกันอยู่	2	1.6
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	2	1.6
ประถมศึกษา	42	33.3
มัธยมศึกษา	39	31.0
อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร	16	12.7
ปริญญาตรี	25	19.8
ปริญญาโท	1	0.8
สูงกว่าปริญญาโท	1	0.8
รายได้ (บาท), พิสัย, $\bar{X} \pm S.D.$	0-47,000, 12,284.9 \pm 12,488.8	
บุคคลที่มีความสำคัญ		
คู่สมรส	57	45.2
บุตร	68	54.0
ญาติพี่น้อง	21	16.7
บุคลากรทางการแพทย์	34	27.0

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อื่นๆ (คนขับรถ, เพื่อนบ้าน, เพื่อน)	3	2.4

ด้านระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต่อหินเฉลี่ย 48.4 เดือน โรคประจำตัวซึ่งในกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด จำนวน 63 คน (ร้อยละ 50) รองลงมาเป็นโรคไขมันในเลือดสูงจำนวน 51 คน (ร้อยละ 40.5) ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโรคประจำตัวมีจำนวน 88 คน (ร้อยละ 69.8) กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งไม่ได้รับอาการข้างเคียงจากยาต่อหินจำนวน 63 คน (ร้อยละ 50.0) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับอาการข้างเคียงจากยาต่อหินที่พบมากที่สุด คือ อาการคันตา และอาการแสบตา มีจำนวนเท่ากันคือ 23 คน (ร้อยละ 18.3) รองลงมาคือ ขอบตาคัลจำนวน 16 คน (ร้อยละ 12.7) ซึ่งในจำนวนนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับอาการข้างเคียงมากกว่า 1 อาการ ระดับความรุนแรงของต่อหินส่วนใหญ่คือ ระดับ 1 มีจำนวน 59 คน (ร้อยละ 46.8) และระดับ 2 จำนวน 29 คน (ร้อยละ 23.0) ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต่อหิน โรคประจำตัวร่วม ยาโรคประจำตัวอื่นที่ใช้ในปัจจุบัน อาการข้างเคียงที่ได้รับจากยาต่อหิน และระดับความรุนแรงของต่อหิน (n=126)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต่อหิน (เดือน) , พิสัย, $\bar{X} \pm S.D.$	4-240, 48.4 \pm 37.1	
โรคประจำตัวร่วม		
ไม่มี	32	25.4
มี	94	74.6
โรคความดันโลหิตสูง	63	50.0
โรคเบาหวาน	36	28.6
โรคหัวใจ	7	5.6
อื่นๆ (โรคไขมันในเลือดสูง)	51	40.5
ยาโรคประจำตัวอื่นที่ใช้ในปัจจุบัน		
ไม่มี	38	30.2
มี	88	69.8

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาการข้างเคียงที่ได้รับจากยาต้อหิน		
ไม่มี	63	50.0
มี	63	50.0
ตามัว	8	6.3
คันตา	23	18.3
แสบตา	23	18.3
ตาแดง	4	3.2
ขนตายาวขึ้น	7	5.6
ขอบตาคัล้ำ	16	12.7
ระดับความรุนแรงของต้อหิน		
Stage 1	59	46.8
Stage 2	29	23.0
Stage 3	13	10.3
Stage 4	24	19.0
Stage 5	1	0.8

ต้านยาที่ใช้ในการรักษาต้อหินที่กลุ่มตัวอย่างได้รับและอาจได้รับยารักษาต้อหินมากกว่า 1 ตัว โดยได้รับยาลูมิแกน (Lumigan) มากที่สุดจำนวน 56 คน (ร้อยละ 44.4) และ อัลฟาแกนพี (Alphagan-p) จำนวน 33 คน (ร้อยละ 26.2) ตามลำดับ ความซับซ้อนของการรักษา (จำนวนยาที่ใช้ในการรักษาต้อหิน) เฉลี่ย 1.6 ชนิด สำหรับคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับสูงจำนวน 126 คน (ร้อยละ 100) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ยาต้อหินที่ใช้ในปัจจุบัน ความซับซ้อนของการรักษา (จำนวนยาที่ใช้ในการรักษาต้อหิน) และระดับคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (n=126)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ยาต้อหินที่ใช้ในปัจจุบัน		
Asopt	22	17.5
Timolol	26	20.6

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Alphagan-P	33	26.2
Cosopt	6	4.8
Xalatan	14	11.1
Xalacom	4	3.2
Diamox	2	1.6
Travatan	12	9.5
Lumigan	56	44.4
Ganfort	3	2.4
Combigan	3	2.4
Duotrav	5	4.0
อื่นๆ	12	9.5
ความซับซ้อนของการรักษา (จำนวนยาที่ใช้ในการรักษาต่อหิน), พิสัย, X ± S.D.		
—	1-4, 1.6 ± 0.8	
1 ชนิด	78	61.9
2 ชนิด	30	23.8
3 ชนิด	13	10.3
4 ชนิด	5	4.0
ระดับคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา		
ระดับต่ำ	0	0
ระดับปานกลาง	0	0
ระดับสูง	126	100

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา การคล้อยตามคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ และพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีค่าพิสัยของคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา คือ 277 - 588 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 430.0 คะแนน และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 75.4 มีค่าพิสัยของคะแนนการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ คือ 93 - 343 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 247.0 คะแนน และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 60.6 และมีค่าพิสัยของ

คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา คือ 64 - 80 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 73.3 คะแนน และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.8 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4

พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา การคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ และพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (n=126)

ตัวแปร	พิสัย	\bar{X}	S.D.
ทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา	277 - 588	430.0	75.4
การคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ	93 - 343	247.0	60.6
พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา	64 - 80	73.3	3.8

ในการวิเคราะห์พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายด้าน กลุ่มตัวอย่างมีค่าพิสัยของคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยา คือ 17 - 25 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.6 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.3 ค่าพิสัยของคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการมาตรวจตามนัด คือ 26 - 30 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.7 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.7 ค่าพิสัยของคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง คือ 11 - 25 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.2 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.1 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5

พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้าน (ด้านการใช้ยา ด้านการมาตรวจตามนัดและด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง) (n=126)

ตัวแปร	พิสัย	\bar{X}	S.D.
ทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา			
ด้านการใช้ยา	17 - 25	22.6	2.3
ด้านการมาตรวจตามนัด	26 - 30	29.7	0.7

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา การคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ และพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่มีระดับการวัดเป็นนามบัญญัติ (Nominal scale) ได้แก่ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวร่วม ระดับความรุนแรงของต่อหิน และความซับซ้อนของการรักษา และมีคุณสมบัติตรงตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติพอยท์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) (ภาคผนวก ฉ)

ผลการวิเคราะห์พบว่า

3.1 เพศ กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กัน หมายความว่า ผู้ป่วยต่อหินไม่ว่าเพศใดจะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

3.2 รายได้ กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กัน หมายความว่า ผู้ป่วยต่อหินไม่ว่ารายได้น้อยกว่า 5,000 หรือ 5,000 บาทขึ้นไป จะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

3.3 ระดับการศึกษา กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กัน หมายความว่า ผู้ป่วยต่อหินไม่ว่าระดับการศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา หรือ ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป จะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

3.4 โรคประจำตัวร่วม กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยต่อหินไม่มีความสัมพันธ์กัน หมายความว่า ผู้ป่วยต่อหินที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วยหรือไม่ จะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

3.5 ระดับความรุนแรงของต่อหิน กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยต่อหินไม่มีความสัมพันธ์กัน หมายความว่า ผู้ป่วยต่อหินที่มีระดับความรุนแรง Stage1 หรือ Stage2 ขึ้นไป จะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเพศ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวร่วม ระดับความรุนแรงของต่อหิน และความซับซ้อนของการรักษา กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยต่อหิน (n=126)

ตัวแปร	rpb	p-value
เพศ	0.029	0.747
รายได้ ($\geq 5,000$ บาท)	0.118	0.189
ระดับการศึกษา (มัธยมศึกษาขึ้นไป)	0.138	0.124
โรคประจำตัวร่วม	0.039	0.662
ระดับความรุนแรงของต่อหิน (\geq Stage 2)	0.028	0.758
Stage 2	-0.001	0.994
Stage 3	0.106	0.236
Stage ≥ 4	-0.046	0.611
ความซับซ้อนของการรักษา (ยา >1 ชนิด)	-0.051	0.573

ส่วนการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ทิศนคติ ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ ที่มีระดับการวัดเป็นค่าต่อเนื่องมีมาตรวัดแบบอัตราส่วน (Ratio scale) และมาตรวัดแบบอันตรภาคชั้น (Interval scale) กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และมีคุณสมบัติตรงตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) (ภาคผนวก ฉ) พบว่า อายุ และเพศ ทิศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.116, 0.088, p>0.05$) ส่วนการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.199, p < 0.05$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างอายุ ทักษะคิดต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ ในผู้ป่วยต่อหีน (n=126)

	พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา	
		p-value
อายุ	0.116	0.194
ทักษะคิดต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา	0.088	0.326
การคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ	0.199	0.026*

* p < 0.05

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความสามารถในการทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของทักษะคิดต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา การคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ และปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัวร่วม ความซับซ้อนของการรักษาและระดับความรุนแรงของต่อหีน) ของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาความสามารถในการทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหีนเกี่ยวกับทักษะคิดต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา การคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ และปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัวร่วม ความซับซ้อนของการรักษา และระดับความรุนแรงของต่อหีน) โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย พบว่า มีเพียงตัวแปรการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ ตัวแปรเดียวที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหีนได้ร้อยละ 4 ($R^2 = 0.039$, $p < 0.05$) หรือ ถ้าคะแนนการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนนมาตรฐาน จะทำให้คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น 0.199 หน่วยคะแนนมาตรฐาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8

การวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย ต่อการทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา
ของกลุ่มตัวอย่าง (n=126)

ตัวทำนาย	R	R ²	b	β	t	p-value
อายุ	0.116	0.014	0.048	0.116	1.305	0.194
เพศ	0.029	0.001	0.221	0.029	0.323	0.747
ระดับการศึกษา (มัธยมศึกษาขึ้นไป)	0.138	0.019	1.095	0.138	1.548	0.124
รายได้ (\geq 5,000 บาท)	0.118	0.014	0.903	0.118	1.321	0.189
โรคประจำตัวร่วม	0.039	0.002	0.342	0.039	0.438	0.662
ระดับความรุนแรงของต่อ หิน (Stage2 ขึ้นไป)	0.028	0.001	0.210	0.028	0.308	0.758
Stage 2			0.108	0.012	0.124	0.902
Stage 3	0.111	0.012	1.301	0.104	1.109	0.270
Stage \geq 4			-0.237	-0.025	-0.260	0.796
ความซับซ้อนของการรักษา	0.051	0.003	-0.396	-	-0.565	0.573
ทัศนคติต่อพฤติกรรมความ ร่วมมือในการรักษา	0.088	0.008	0.004	0.051	0.987	0.326
การคล้อยตามความ คาดหวังของบุคคลที่มี ความสำคัญ	0.199	0.040	0.012	0.199	2.259	0.026*

Constant = 70.263, * p < 0.05

ดังนั้นสมการการถดถอยที่ใช้พยากรณ์โดยคะแนนดิบที่ได้ในขั้นตอนสุดท้ายคือ

พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา = $70.263 + 0.012$ การคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ

4.2 การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาอำนาจของตัวแปรต่างๆ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัวร่วม ความซับซ้อนของการรักษา และระดับความรุนแรงของต่อหีน) ทศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหีนและการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ ในการร่วมทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหีน ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยต่อหีนที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ โดยมีสมมุติฐานว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหีนได้ ผลการศึกษาแยกอภิปรายตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์และสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

4.2.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยต่อหีนที่ศึกษานี้ ส่วนใหญ่ร้อยละ 54.8 เป็นเพศหญิง ซึ่งตรงกับการศึกษาของ พิมพีใจ หัสชู (2553) เบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) และ ชลธิชา พราทิทย์ (2549) ที่พบว่าผู้ป่วยต่อหีนเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายโดยคิดเป็นเพศหญิงร้อยละ 57.0, 66 และ 58.5 ตามลำดับ อุบัติการณ์การเกิดต่อหีนพบมากในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ส่วนใหญ่ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (รจิต ตูจันดา และอังคณา เมธิไตรรัตน์, 2550; ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, 2545) มีอายุเฉลี่ย 64.9 ปี (S.D.= 9.3) โดยพบอายุน้อยที่สุดคือ 42 ปี และอายุมากที่สุดคือ 88 ปี ตรงกับการศึกษาของ สไตรเกอร์และคณะ (Stryker et al., 2010) พบว่าผู้ป่วยต่อหีนส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 62.6 ปี (S.D.= 10.2) และการศึกษาในประเทศไทยของ ชลธิชา พราทิทย์ (2549) พบผู้ป่วยต่อหีนมีอายุอยู่ระหว่าง 36-83 ปี กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 67.5) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 33.3) รายได้ พบตั้งแต่ไม่มีรายได้ - 47000 บาท/เดือน โดยเฉลี่ย 12,284.9 บาท/เดือน (S.D.= 12,488.8) มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 50) และได้รับยารักษาโรคประจำตัวคิดเป็น ร้อยละ 69.8 สำหรับบุคคลที่มีความสำคัญของกลุ่มตัวอย่างคือ บุตร (ร้อยละ 54.0) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับอาการข้างเคียงจากยาต่อหีนคิดเป็นร้อยละ 50 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับอาการข้างเคียงจากยาต่อหีนคือ อาการคันตาแสบตา (ร้อยละ 18.3) ระดับความรุนแรงของต่อหีนส่วนใหญ่คือ ระดับ 1 (ร้อยละ 46.8) และระดับความ

รุนแรงของต้อหินที่พบน้อยที่สุดคือ ระดับ 3 ยาที่ใช้ในการรักษาต้อหินที่กลุ่มตัวอย่างได้รับส่วนใหญ่คือ ยาลูมิแกน (Lumigan) (ร้อยละ 44.4) ซึ่งตรงกับหลักการเลือกใช้ยาของจักษุแพทย์ ในการเลือกกลุ่มยากลุ่มพรอสตาแกรนดิน (Prostaglandin analogue) เป็นกลุ่มแรก เนื่องจากยากลุ่มนี้ไม่มีอาการข้างเคียงทางกาย รองลงมาคือ ยาอัลฟาแกนพี (Alphagan-p) (ร้อยละ 26.2) มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อหินเฉลี่ย 48.4 เดือน ความซับซ้อนของการรักษา (จำนวนยาที่ใช้ในการรักษาต้อหิน) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาเพียง 1 ชนิดมากที่สุด (ร้อยละ 61.9) เฉลี่ย 1.6 ชนิด ซึ่งตรงกับการศึกษาของ เบญจมาศ รอดแก้วพาล (2552) ที่พบว่าผู้ป่วยต้อหินส่วนใหญ่ได้รับยารักษาต้อหินมากที่สุด 1 ชนิด

4.2.2 พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต้อหิน

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยต้อหินมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 73.3$, $SD = 3.8$) และเมื่อวิเคราะห์รายด้าน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยา ด้านการมาตรวจตามนัด และด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูง ตรงกับการศึกษาของ เบญจมาศ รอดแก้วพาล (2552) ที่ศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต้อหินที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ ในโรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยต้อหินมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือด้านการใช้ยาและด้านการมาตรวจตามนัดอยู่ในระดับสูง การที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาเรื่องอาการข้างเคียงที่ได้รับจากยาต้อหินร้อยละ 50 ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้ยาได้อย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากยารักษาต้อหินส่วนใหญ่มีมีอาการข้างเคียงต่อตาและร่างกายของผู้ป่วย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงดังกล่าว ก่อให้เกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อยาที่ได้รับ จึงทำให้ผู้ป่วยมักขาดความสม่ำเสมอในการหยอดยาโดยมักหยุดหรือลดขนาดยาเอง (Lacey et al., 2009) นอกจากนี้ จากการพูดคุยขณะทำแบบสอบถาม สังเกตพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ทั้งการใช้ยา การมาตรวจตามนัดได้ และการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เนื่องจากมีครอบครัวคอยดูแล สนับสนุนเป็นอย่างดี รวมถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีและเชื่อมั่นในตัวแพทย์เจ้าของไข้ ย่อมทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้ดี (Lunnela et al., 2010) และมีปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาคือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัวร่วม ระดับความรุนแรงของต้อหิน และความซับซ้อนของการรักษา แม้ว่าปัจจัยต่างๆที่นำมาศึกษาในครั้งนี้จะได้มาจากการทบทวน

วรรณกรรม แต่พบว่าปัจจัยเหล่านี้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา อย่างไรก็ตาม สามารถอธิบายผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดังนี้

อายุ จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้ยา การมาตรวจตามนัดและการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ($r = .116, p > .05$) แสดงว่าอายุไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ได้รับการรักษาต่อหินใก้เคียงกัน ($\bar{X} = 48.4, SD = 37.1$) อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 64.9 ปี ($S.D. = 9.3$) ซึ่งยังอยู่ในวัยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และจากการที่ได้รับการดูแลจากครอบครัว เช่น บุตร ญาติพี่น้อง ในเรื่องของการใช้ยา การช่วยเหลือเรื่องการพามาตรวจตามนัด และการสนับสนุนส่งเสริมให้สามารถมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ตรงกับการศึกษาของ จาฟารีและคณะ (Djafari et al., 2009) และ เบญจมาศ รอดแก้วพาล (2552) ที่ศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้ยาและการมาตรวจตามนัดในผู้ป่วย ต้อหิน พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ต้อหิน

เพศ จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้ยา การมาตรวจตามนัดและการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ($r = .029, p > .05$) แสดงว่าเพศ ไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งตรงกับการศึกษาของ ลูน, จินและกอ (Loon, Jin, & Goh, 2013) ที่กล่าวว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษามากกว่าเพศชาย และการศึกษาของเวลลูเซน, วีส, และยู (Welge-Lussen, Weise, & Yu, 2015) ที่ศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยต้อหิน ด้านการใช้ยาที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต้อหิน

ระดับการศึกษา จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้ยา การมาตรวจตามนัดและการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ($r = .138, p > .05$) แสดงว่าระดับการศึกษาไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา โดยขัดแย้งกับการศึกษาของฟรายแมนและคณะ (Friedman et al., 2009) ที่ศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้ยาในผู้ป่วยต้อหิน พบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางตรงกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้ตรงกับการศึกษาของเบญจมาศ รอดแก้วพาล (2552) ฮูเวนน, เฮาเทิน, บอร์น, เบคเกอร์ และวีเบอร์ (Hoevenaars, Schouten, Borne, Becker, & Weber, 2008) และ จาฟารีและคณะ (Djafari et al., 2009) พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต้อหิน อาจอธิบายได้ว่า พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย

ต่อหินอันได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยา การมาตรวจนัดและการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองนั้น ไม่ต้องอาศัยความรู้ที่ได้จากการศึกษาเล่าเรียนในระบบการศึกษาไทย กลุ่มตัวอย่างที่ระดับการศึกษาสูง แต่อาจไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่เหมาะสม ประกอบกับการที่บุคลากรทางการแพทย์ประเมินผิดว่ากลุ่มตัวอย่างนั้นน่าจะมีความเข้าใจและสามารถมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาดี จึงให้คำแนะนำน้อย ก็ย่อมทำให้เกิดการมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาระดับต่ำได้ (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550) ในทางกลับกัน กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำ แต่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์สม่ำเสมอและต่อเนื่อง รวมทั้งได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้เกิดการมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาระดับสูงได้ อีกทั้งไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาใด แต่การมาตรวจตามนัดทุกครั้งจะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาจากจักษุแพทย์และการดูแลตนเองจากพยาบาล ย่อมทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจ สามารถซึมซับข้อมูลต่างๆ และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในระดับสูงได้

รายได้ จากการศึกษาคั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้ยา การมาตรวจตามนัดและการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ($r = .118, p > .05$) แสดงว่ารายได้ไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ โรบิน และโกลเวอร์ (Robin & Grover, 2011) กับ ฟรายแมนและคณะ (Friedman et al., 2009) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้ยาและการมาตรวจตามนัดพบว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางตรงกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้ตรงกับการศึกษาของ จาฟารีและคณะ (Djafari et al., 2009) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน อาจอธิบายได้ว่า จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษา คือ ข้าราชการเบิกจ่ายตรงและสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ โดยเฉลี่ย 12,284.9บาท/เดือน (S.D.= 12,488.8) จากการศึกษาเพิ่มเติม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงแม้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาตรวจตามนัดแต่ไม่เป็นอุปสรรคเพราะคิดว่า เมื่อแพทย์และพยาบาลบอกให้มาตรวจ ก็แสดงว่าการมาตรวจตามนัดมีความสำคัญ ดังคำกล่าวของ ลันนิลา คาเรียอินินและไคกาส (Lunnela, Kaa ria inen, & Kyngas, 2010) บอกว่าความไว้วางใจและการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยทำให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ดีได้

โรคประจำตัวร่วม จากการศึกษาคั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้ยา การมาตรวจตามนัดและการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ($r = .039, p > .05$) แสดงว่าโรคประจำตัวร่วม ไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของเดรีเยร์และคณะ (Dreer et al., 2012) ที่ศึกษาผู้ป่วยต่อหินที่มีโรค

ทางตาอื่นร่วมด้วย และผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางระบบประสาท มีความบกพร่องด้านการรับรู้ มีปัญหาด้านโครงสร้างกล้ามเนื้อที่อาจมีผลกับการดูแลตนเองว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้ตรงกับการศึกษาของ เบญจมาศ รอดแก้ว พาล (2552) ที่พบว่า โรคประจำตัวร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 64.85 ปี ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี และไม่มีปัญหาในการใช้ยา อีกทั้งจากการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างมีบุคคลในครอบครัวคอยช่วยเหลือในการใช้ยาและการมาตรวจตามนัด นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 49.3 และ โรคไขมันในเลือดสูงคิดเป็นร้อยละ 42.6 ยารักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับไม่มีตัวใดที่ออกฤทธิ์ขัดแย้งกับยาต่อหิน และถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะเป็นโรคที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดที่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิต แต่จากการพิจารณาในกลุ่มตัวอย่างรายที่มีโรคประจำตัวดังกล่าว นั้นก็ไม่พบค่าความดันโลหิตที่สูงเกินเกณฑ์ที่จักษุแพทย์กำหนด

ระดับความรุนแรงของต่อหิน จากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยา การมาตรวจตามนัดและการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ($r = .028, p > .05$) แสดงว่าระดับความรุนแรงของต่อหิน ไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ สลิตและคณะ (Sleath et al, 2011) กับ ลูน, จิน และกอ (Loon, Jin, & Goh, 2013) ที่พบว่าระดับความรุนแรงของต่อหินมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาในครั้งนี้ตรงกับการศึกษาของฟรายแมนและคณะ (Friedman et al., 2009) ศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยา พบว่าระดับความรุนแรงของต่อหินไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา อาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากต่อหินเป็นโรคที่ไม่มีอาการตามัวหรือแสดงอาการเจ็บปวดใดๆ ผู้ป่วยจึงไม่ทราบว่าเป็นต่อหินและไม่ได้ตระหนักถึงความรุนแรงของต่อหิน (มัญชิมา มะกรวัฒน์, 2552) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของต่อหินระดับ 1 (ร้อยละ 46.8) คือ มีความสามารถในการมองเห็นปกติ และลานสายตามีความผิดปกติเพียงเล็กน้อย และจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของต่อหินที่เป็นอยู่จากแพทย์เจ้าของไข้ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ทราบข้อมูลที่เป็นรายละเอียดเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของต่อหินจากผลตรวจลานสายตา แต่รับรู้ความรุนแรงของโรคจากความสามารถในการมองเห็นของตนเอง และจากการที่แพทย์เจ้าของไข้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของการไม่หยอดยา ทำให้ผู้ป่วยกลัวการตาบอด และเชื่อว่าการหยอดยาจะป้องกันการตาบอดได้ (Loon, Jin, & Goh, 2013) จึงพยายามปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ดังคำกล่าวของ ไอเซนและฟิชเบิน (Ajzen & Fishbein, 1980) จากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล กล่าว การที่บุคคลเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมใดๆ นั้นน่าจะนำไปสู่ผลด้านบวก บุคคลย่อมมีทัศนคติที่ดีต่อ

พฤติกรรมนั้น จึงทำให้ไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีระดับความรุนแรงของต่อหินระดับใดก็มีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโดยรวมอยู่ในระดับสูง

ความซับซ้อนของการรักษา จากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยา การมาตรวจตามนัดและการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ($r = .051, p > .05$) แสดงว่าระดับความรุนแรงของต่อหิน ไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของสกาลิกี้และโกลด์เบิร์ก (Skalicky & Goldberg, 2013) ที่ศึกษาผู้ป่วยต่อหินที่ใช้ยาหยอดตาพบว่าจำนวนยาที่ใช้หยอดตามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยา กล่าวคือ ความซับซ้อนของการรักษาที่มากขึ้น หมายถึงผู้ป่วยใช้ยาหยอดตามากกว่า 1 ชนิดขึ้นไป ส่งผลให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาลดลง แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้ตรงกับการศึกษาของ สไตรเกอร์และคณะ (Stryker et al., 2010) ที่ศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยา พบว่าความซับซ้อนของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยา อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาหยอดตาการรักษาต่อหิน เฉลี่ย 1.6 ชนิด โดยมีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ได้รับยา 1 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 61.9 ทั้งนี้สืบเนื่องจากวิวัฒนาการความก้าวหน้าในการรักษาต่อหินในปัจจุบัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยยามากที่สุดไม่เกิน 3 ชนิด เพราะหากต้องเพิ่มยาแพทย์ก็จะพิจารณาเลือกใช้ยากลับกลุ่มฟิกซ์คอมบิเนชัน (Fixed-combination drugs) หรือพิจารณาทำการยิงเลเซอร์หรือผ่าตัด (ยุพิน สิละชัยกุล, 2550) และจากการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 64.9 ปี เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีความสามารถหยอดยาด้วยตัวเอง และหากหยอดเองไม่สะดวกก็จะมีบุคคลในครอบครัวคอยให้ความช่วยเหลือ ดังนั้นความซับซ้อนของการรักษาจึงไม่มีผลกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

ทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา จากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยา การมาตรวจตามนัดและการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ($r = .088, p > .05$) แสดงว่าทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของชวัญหทัย กัณโฑโรจน์ (2549) ที่ศึกษาอำนาจการทำนายของทัศนคติต่อการให้นมมารดาต่อความตั้งใจในการให้นมมารดาแก่ทารกเกิดก่อนกำหนดโดยพบว่า ทัศนคติต่อการให้นมมารดาสามารถอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจในการให้นมมารดาแก่ทารกเกิดก่อนกำหนดได้ร้อยละ 35.1 และจากการศึกษาของลูณ, จิน และกอ (Loon, Jin, & Goh, 2013) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเรื่องความสำคัญของการมาตรวจตามนัดและความเชื่อเรื่องประโยชน์ของการใช้ยากับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาและการมาตรวจตามนัด พบว่าความเชื่อเรื่องความสำคัญของการมาตรวจตามนัดและความเชื่อเรื่องประโยชน์ของการใช้ยามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ กับการศึกษาของลาซีและคณะ (Lacey et al., 2009) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาพบว่าทัศนคติต่อการดำเนินการของโรค และประสิทธิภาพของยารวมถึงแรงจูงใจที่จะหยุดยามีผลกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยา แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้ตรงกับการศึกษาของรีและคณะ (Rees et al., 2013) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาที่มีความแตกต่างระหว่างเชื้อชาติพบว่าความเชื่อในเรื่องการรักษาต่อหินในผู้ป่วยต่อหินไม่สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้ ซึ่งตรงกับแนวคิดเกี่ยวกับความสำคัญขององค์ประกอบของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งที่มีน้ำหนักในการทำนามากกว่ากัน (Ajzen & Fishbein, 1980) แสดงว่าในการศึกษาครั้งนี้ ทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาไม่มีน้ำหนักในการทำนามาทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

การคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ จากการศึกษาครั้งนี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยา การมาตรวจตามนัดและการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ($r = .199, p < .05$) แสดงว่าการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ตรงกับแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของไอเซนและฟิชไบน์ (Ajzen & Fishbein, 1980) ที่อธิบายว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดๆ ก็ต่อเมื่อบุคคลเชื่อว่าบุคคลที่มีความสำคัญต่อการกระทำพฤติกรรมของตนสนับสนุนหรือคาดหวังให้ตนกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งเรียกว่า การคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ (Subjective norms) โดยเป็นการประเมินของผู้ป่วยจากความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเองต่อการกระทำพฤติกรรม (Normative beliefs) ร่วมกับแรงจูงใจที่สนับสนุนให้ปฏิบัติตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเอง (Motivation to comply) (Ajzen & Fishbein, 1980) กล่าวคือ การที่บุคคลในครอบครัวให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการหยุดยา การมาตรวจตามนัดและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าบุคคลในครอบครัวคาดหวังให้ตนมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและมีความต้องการที่จะกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาตามความคาดหวังของบุคคลนั้นๆ ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา เช่นเดียวกัน หากผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในบุคลากรทางการแพทย์ ได้รับการสนับสนุนด้านการดูแล การบริการและข้อมูลต่างๆ รวมถึงมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพการแพทย์คาดหวังให้ตนมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและมีความต้องการที่จะกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาตามความคาดหวังของบุคคลนั้นๆ ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ดังการศึกษาของจิราพร วงศ์ใหญ่ (2551) ที่ได้ศึกษาอำนาจในการทำนามาความตั้งใจเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวในสตรีตั้งครรภ์ พบว่าการคล้อยตามความคาดหวังของ

บุคคลที่มีความสำคัญ สามารถทำนายความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างเดี่ยวได้ในระดับสูง กับ การศึกษาของเบญจพร พงษ์อำไพ (2550) ที่ศึกษาพฤติกรรมในคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ต่อความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี พบว่าการคล้อยตามความคาดหวังของ บุคคลที่มีความสำคัญ สามารถทำนายความตั้งใจในการใช้บริการตรวจคัดกรองเพื่อหาการติดเชื้อ เอชไอวีได้ในระดับสูง สำหรับการศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาต่อหิน มีการศึกษาของ ฟรายแมนและคณะ (Friedman et al., 2008) และ สไตรเกอร์และคณะ (Stryker et al., 2010) พบว่าการสนับสนุนของบุคคลในครอบครัวและสัมพันธ์ภาพ ความเชื่อมั่นในบุคลากรทางการแพทย์มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาและการมาตรวจตามนัด ซึ่งจาก การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีบุคคลที่มีความสำคัญเป็นบุตรร้อยละ 54.0 และบุคลากร ทางแพทย์ร้อยละ 27.0 และกลุ่มตัวอย่างบอกว่า “เชื่อว่าบุคคลในครอบครัวต้องการและให้การ ช่วยเหลือสนับสนุนในการใช้ยา การมาตรวจตามนัดและการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ” รวมถึงกลุ่ม ตัวอย่างเชื้อฟิงและเชื้อมันในแพทย์เจ้าของไข้ จึงมีระดับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอยู่ใน ระดับสูง

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความแปรการคล้อยตามความคาดหวัง ของบุคคลที่มีความสำคัญตัวแปรเดียวที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมความร่วมมือใน การรักษาของผู้ป่วยต่อหินได้ร้อยละ 4 ($R^2 = 0.039$, $p < 0.05$) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการ พัฒนาแนวทางในการดูแลหรือให้การพยาบาลผู้ป่วยต่อหินเพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมความ ร่วมมือในการรักษามากยิ่งขึ้น โดยการส่งเสริมให้เกิดการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มี ความสำคัญ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบศึกษาอำนาจการทำนาย (Predictive correlation Studies) โดยมีจุดประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ ระหว่างเดือน มิถุนายน-สิงหาคม 2558 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดคือเป็นผู้ป่วยต่อหินทั้งชายและหญิงอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ว่าเป็นต่อหินโดยได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันลูกตาอย่างน้อย 1 ตัว มาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 136 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา แบบสอบถามการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ และแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือจำนวน 3 ส่วน คือ แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา แบบสอบถามการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ และแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบ หลังจากนั้นคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้เท่ากับ .83, 1, .94 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่มากกว่า .80 จึงถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้ (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553) หลังจากปรับแก้เนื้อหาของแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยต่อหินที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกันที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 30 คน (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553) และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .76, .87, .73 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่มากกว่า .70 จึงถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553)

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS for window version 15.0 ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้มีการตัดข้อมูลที่มีการกระจายผิดปกติ จึงเหลือจำนวนข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์ทั้งหมด 126 ราย โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน เพื่อตอบคำถามการวิจัย และใช้วิธีการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย ในการวิเคราะห์ ข้อมูลปัจจัยทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน

5.2 ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยต่อหินที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ จังหวัด ปทุมธานี มีอายุระหว่าง 42 – 88 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 64.9 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับระดับชั้น ประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาเป็นมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 31.1 มีรายได้เฉลี่ย 12,284.9 บาทต่อเดือน มีโรคประจำตัวร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 50.0 รองลงมาเป็น ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 40.5 และได้รับยารักษาโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 69.8 สำหรับบุคคลที่มีความสำคัญส่วนใหญ่คือ บุตรคิดเป็นร้อยละ 54.0 รองลงมาคือคู่สมรสคิดเป็นร้อยละ 45.6 กลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับอาการข้างเคียงจากยาต่อหินคิดเป็นร้อยละ 50.0 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ ได้รับอาการข้างเคียงจากยาต่อหินคือ อาการคันตา แสบตา คิดเป็นร้อยละ 18.3 รองลงมาคืออาการ ขอบตาคล้ำ คิดเป็นร้อยละ 12.7 ระดับความรุนแรงของต่อหินส่วนใหญ่คือ ระดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 46.8 และรองลงมาคือ ระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 23.0 มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต่อหินเฉลี่ย 48.4 เดือน ความซับซ้อนของการรักษา (จำนวนยาที่ใช้ในการรักษาต่อหิน) เฉลี่ย 1.6 ชนิด
2. ผู้ป่วยต่อหินมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระหว่าง 64-80 คะแนนโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 73.3
3. การคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
4. การคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญสามารถทำนายพฤติกรรม ความร่วมมือในการรักษาได้ร้อยละ 4

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ดังนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

- 5.3.1.1 เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลเพื่อส่งเสริม และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน

5.3.1.2 พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยต้องห็นควรตระหนักถึงความสำคัญของ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต้องห็นและห็นความสำคัญของการประเมินความรู้ความ เข้าใจและความสามารถในการดูแล ช่วยเหลือและสนับสนุนของครอบครัวต่อผู้ป่วยต้องห็น เพื่อนำไปสู่ การวางแผนกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งวางแผนแก้ปัญหาที่อาจ ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาลดลง

5.3.1.3 พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยต้องห็นควรเน้นการให้คำแนะนำเรื่อง ดังต่อไปนี้

- 1) การใช้จ่ายให้ตรงเวลาและหากลืมหักต้องหยุดยาทันทีที่นึกได้
- 2) การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน
- 3) การควบคุมอาการของโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูงและ เบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

5.3.2.1 การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับพฤติกรรมความ ร่วมมือในการรักษาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต้องห็น โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวกับการบริหารยาที่ใช้ในการรักษาต้องห็นและพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ตนเอง

5.3.2.2 การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเกิดการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความ สำคัญที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์

5.3.2.3 การศึกษาวิจัยกึ่งทดลองในรูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมความ ร่วมมือในการรักษาโดยการส่งเสริมให้เกิดความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลที่มีความ สำคัญ และมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญซึ่งจะทำให้เกิดการคล้อยตาม ความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ

5.4 ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติเท่านั้น จึงมีข้อจำกัดในการนำไปสรุปอ้างอิงถึงประชากร ทั้งหมดได้



รายการอ้างอิง

- เกษรา พัฒนพิบูลย์. (2556). โรคต้อหิน Glaucoma. ใน สมสงวน อัญญคุณ, ประภัสสร ผาติกุลศิลา, นภาพร ตนานุวัฒน์, ดิเรก ผาติกุลศิลา, และเกษรา พัฒนพิบูลย์ (บรรณาธิการ.), *โรคตาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ. (ฉบับปรับปรุง)* (หน้า 94-111). เชียงใหม่: วิทอินดีไซน์.
- ขวัญหทัย กัณทะโรจน์. (2549). *ปัจจัยทำนายความตั้งใจของมารดาในการให้นมมารดาแก่ทารกเกิดก่อนกำหนด.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- จิราพร วงศ์ใหญ่. (2551). *ปัจจัยทำนายความตั้งใจเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวของสตรีตั้งครรภ์.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาวิชาการพยาบาลสตรี.
- จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย. (2549). *จิตวิทยาสังคม.* กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พรินท์.
- จุฬาลักษณ์ บาร์มี. (2551). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมSPSS.* ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- ชลธิชา พรอาทิตย์. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาสุขภาพศึกษา.
- เดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล. (2554). *ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน. (2544). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- เบญจพร พงษ์อำไพ. (2550). *อิทธิพลของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมต่อความตั้งใจของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ในการมารับบริการตรวจคัดกรองเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- เบญจมาศ รอดแผ้วพาล. (2552). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,

คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.

- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ปริญญา โจรนพวงศ์พันธุ์.(2555). โรคต้อหิน(Glaucoma). ใน สุดารัตน์ ใหญ่สว่าง, ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ และสมสงวน อึ้งคุณ (บรรณาธิการ.), *ตำราจักษุวิทยา* (171-221). กรุงเทพฯ: ที คิว พี.
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. (2544). *จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- พิมพ์ใจ หัสชู. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาสุศึกษา.
- มัญชิมา มะกรวัฒน์นะ. (2552). *ต้อหิน ภัยเงียบ...ที่พรางแสงสว่างจากคุณตลอดกาล*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ยุพิน ลีละชัยกุล. (2550). *การรักษาต้อหินด้วยยา*. กรุงเทพฯ: ก่อไม่การพิมพ์.
- รจิต ตูจันดา. (2542). ต้อหิน (Glaucoma). ใน อภิชาติ สิงคาลวณิช, และญาณิ เจียมไชยศรี (บรรณาธิการ.), *จักษุวิทยา* (หน้า176-189). กรุงเทพฯ: โฮลิสติก.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้*. กรุงเทพฯ: วี เจ พรินต์ติ้ง.
- วันทนา ลิพิทักษ์วัฒนา. (2554). ปัญหาและพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคต้อหินในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 0(0)*, 35-48.
- ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล. (2545). *การพยาบาลผู้รับบริการที่ผิดปกติทางตา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีสกุล ศรีสกุล. (2554). *ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในจังหวัดราชบุรี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน.
- สมพร จันทรา. (2553). “ต้อ” ปัญหาตาในผู้สูงอายุ. *Healthtoday Thailand, 10(110)*, 88-91.
- สุวัฒนา ชุมหคล้าย, และ สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ. (2014). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและความดันตาของผู้ป่วยโรคต้อหิน. *Graduate Research Conference Khon Khen University, 83(0)*, 1814-1823.

- หทัยกาญจน์ เขาวกิจ. (2553). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์.
- อังคณา เมธีไตรรัตน์, และ รจิต ตู๋จินดา.(2550). ต้อหิน (*Glaucoma*). ใน อภิชาติ สิงคาลวณิช, และ วณิชชา ชื่นกองแก้ว. (บรรณาธิการ.), *จักษุวิทยา* (หน้า 273-291). กรุงเทพฯ: งานตำรา วารสารและสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราช พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Alexandrescu, C., Dascalu, A., Mitulescu, C., Panca, A., Pascu, R., ..., Voinea, L. M. (2010). Evidence-based pathophysiology of glaucoma. *A Journal of Clinical Medicine*, 5(3), 207-213.
- Allingham, R. Rand. (2011). *Shields Textbook of Glaucoma*, (6th Edition). North Carolina: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ajzen, I., & fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- American Academy of Ophthalmology. (2012). *Introduction to Glaucoma: Terminology, Epidemiology, and Heredity. in Basic and Clinical science course: Glaucoma Section 10 2012-2013*. Canada: American Academy of Ophthalmology.
- Bansal, R. K. (2007). Compliance/Adherence to glaucoma medications-A challenge. *Journal of current glaucoma practice*, 1(2), 22-25.
- Beck, K. (2015). Natural ways to lower pressure in eyes from glaucoma. *Livestrong foundation*, 0(0), 1-4. Retrieved from <http://www.livestrong.com/article/194783-natural-ways-to-lower-pressure-in-eyes-from-glaucoma/>
- Bhartiya, S., & Ichhpujani, P. (2014). Complementary and Alternate Management of Glaucoma: The Verdict so Far. *J Curr Glaucoma Pract*, 8(2), 54-57. DOI no.: 10.5005/jpjournals100081161.

- Cimberie, M. (2008). Study identifies factors associated with poor glaucoma treatment compliance. *Ocular Surgery News*, 0(0), 1-10. Retrieved from <http://www.healio.com/ophthalmology/glaucoma/news/print/ocular-surgery-news...>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Cox, C. L. (2012). Adherence, compliance, persistence and concordance in the management of glaucoma, Part 2. *International Journal of Ophthalmic Practice*, 3(1), 124-130.
- Denis, P. (2011). Adverse Effect, Adherence and Cost-Benefits in Glaucoma Treatment. *European Ophthalmic Review*, 5(2), 116-122.
- Delamater, A. M. (2006). Improving Patient Adherence. *Clinical diabetes*, 24(0), 71-77.
- Djafari, F., Lesk, M. R., Harasymowycz, P. L., Desjardins, D., & Lachaine, J. (2009). Determinants of Adherence to Glaucoma Medical Therapy in a Long-term Patient Population. *J Glaucoma*, 18(3), 238-242.
- Dreer, L. E., Girkin, C., & Mansberger, S. L. (2012). Determinants of Medication Adherence to Topical Glaucoma Therapy. *J Glaucoma*, 21(4), 234-240. DOI no.: 10.1097/IJG.0b013e31821dac86
- Ehrlich, S. D. (2012). Glaucoma. *University of Maryland medical system*, 0(0), 1-6. Retrieved from <http://umm.edu/health/medical/altmed/condition/glaucoma>
- European glaucoma society. (2014). *Terminology and guidelines for glaucoma*. (4th edition). European Union: Publicomm.
- Friedman, D. S., Hahn, S. R., Gelb, L., Tan, Shah, Kim, E. E., Zimmerman, T., & Quigley, H. A. (2008). Doctor-Patient Communication, Health-Related Beliefs, and Adherence in Glaucoma: Results from the Glaucoma Adherence and Persistency Study. *American Acedemy of Ophthalmology*, 115(0), 1320-1327. DOI no.: 10.1016/j.opthta.2007.11.023
- Friedman, D. S., Okeke, C. O., Jampel, H. D., Ying, G-s., Plyler, R. J., Jiang, Y., & Quigley, H. A. (2009). Risk Factors for Poor Adherence to Eyedrops in Electronically Monitored Patients with Glaucoma. *The American Academy of Ophthalmology*, 116(6), 1097-1105. DOI no.:10.1016/j.opthta.2009.01.021

- Gebhart, F. (2013). Treat vascular risk factors in glaucoma. *Ophthalmology Times*, 0(0), 1-3. Retrieved from <http://ophthalmologytimes.modernmedicine.com/ophthalmologytimes/news/tags/glaucoma>
- Goldberg, I. (1980). Compliance. In Sackett D, Haynes RB (Eds.), *Compliance with therapeutic regimen*. Baltimore: John Hopkins University Press
- Goldberg, I. (2009). Compliance with Medical Therapy In Glaucoma. *Glaucoma Australia Make A Donation*, 0(0), 1-4. Retrieved from <http://www.glaucoma.org.au/article-jan2009.htm>
- Hoevenarras, JG. M. M., Schouten, JS, A. G., Borne, B., Beckers, HJ. J. M., & Webers, CA. B. (2008). Will improvement of knowledge lead to improvement of compliance with glaucoma medication?. *Acta ophthalmol*, 86(0), 849-855. DOI no.: 10.1111/j.1755-3768.2007.01161.x.
- Hong, S., Kang, S. Y., Yoon, J. K., Kang, U., Seong, G. J., & Kim, C. Y. (2010). Drug Attitude and adherence to Anti-Glaucoma Medication. *Yonsei Med J*, 51(2), 261-269.
- Hunter, H., & Gross, A. (2009). Prediction of exercise in patients across various stages of bariatric surgery: a comparison of the metros the theory of reasoned action versus the theory of planned behavior. *University of Mississippi USA*, 33(6), 795-817.
- Kent, C. (2008). Glaucoma risk: The nutrition connection. *Review of ophthalmology*, 0(0). 1-5. Retrieved from http://reviewofophthalmology.com/content/d/glaucoma_management/i/1223/c/2307
- Konstas, A. G. P., Maskaleris, G., Gratsonidis, S., & Sardell, C. (2009). Factor affecting compliance with eye drop therapy for glaucoma in a multicultural outpatient setting. *Contemporary Nurse*, 31(2), 121-128.
- Konstas, A. G. P., Maskaleris, G., Gratsonidis, S., & Sardell, C. (2000). Compliance and viewpoint of glaucoma patients in Greece. *Eye*, 14(00), 752-756.
- Lacey, J., Cate, H., & Broadway, DC. (2009). Barriers to adherence with glaucoma medication: a qualitative research study. *Eye*, 23(00), 924-932. DOI no.: 10.1038/eye.2008.103

- Loon, S. C., Jing, J., & Goh, M. J. (2013). The Relationship between Quality of Life and Adherence to Medication in Glaucoma Patients in Singapore. *J Glaucoma*, 00(00), 1-7.
- Lunnela, J., Kaariainen, M., & Kynga, H. (2010). The views of compliant glaucoma patients on counselling and social support. *Journal compilation Nordic College of Caring Science*, 24(0), 490-498. DOI no.: 10.1111/j.1471-6712.2009.00739.x
- McDonald, H. P., Garg, A. X., & Haynes, R. B. (2002). Intervention to enhance patient adherence to medication prescriptions. *JAMA*, 288(22), 2868-2879.
- Olthoff, C. M. G., Hoevenaars, JG. M. M., Borne, BW. V., Webers, CA. B., & Schouten, JS. A. G. (2009). Prevalence and determinants of non-adherence to topical hypotensive treatment in Dutch glaucoma patients. *Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology*, 247(0), 235-243. DOI no.: 10.1007/s00417-008-0944-y
- Pasquale, L. R., & Kang, J. H. (2009). Lifestyle, Nutrition and Glaucoma. *J Glaucoma*, 18(6), 423-428. DOI no.: b10.1097/IJG.0b013e31818d3899.
- Phatcha Hirunwatthanakul. (2013). *The impact of visual impairment on quality of life among older persons in rural Northeast Thailand*. (Doctor of Philosophy' thesis). Massey University, health sciences.
- Pong, J. C. F., Lai, J. S. M., Tham, C. C. Y., & Lam, D. S. C. (2003). Compliance with topical antiglaucoma medications. *HKJ Ophthalmol*, 9(1), 12-15.
- Polit, D. F., & Beck, C. T., (2006). The content Validity Index : Are You sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29(0), 489-497. DOI no.: 10.1002/nur.20147
- Quigley, H. A., & Broman, A. T. (2006). The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020. *J Ophthalmology*, 90(0), 262-267. DOI no.: 10.1136/bjo.2005.081224

- Reed, K. (2009). Taking the pressure off: Nutrition's role in glaucoma. *Review of ophthalmology*, 0(0), 1-4. Retrieved from http://reviewofophthalmology.com/content/d/glaucoma_management/i/786/c/14560/
- Rees, G., Chong, X. L., Cheung, C. Y., Aung, T., Friedman, D. S., Crowston, J. G., & Lamoureux, E. L. (2013). Beliefs and Adherence to Glaucoma Treatment: A Comparison of Patients From Diverse Cultures. *J Glaucoma*, 00(00), 1-6.
- Robin, L. A. & Grover, D. S. (2011). Compliance and adherence in glaucoma management. *Indian J Ophthalmol*, 59(1), 1-6. DOI no.: 10.4103/0301-4738.73693
- Robin, L. A (2010). Glaucoma compliance a complex issue with many contributing factors. *Ocular Surgery News*, 0(0), 1-5. Retrieved from <http://www.healio.com/ophthalmology/glaucoma/news/print/ocular-surgery-news-asia...>
- Sable, M. R., Schwartz, L. R., Kelly, P. J., Lisbon, E., & Hall, M. A. (2006). Using the Theory of Reasoned Action to Explain Physician Intention to Prescribe Emergency Contraception. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38(1), 20-27.
- Schacknow, P. N. & Samples, J. R. (2010). Medications Used to Treat Glaucoma. In Schacknow, P. N. & Samples, J. R. (Eds.), *The Glaucoma Book*. (pp. 583-628). New York: Springer.
- Schwartz, G. F. (2011). Improving Patients' Adherence to Glaucoma Therapy. *Glaucoma Today/ Early Spring*, 00(00), 53-63.
- Schwartz, G. F. & Quigley, H. A. (2008). Adherence and persistence with glaucoma therapy. *Survey of Ophthalmology*, 53(1), 57-68.
- Skalicky, S. E., & Goldberg, I. (2013). Adherence and Persistence: The Challenges for Glaucoma Medical Therapy. *Asia Pacific Academy of Ophthalmology*, 2(0), 356-361.
- Sleath, B., Susan, B., Covert, D., Stone, J. L., Skinner, A. C., ... Robin, A. L. (2011). The relationship between glaucoma medication adherence, eye drop technique, and visual field defect severity. *Ophthalmology*, 118(12), 2398-2402. DOI no.:

10.1016/j.opthta.2011.05.013.

- Stryker, J. E., Beck, A. D., Primo, S. A., Ech, K. V., Bundy, L., Pretorius, G. C., & Glanz, K. (2010). An Exploratory Study of Factors Influencing Glaucoma Treatment Adherence. *J Glaucoma*, 19(1), 66–72. DOI no.:10.1097/IJG.0b013e31819c4679.
- Stamper, R. L., Lieberman, M. F., & Drake, M. V. (2009). *Diagnosis and Therapy of the Glaucomas* (8th edition). China: Mosby Elsevier.
- Susanna, R. Jr. & Vessani, R. M. (2009). Staging Glaucoma Patient: Why and How?. *The Open Ophthalmology Journal*, 3(0), 59-64.
- Tsai, J. C. (2007). Barriers to Adherence with glaucoma therapy: potential relationships to disease progression. *John Hopkins Advanced Studies in Ophthalmology*, 4(3), 72-75.
- Tsai, J. C. (2009). A Comprehensive Perspective on Patient Adherence to Topical Glaucoma Therapy. *the American Academy of Ophthalmology*, 116(11), 30-36. DOI no.:10.1016/j.opthta.2009.06.024
- Vision2020 e-resource. (2009). Enhancing compliance to treatment. *Vision 2020 e-resource for eyecare management worldwide*, 6(12), 1-5. Retrieved from <http://www.v2020eresource.org/newsitenews.aspx?tpath=news122009>
- Watkinson, S. (2010). Improving Care Of Chronic Open Angle Glaucoma. *Nursing Older People*, 22(8), 18-23.
- Welge-Lussen, U., Weise, S., & Yu, A. L. (2015). Assessing the adherence behavior of glaucoma patients to topical eye drop. *Dovepress*, 9(0), 17-23.
- World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. *Switzerland: World Health Organization*. Retrieved from www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf



ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน

คำชี้แจง :

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยฉบับนี้ เป็นชุดคำถามที่ข้าพเจ้า นางวิภาวี เหล่าเทิดพงษ์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน” โดยแบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวน 9 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบและปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา มีจำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วย 2 ข้อย่อย แต่ละข้อคำถามใช้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งได้ 7 ระดับร่วมกับคำคุณศัพท์เป็นคำแสดงความคิดเห็นที่มีความหมายตรงข้ามกัน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญมีจำนวน 7 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วย 2 ข้อย่อย แต่ละข้อคำถามใช้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งได้ 7 ระดับร่วมกับคำคุณศัพท์เป็นคำแสดงความคิดเห็นที่มีความหมายตรงข้ามกัน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา มีจำนวน 16 ข้อ แต่ละข้อคำถามใช้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งได้ 5 ระดับ

ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม กรุณาตอบตามความคิดเห็นของท่านให้ครบทุกข้อตามความจริง โดยไม่ต้องระบุชื่อลงไปแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถามฉบับนี้จะใช้เวลาโดยประมาณ 20-30 นาที ข้อมูลที่ท่านได้ตอบทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม หากมีข้อสงสัยใดๆ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ขอขอบพระคุณอย่างสูงในความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

นางวิภาวี เหล่าเทิดพงษ์

นักศึกษาระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับอาสาสมัคร)

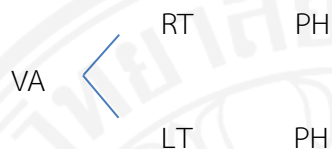
คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย \surd ลงในช่องหรือเติมคำลงในช่องว่าง..... ตามความเป็นจริง

ข้อมูลผู้ป่วย

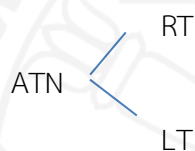
1. อายุ..... ปี
2. เพศ 1.ชาย 2. หญิง
3. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. คู่
 3. หม้าย 4. หย่า
 5. แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา 1.ไม่ได้ศึกษา 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษา 4. อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร
 5.ปริญญาตรี 6. ปริญญาโท
 7. สูงกว่าปริญญาโท
5. รายได้ต่อเดือน
 ไม่มีรายได้
 มีรายได้ (ระบุ) เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
6. โรคประจำตัว
 1. ไม่มี 2. โรคความดันโลหิตสูง
 3.โรคเบาหวาน 4.โรคหัวใจ
 5. อื่น(ระบุ)
7. ยาโรคประจำตัวอื่นที่ใช้ในปัจจุบัน
 ไม่มี
 มี (ระบุ) ได้แก่.....
8. บุคคลที่มีความสำคัญที่ทำให้ท่านร่วมมือในการรักษาต่อหิน (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)
 1. ไม่มี 2. คู่สมรส
 3. บุตร 4.ญาติพี่น้อง
 5.บุคลากรทางการแพทย์ 6. อื่นๆ (ระบุ).....
9. อาการข้างเคียงที่ได้รับจากยาต่อหิน (ถ้ามีตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)
 1. ไม่มี 2. ตามัว
 3. คันตา 4.แสบตา
 5.ตาแดง 6.ขนตายาวขึ้น

สำหรับผู้วิจัย (แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย)

1. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อหินเดือน/ปี
2. ระดับการมองเห็น



3. ระดับความดันลูกตาด้วยเครื่อง Goldmann applanation (จักษุแพทย์เป็นผู้วัด)



4. ระดับความรุนแรงของต้อหิน (แบ่งตามผลลานสายตา)

<input type="checkbox"/> Stage 0 No or minimal defect	<input type="checkbox"/> Stage 1 Early defect
<input type="checkbox"/> Stage 2 Moderate defect	<input type="checkbox"/> Stage 3 Advanced defect
<input type="checkbox"/> Stage 4 Severe defect	<input type="checkbox"/> Stage 5 End-stage defect
5. ยาต้อหินที่ใช้ในปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

<input type="checkbox"/> Asopt	<input type="checkbox"/> Timolol	<input type="checkbox"/> Alphagan-P
<input type="checkbox"/> Cosopt	<input type="checkbox"/> Xalatan	<input type="checkbox"/> Xalacom
<input type="checkbox"/> Diamox	<input type="checkbox"/> Travatan	<input type="checkbox"/> Lumigan
<input type="checkbox"/> Ganfort	<input type="checkbox"/> Combigan	<input type="checkbox"/> Duotrav
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....		

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและการประเมินคุณค่าของผลพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ประกอบด้วย การใช้จ่าย การมาตรวจตามนัดและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ข้อคำถามในแต่ละข้อประกอบด้วย 2 ข้อย่อย โปรดตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนและทำเครื่องหมาย ✓ ตรงข้อความที่กำหนดให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

คำตอบเกี่ยวกับ ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา โดยเลือกจากเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยมาก	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย
ไม่เห็นด้วยทั้ง 2 อย่าง	หมายถึง	เมื่อความคิดเห็นของท่านไม่ใช่ทั้งเห็นด้วยและไม่เห็นด้วย
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	เมื่อท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
ไม่เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	เมื่อท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย
ไม่เห็นด้วยมาก	หมายถึง	เมื่อท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก

คำตอบเกี่ยวกับ การประเมินคุณค่าเกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา โดยเลือกจากเกณฑ์ดังนี้

ดีมาก	หมายถึง	เมื่อท่านประเมินต่อความเชื่อนี้ว่าดีมาก
ดีปานกลาง	หมายถึง	เมื่อท่านประเมินต่อความเชื่อนี้ว่าดีน้อย
ดีน้อย	หมายถึง	เมื่อท่านประเมินต่อความเชื่อนี้ว่าดีน้อย

ไม่ใช่ทั้ง 2 อย่าง	หมายถึง	เมื่อท่านประเมินต่อความเชื่อนั้นไม่ใช่ทั้งดีหรือไม่ดี
ไม่ดีน้อย	หมายถึง	เมื่อท่านประเมินต่อความเชื่อนั้นว่าไม่ดีน้อย
ไม่ดีปานกลาง	หมายถึง	เมื่อท่านประเมินต่อความเชื่อนั้นว่าไม่ดีปานกลาง
ไม่ดีมาก	หมายถึง	เมื่อท่านประเมินต่อความเชื่อนั้นว่าไม่ดีมาก

ตัวอย่าง

การใช้ยารักษาต่อหินสามารถป้องกันการตาบอดได้

เห็นด้วย √ : : : : : : : ไม่เห็นด้วย
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ น้อย ปานกลาง มาก
 ทั้ง 2 อย่าง

1. ก. สุขภาพทางตาของท่านขณะนี้ขึ้นอยู่กับยาต่อหิน

เห็นด้วย : : : : : : : ไม่เห็นด้วย
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ น้อย ปานกลาง มาก
 ทั้ง 2 อย่าง

ข. การที่ยาต่อหินทำให้สุขภาพทางตาของท่านเป็นปกติเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดีเพียงใด

ดี : : : : : : : ไม่ดี
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ น้อย ปานกลาง มาก
 ทั้ง 2 อย่าง

2. ก. การขาดยารักษาต่อหินจะทำให้การมองเห็นของท่านแย่งลง

เห็นด้วย : : : : : : : ไม่เห็นด้วย
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ น้อย ปานกลาง มาก
 ทั้ง 2 อย่าง

ข. การมองเห็นที่แย่งลงของท่านเนื่องจากขาดยารักษาต่อหินเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดีเพียงใด

ดี : : : : : : : ไม่ดี
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ น้อย ปานกลาง มาก
 ทั้ง 2 อย่าง

3. ก. การได้รับผลข้างเคียงของยารักษาต่อหินบางครั้งทำให้ท่านทุกข์ทรมาน

เห็นด้วย _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ ไม่เห็นด้วย

มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ น้อย ปานกลาง มาก

ทั้ง 2 อย่าง

ข. ความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงของยารักษาต่อหินเป็นปัญหาสำหรับท่านเพียงใด

ปัญหา _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ ไม่เป็นปัญหา

มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ น้อย ปานกลาง มาก

ทั้ง 2 อย่าง

เห็นด้วย _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ ไม่เห็นด้วย

มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ น้อย ปานกลาง มาก

ทั้ง 2 อย่าง

12 ก. โรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้สามารถทำให้ความดันลูกตาสูง
ได้

เห็นด้วย _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ ไม่เห็นด้วย

มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ น้อย ปานกลาง มาก

ทั้ง 2 อย่าง

ข. การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดีต่อ
ระดับ ความดันลูกตาของท่านเพียงใด

ดี _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ ไม่ดี

มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ น้อย ปานกลาง มาก

ทั้ง 2 อย่าง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลความเชื่อเกี่ยวกับการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินและแรงจูงใจที่จะกระทำตามการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญในการกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ข้อคำถามในแต่ละข้อประกอบด้วย 2 ข้อย่อย โปรดตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วน และทำเครื่องหมาย ✓ ตรงข้อความที่กำหนด ให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

คำตอบเกี่ยวกับ ความเชื่อเกี่ยวกับการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินและแรงจูงใจที่จะกระทำตามการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญในการกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโดยเลือกจากเกณฑ์ดังนี้โดยเลือกจากเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยมาก	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย
ไม่เห็นด้วยทั้ง 2 อย่าง	หมายถึง	เมื่อความคิดเห็นของท่านไม่ใช่ทั้งเห็นด้วยและไม่เห็นด้วย
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	เมื่อท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
ไม่เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	เมื่อท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย
ไม่เห็นด้วยมาก	หมายถึง	เมื่อท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก

ตัวอย่าง

การใช้ยารักษาต่อหินสามารถป้องกันการตาบอดได้

เห็นด้วย √ : : : : : : ไม่เห็นด้วย
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ น้อย ปานกลาง มาก
 ทั้ง 2 อย่าง

1. ก. บุคคลที่มีความสำคัญต่อท่านต้องการและสนับสนุนให้ท่านใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง

เห็นด้วย : : : : : : ไม่เห็นด้วย
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ น้อย ปานกลาง มาก
 ทั้ง 2 อย่าง

ข. ท่านคิดว่าจะปฏิบัติตามความต้องการของบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่านเกี่ยวกับการใช้ยารักษาต่อหินตามที่แพทย์สั่ง

เห็นด้วย : : : : : : ไม่เห็นด้วย
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ น้อย ปานกลาง มาก
 ทั้ง 2 อย่าง

2. ก. บุคคลที่มีความสำคัญต่อท่านต้องการและสนับสนุนให้ท่านมาตรวจตามนัด

เห็นด้วย : : : : : : ไม่เห็นด้วย
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ น้อย ปานกลาง มาก
 ทั้ง 2 อย่าง

ข. ท่านคิดว่าจะปฏิบัติตามความต้องการของบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่านเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัด

เห็นด้วย : : : : : : ไม่เห็นด้วย
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ น้อย ปานกลาง มาก
 ทั้ง 2 อย่าง

3. ก. บุคคลที่มีความสำคัญต่อท่านต้องการให้ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน

เห็นด้วย : : : : : : ไม่เห็นด้วย
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ น้อย ปานกลาง มาก
 ทั้ง 2 อย่าง

ข. ท่านคิดว่าจะหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนตามความต้องการของบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่าน

เห็นด้วย : : : : : : ไม่เห็นด้วย

มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ น้อย ปานกลาง มาก
ทั้ง 2 อย่าง

6. ก. บุคคลที่มีความสำคัญต่อท่านต้องการและสนับสนุนให้ท่านควบคุมอาการของโรคประจำตัวของ
ท่าน เช่น ความดันโลหิตสูงและเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

เห็นด้วย _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ ไม่เห็นด้วย
มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ น้อย ปานกลาง มาก
ทั้ง 2 อย่าง

ข. ท่านคิดว่าจะควบคุมอาการของโรคประจำตัวของท่าน เช่น ความดันโลหิตสูงและเบาหวานให้อยู่
ในเกณฑ์ปกติตามความต้องการของบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่าน

เห็นด้วย _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ ไม่เห็นด้วย
มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ น้อย ปานกลาง มาก
ทั้ง 2 อย่าง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมใช้ยา/การมาตรวจ
ตามนัด และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยต่อหิน โปรดตอบแบบสอบถามในส่วนต่อไปนี้อย่าง
และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่กำหนดให้ตรงกับความเป็นจริง

โดยเลือกจากเกณฑ์ดังนี้

เป็นประจำ	หมายถึง	ทำกิจกรรมเป็นประจำตลอด
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ทำกิจกรรมนั้นโดยเฉลี่ย 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง	ทำกิจกรรมนั้นโดยเฉลี่ย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
น้อยครั้ง	หมายถึง	ไม่ทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่

ไม่เลย หมายถึง ไม่ทำกิจกรรมเป็นประจำ

ตัวอย่าง

ท่านมารักษาที่โรงพยาบาล

√ : : : :
เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้ง ไม่เลย

1. ท่านใช้ยารักษาต่อหินตรงเวลาทุกวันตามที่แพทย์สั่ง

: : : :

เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้ง ไม่เลย

2. ท่านเพิ่มหรือลดจำนวนครั้งของการใช้ยาตามความสะดวกของตัวเอง

: : : :

เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้ง ไม่เลย

3. ท่านใช้ยาตรงเวลาเฉพาะช่วงที่ใกล้จะมาพบแพทย์

: : : :

เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้ง ไม่เลย

16. ท่านสามารถควบคุมอาการของโรคประจำตัวของท่าน เช่น ความดันโลหิตสูงและเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

: : : :

เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้ง ไม่เลย

ภาคผนวก ข

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ผู้ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

1. เอกสารแนะนำข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet)
2. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent form)

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Information Sheet)

ชื่อโครงการ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน
ชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ

ชื่อ นางวิภาวี เหล่าเทิดพงษ์

ที่อยู่ งานการพยาบาลตรวจโรคจักษุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี12120
เบอร์โทรศัพท์ 029259936-38 โทรศัพท์ (มือถือ) 0814736361
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) wiwiean_p@yahoo.com

ผู้ร่วมในโครงการวิจัย

ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล

ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี12120
เบอร์โทรศัพท์ 02-9869213 ต่อ 7304 ในวันและเวลาราชการ โทรศัพท์ (มือถือ) -
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) ksirilak9@yahoo.com

ผู้ร่วมในโครงการวิจัย

ชื่อ รองศาสตราจารย์ พญ.มัญชิมา มะกรวัฒนะ

ที่อยู่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี12120
เบอร์โทรศัพท์ 029269999 โทรศัพท์ (มือถือ) -
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) manchima123@yahoo.com

ผู้สนับสนุนการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์ในการเป็นกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือ แพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาเพียงพอในการตัดสินใจได้โดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามหรือประทับลายนิ้วมือในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะคิดต่อพฤติกรรมและการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญในการร่วมทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหื่น

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้อาจจะไม่ได้ประโยชน์โดยตรง แต่ผลการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอื่นๆ ในโอกาสต่อไปคือ สามารถนำผลการศึกษาวินิจฉัยนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหื่น เพื่อให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ดีขึ้น ส่งผลให้สามารถยืดระยะเวลาการดำเนินการของโรค ป้องกันการสูญเสียความสามารถในการมองเห็น

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตาม คำแนะนำดังนี้

1. การเข้าร่วมการศึกษาวิจัยของท่านครั้งนี้ขอให้ปฏิบัติตามความสมัครใจ
2. ขอให้ท่านให้ข้อมูลที่แท้จริงในการตอบคำถามแบบสอบถามให้ครบทุกข้อตามความคิดเห็นของท่าน การตอบแบบสอบถามฉบับนี้มีจำนวนทั้งหมด 58 ข้อ จะใช้เวลาโดยประมาณ 20-30 นาที

3. หากในระหว่างการตอบแบบสอบถามหากมีข้อสงสัยใดๆ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและจะไม่เร่งรัดผู้เข้าร่วมวิจัยขณะตอบแบบสอบถาม
4. หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สะดวก หรือรู้สึกว่าการตอบแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถแจ้งขอออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยได้ก่อนที่การตอบแบบสอบถามจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ
5. ผู้วิจัยสามารถขอข้อมูลเพิ่มเติมและติดต่อผู้วิจัยได้ที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หมายเลขโทรศัพท์ 081-4636-361 และอาจารย์ที่ปรึกษาคือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ กิจศิริไพศาล และสามารถติดต่อได้ที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หมายเลขโทรศัพท์ 02-9869213 ต่อ 7304 ในวันและเวลาราชการ

ความเสี่ยงหรือความไม่สะดวกสบายของอาสาสมัครที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้มีความเสี่ยงน้อยมาก ผู้ทำการวิจัยขอชี้แจงถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้นดังนี้

1. ท่านอาจเสียเวลาในการตอบแบบสอบถามในการวิจัย จำนวน 58 ข้อ ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ข้อคำถามบางข้ออาจทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกลำบากใจในการตอบเนื่องจากเป็นข้อมูลส่วนตัวที่อาจไม่ประสงค์ให้ผู้อื่นทราบ และกรณีผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัญหาสายตามองเห็นไม่ชัดเจน เช่น ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสายตาสายตาผู้สูงอายุ (Presbyopia) และผู้เข้าร่วมวิจัยที่ปกติแว่นตาแต่ลืมเอามา หรือไม่ สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามแล้วให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบ
2. หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สะดวก หรือรู้สึกว่าการตอบแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถแจ้งขอออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยได้ก่อนที่การตอบแบบสอบถามจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมอันเกี่ยวกับประโยชน์หรือโทษที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวินิจฉัยในครั้งนี้ จะรีบแจ้งให้ท่านทราบโดยเร็ว

ความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดความเสียหายใดๆ ที่มีสาเหตุจากการวิจัยดังกล่าว ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการช่วยเหลือโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางวิภาวี เหล่าเทิดพงษ์ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการวิจัยแล้วท่านจะได้รับการดูแลรักษาตามปกติ หากท่านสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา ซึ่งจะไม่มีผลต่อของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัยเพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน ในกรณีดังต่อไปนี้

1. เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะเข้าร่วมวิจัย เช่น ภาวะจากโรคประจำตัวของท่านเอง หลังจากถอนตัวออกจากโครงการวิจัยท่านจะได้รับการดูแลรักษาตามปกติ และส่งต่อให้แก่แพทย์ที่ทำการดูแลรักษาท่าน

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำ โครงการวิจัยของท่าน อย่างไรก็ตามจะมีบุคคลบางกลุ่ม เช่น ผู้กำกับดูแลการวิจัย ผู้ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในคน จะได้รับอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูลโดยตรงจากเวชระเบียนหรือเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้องเพื่อการตรวจสอบ ขั้นตอนการวิจัยและ/หรือข้อมูลในการวิจัยโดยไม่ละเมิดการรักษาความลับของท่าน ภายใต้ขอบเขตที่กฎหมายบัญญัติ และกฎระเบียบ ตามที่ท่านหรือตัวแทน (ที่ได้รับการยอมรับตามกฎหมาย) ได้ลงนามในใบยินยอมที่เป็นลายลักษณ์อักษร หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12121 หมายเลขโทรศัพท์ 02-9869213 ในวันและเวลาราชการ หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย

5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอลถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอลถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและเอกสารยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้โดยปราศจากการใช้อิทธิพล บังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

โครงการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 หากท่านไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการชดเชยอันควรต่อบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ ภายในศูนย์วิจัยทางการแพทย์และพฤติกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ อาคารราชสุดา ชั้น 1 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 0-2986-9213 ต่อ 7368

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Consent Form)

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือนพ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ขอทำหนังสือนี้ไว้ต่อ
หน้าหัวหน้าโครงการเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

- ข้อ 1. ก่อนลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก ผู้วิจัย ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมการวิจัย ความเสี่ยง รวมทั้งประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว
- ข้อ 2 ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ
- ข้อ 3 ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้
- ข้อ 4 ผู้วิจัยรับรองว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น
- ข้อ 5 ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ อันเนื่องจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าตามมาตรฐานวิชาชีพ

ข้อ 6 ผู้วิจัยรับรองว่า หากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ข้าพเจ้าจะได้รับการแจ้งให้ทราบทันทีโดยไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

...../...../.....

ลงนาม.....หัวหน้าโครงการวิจัย

(.....)

...../...../.....

ลงนาม.....พยาน

(.....)

...../...../.....

ลงนาม.....พยาน

(.....)

...../...../.....

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารชี้แจงการวิจัยให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม / ประทับลายนิ้วหัวแม่มือ.....ผู้ยินยอม

(.....)

...../...../.....

ลงนาม.....หัวหน้าโครงการวิจัย

(.....)

...../...../.....

ลงนาม.....พยาน

(.....)

...../...../.....

ลงนาม.....พยาน

(.....)

...../...../.....

ภาคผนวก ค
เอกสารรับรองการวิจัย

1. คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์
2. หนังสือแจ้งผลการพิจารณาเก็บข้อมูล
3. หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล
4. ประกาศนียบัตรรับรองการผ่านการอบรม “การรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน”





๕๔๖๔ ๕๘
15.11

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ หน่วยวิเคราะห์แผนงบประมาณและวิจัยสถาบัน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ โทร. ๙๔๕๑
ที่ ศธ ๐๕๑๖.๑๐/ ๕๓๖๖ วันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๕๘
เรื่อง แจ้งผลพิจารณาการเก็บข้อมูล

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ด้วย นางวิภาวี เหล่าเทิดพงษ์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กำลังดำเนินการจัดทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ” โดยขอเก็บข้อมูลเพื่อทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

๑. ขอเก็บข้อมูลเพื่อทดลองใช้เครื่องมือวิจัย แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน แบบสอบถามความคาดหวังทางสังคมและแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน จำนวน ๓๐ คน ตั้งแต่วันที่ ๘-๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๘

๒. ขอเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน” จำนวน ๑๔๐ คน ตั้งแต่วันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๘ ถึง ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๘ ทั้งนี้งานวิจัยดังกล่าวนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ ๓ สาขาวิทยาศาสตร์เรียบร้อยแล้ว

ในการนี้ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พิจารณาแล้วเห็นว่าอนุญาตให้เก็บข้อมูลเพื่อทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ จิตตินันต์ ทะวานนท์)
ผู้อำนวยการ

เรียน อณนดี (ผ่านรองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ)

เพื่อโปรดทราบ ตามแจ้งอนุญาตไว้

นส. สังเกตว่า เก็บเก็บข้อมูล เครื่องมือวิจัย ๓๐๐

๒๙ ธ. ๕๘ ตามหนังสือสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์

๖๔ พ.ย. ๕๘

งบทบ
+ other items
นส. + other items
งบทบ

๒๕ ธ. ๕๘



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โทร. ๐๒-๔๘๖๔๒๑๓ ต่อ ๗๓๔๗
 ที่ ศธ.๐๕๑๖.๒๕/๗.๖๔๘ วันที่ ๓ มิถุนายน ๒๕๕๘
 เรื่อง ขอทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการทดสอบเครื่องมือวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

- สิ่งที่แนบมาด้วย
๑. โครงการวิจัยฉบับย่อ ๑ ฉบับ
 ๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ๑ ชุด
 ๓. แบบแจ้งผลการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ ๓ สาขาวิทยาศาสตร์ ๑ ฉบับ

ด้วย นางวิภาวี เหล่าเทิดพงษ์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กำลังดำเนินการจัดทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหัตถ์” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการสำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ ใ้ขออนุญาตให้ นางวิภาวี เหล่าเทิดพงษ์ เก็บข้อมูลเพื่อทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยผู้ทำวิจัยจะใช้ข้อมูลเพื่อการวิจัยเท่านั้น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

๑) เก็บข้อมูลเพื่อทดลองใช้เครื่องมือวิจัย แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหัตถ์ แบบสอบถามความคาดหวังทางสังคมและแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหัตถ์ จำนวน ๓๐ คน ตั้งแต่วันที่ ๘ - ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๘

๒) เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหัตถ์” จำนวน ๑๔๐ คน ตั้งแต่วันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๘ ถึง ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห่านิรัตติชัย)
 รองคณบดีฝ่ายวิชาการปฏิบัติราชการแทน
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



ภาคผนวก ง
 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
แพทย์หญิงณัฐมน ศรีสำราญ	จักษุแพทย์เฉพาะทางด้านต้อหิน โรงพยาบาลเว็ลด์เมดิคอลเซ็นเตอร์
รองศาสตราจารย์สุจินดา रिมนศรีทอง	อาจารย์พยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
อาจารย์ ดร.เขมรดี มาสิงบุญ	อาจารย์คณะพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา
อาจารย์ ดร.โยทะกา ภาคพงศ์	อาจารย์คณะพยาบาล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
นางฐิติรัตน์ แสงรัสมิ์เพ็ญ	พยาบาลชำนาญการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ภาคผนวก จ

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือและหนังสืออนุมัติให้ใช้เครื่องมือ





ที่ ศธ ๐๕๑๖.๒๕/ศ. ๔๘

ว. ๐๐๑๖ (๖๒) ๖๖

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๒๑

มีนาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือวิจัย
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ด้วย นางวิภาวี เหล่าเทิดพงษ์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มีความสนใจในการทำวิทยานิพนธ์หัวข้อ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ขอรายละเอียดของเครื่องมือวิจัยและใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา ของ นางเบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) และ แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหินของ นางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล (2554) โดยผู้ทำวิจัยจะใช้ข้อมูลเพื่อใช้ในงานวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อีรณูช ห่านริตติชัย)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการคณะพยาบาลศาสตร์

- สำเนาเรียน -

โทรศัพท์.๐๒-๕๘๖๕๒๑๓ ต่อ ๗๓๙๗

๑. นางเบญจมาศ รอดแผ้วพาล

โทรสาร.๐๒-๕๑๖๕๓๘๑

๒. นางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล

รับที่ 1998/ 58
วันที่ 29/พ.ค. 2558
เวลา 18:39

ที่ ศธ 0512.11/ 1403

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

19 มีนาคม 2558

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

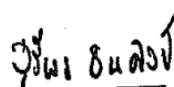
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ที่ ศธ 0516.25/ศ.48
ลงวันที่ 5 มีนาคม 2558 เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือวิจัย

ตามหนังสือที่อ้างถึง แจ้งว่า นางวิภาวี เหล่าเทิดพงษ์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มีความสนใจในการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน” มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้ เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัย คัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน” ของ นางเบญจมาศ รอดแผ้วพาล และแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อความร่วมมือในการรักษา ของผู้สูงอายุโรคต่อหิน” ของ นางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล นั้น คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ยินดีและอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้ผู้ใช้แจ้งผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการปรับปรุง เครื่องมือให้คณะพยาบาลศาสตร์ทราบด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. สุธีพร ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1129 โทรสาร. 0-2218-1130

ภาคผนวก ฉ
ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

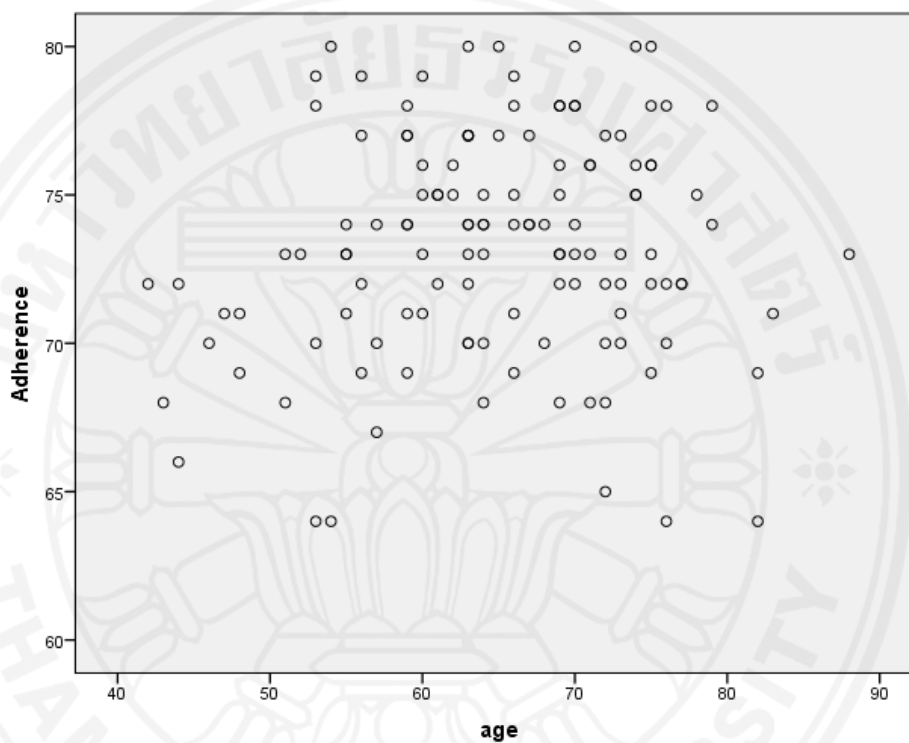
1. การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น
2. การแก้ไขการกระจายข้อมูล



1. ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

อายุ

1. แผนภาพการกระจาย



2. ค่าความคาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามต้องเป็นอิสระจากกัน (Autocorrelation) ตรวจสอบโดยการทดสอบ Durbin-Watson

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.116 ^a	.014	.006	3.797	1.832

a. Predictors: (Constant), age

b. Dependent Variable: Adherence

3. ค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์

Residuals Statistics^a

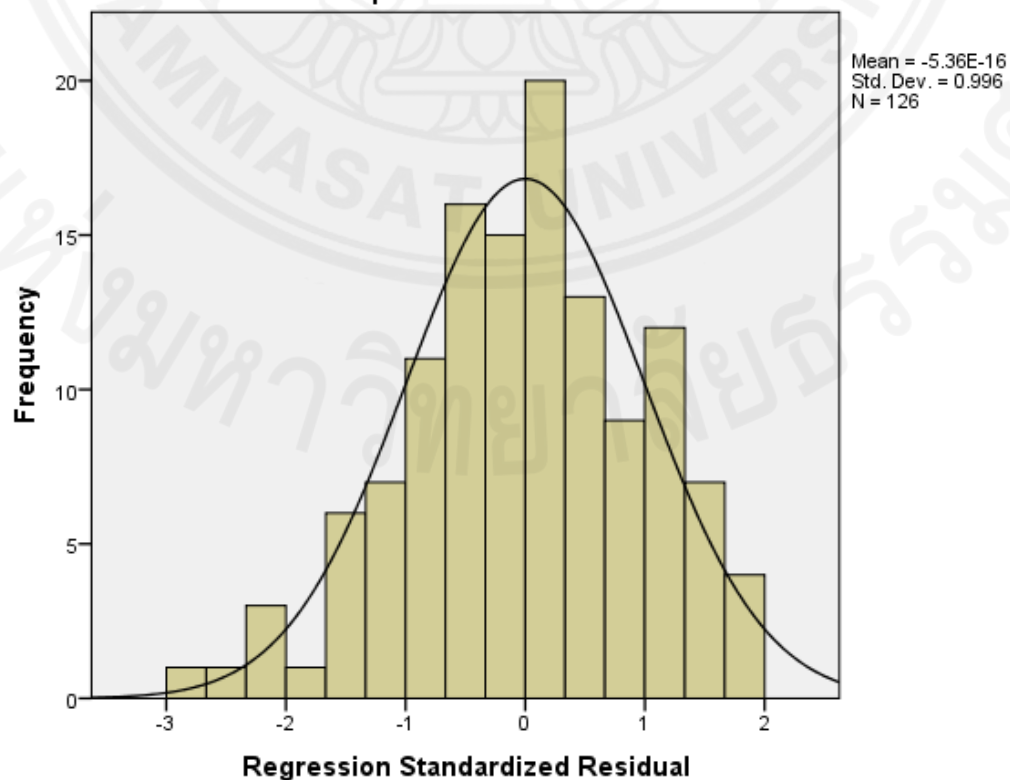
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	72.25	74.45	73.35	.443	126
Residual	-10.166	7.172	.000	3.782	126
Std. Predicted Value	-2.471	2.489	.000	1.000	126
Std. Residual	-2.677	1.889	.000	.996	126

a. Dependent Variable: Adherence

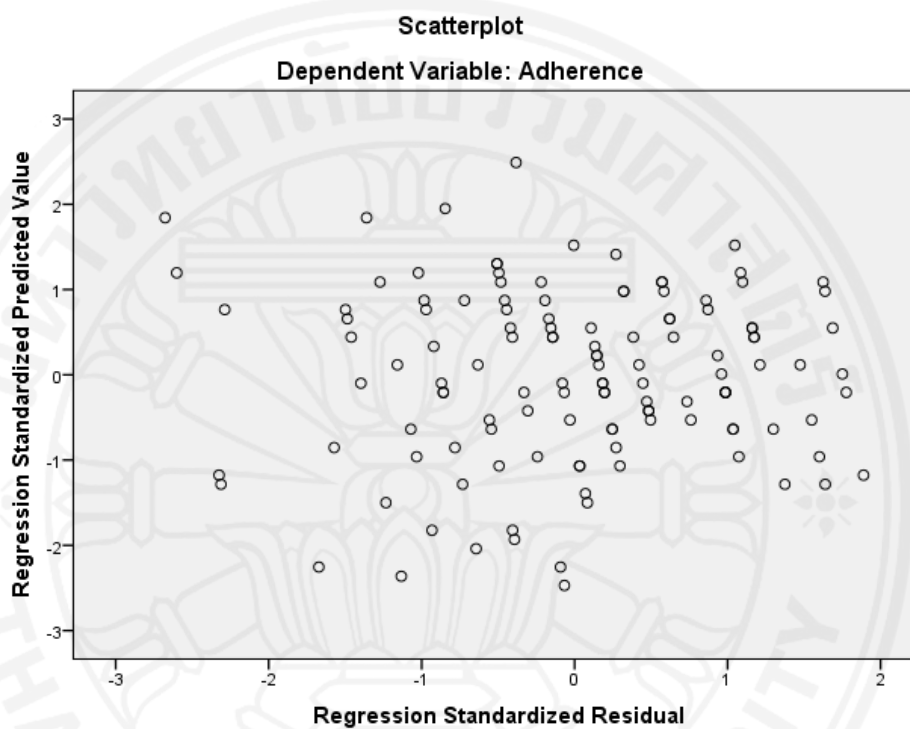
4. ค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีการแจกแจงเป็นปกติ

Histogram

Dependent Variable: Adherence

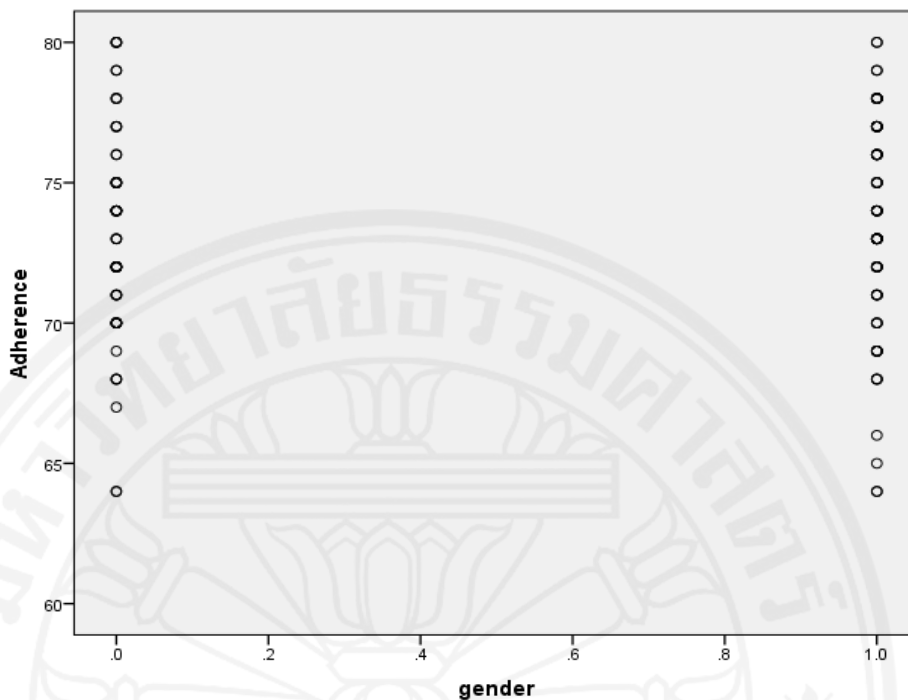


5. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)



เพศ

1. แผนภาพการกระจาย



2. ค่าความคาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามต้องเป็นอิสระจากกัน (Autocorrelation) ตรวจสอบโดยการทดสอบ Durbin-Watson

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.029 ^a	.001	-.007	3.822	1.848

a. Predictors: (Constant), gender

b. Dependent Variable: Adherence

3. ค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์

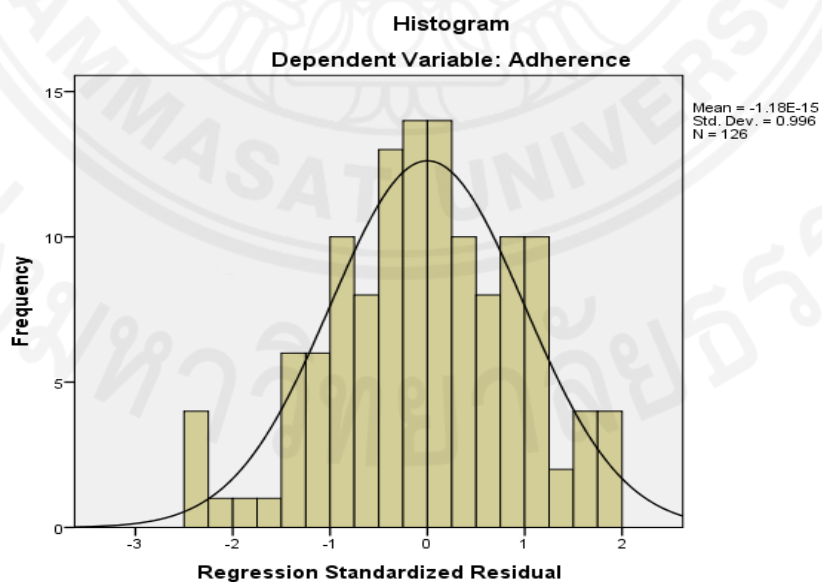
Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	73.23	73.45	73.35	.111	126
Residual	-9.449	6.772	.000	3.806	126

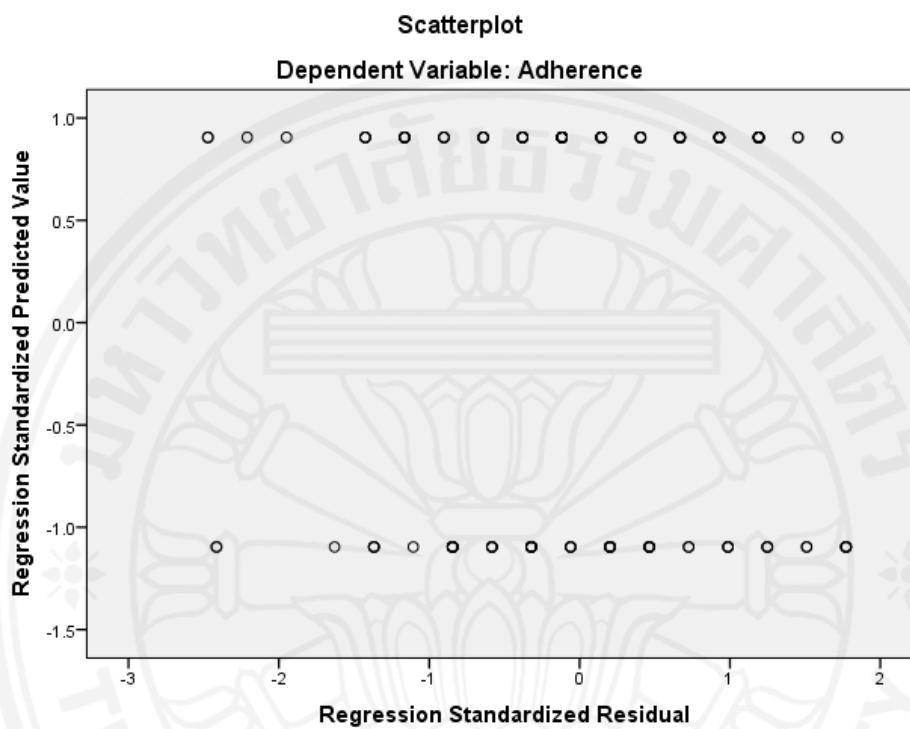
Std. Predicted Value	-1.096	.905	.000	1.000	126
Std. Residual	-2.473	1.772	.000	.996	126

a. Dependent Variable: Adherence

4. ค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีการแจกแจงเป็นปกติ

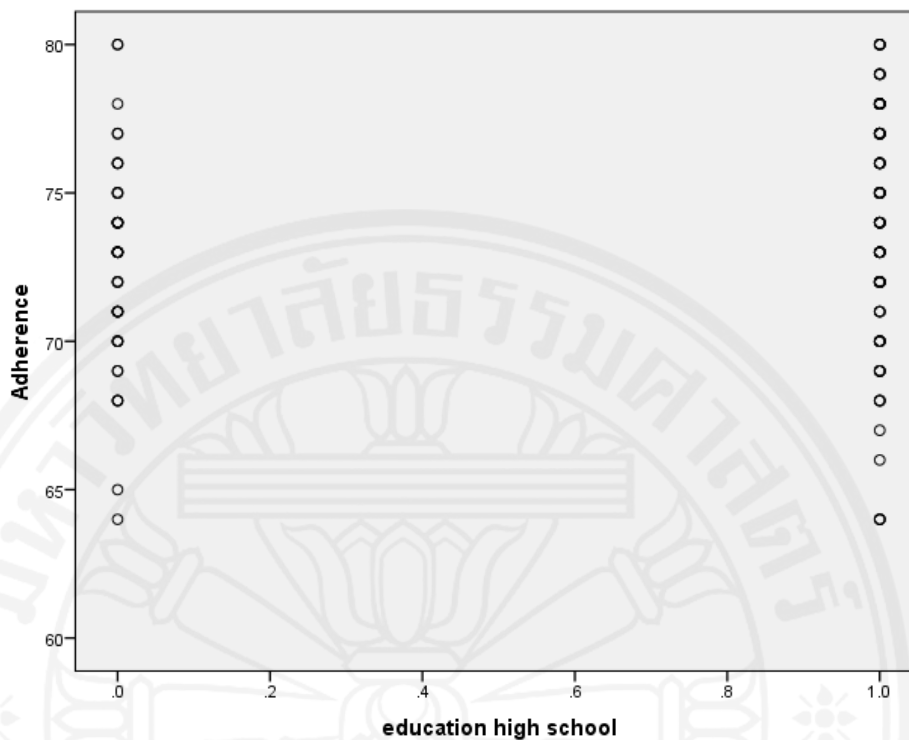


5. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)



ระดับการศึกษา

1. แผนภาพการกระจาย



2. ค่าความคาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามต้องเป็นอิสระจากกัน (Autocorrelation) ตรวจสอบโดยการทดสอบ Durbin-Watson

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.138 ^a	.019	.011	3.787	1.861

a. Predictors: (Constant), education high school

b. Dependent Variable: Adherence

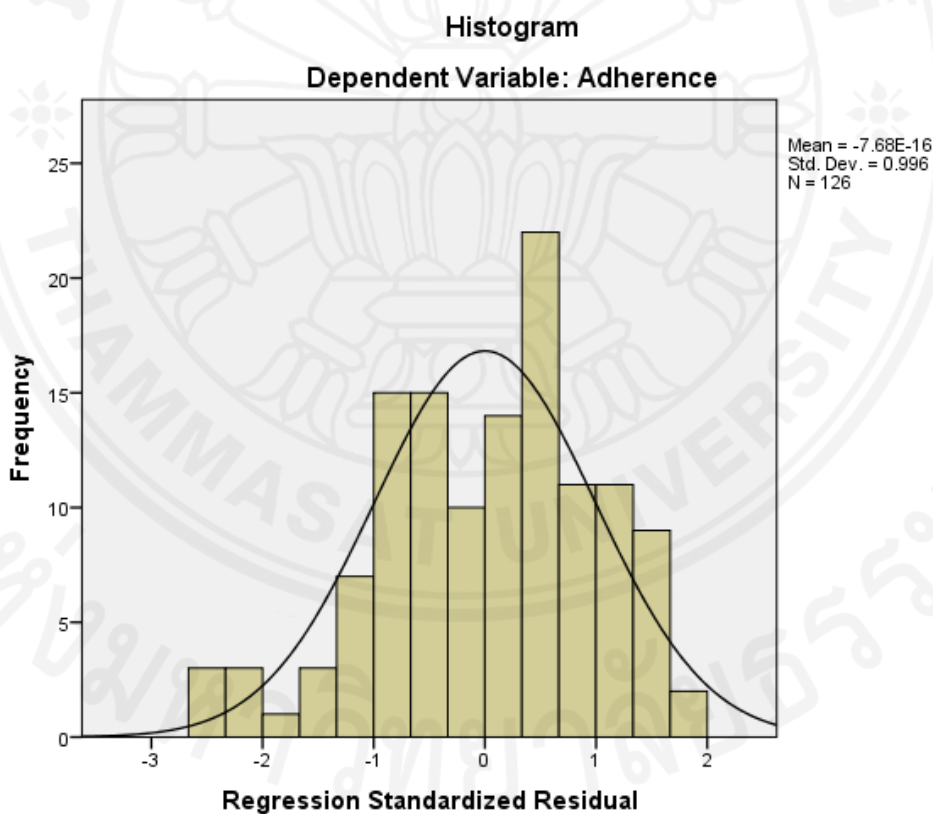
3. ค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์

Residuals Statistics^a

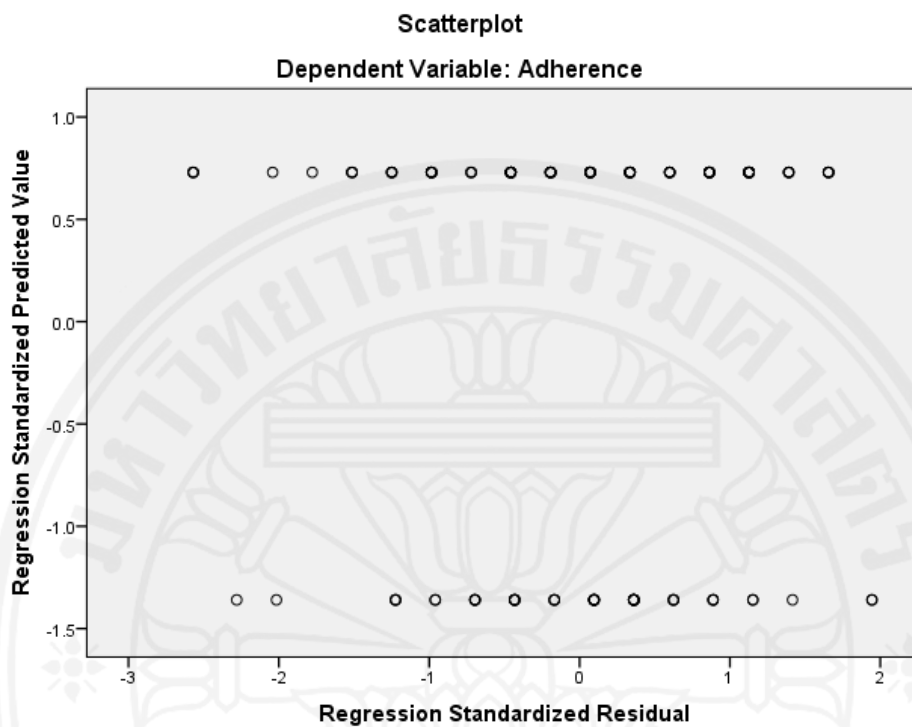
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	72.64	73.73	73.35	.524	126
Residual	-9.732	7.364	.000	3.772	126
Std. Predicted Value	-1.360	.730	.000	1.000	126
Std. Residual	-2.570	1.944	.000	.996	126

a. Dependent Variable: Adherence

4. ค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีการแจกแจงเป็นปกติ

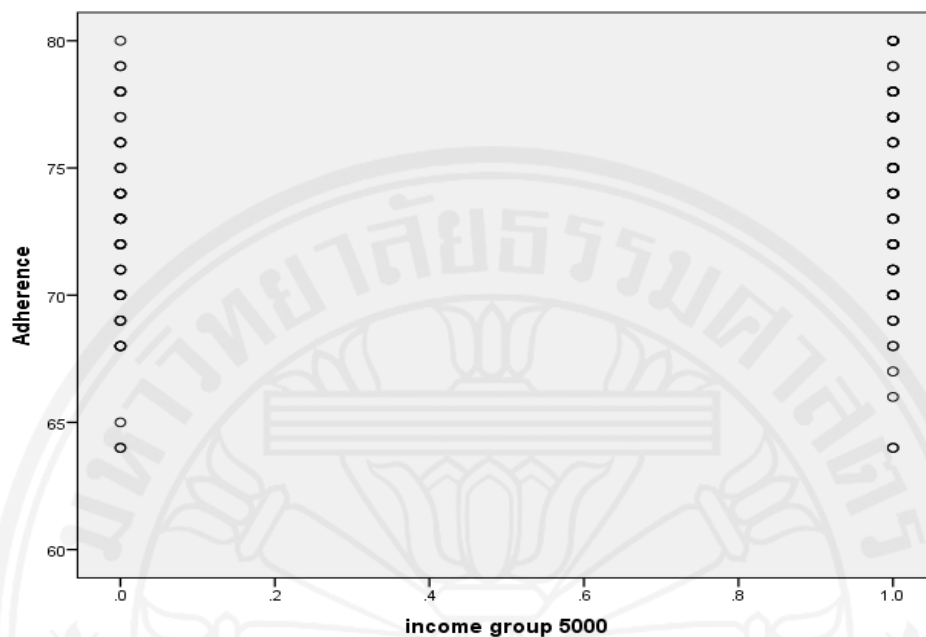


5. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)



รายได้

1. แผนภาพการกระจาย



2. ค่าความคาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามต้องเป็นอิสระจากกัน (Autocorrelation) ตรวจสอบโดยการทดสอบ Durbin-Watson

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.118 ^a	.014	.006	3.797	1.867

a. Predictors: (Constant), income group 5000

b. Dependent Variable: Adherence

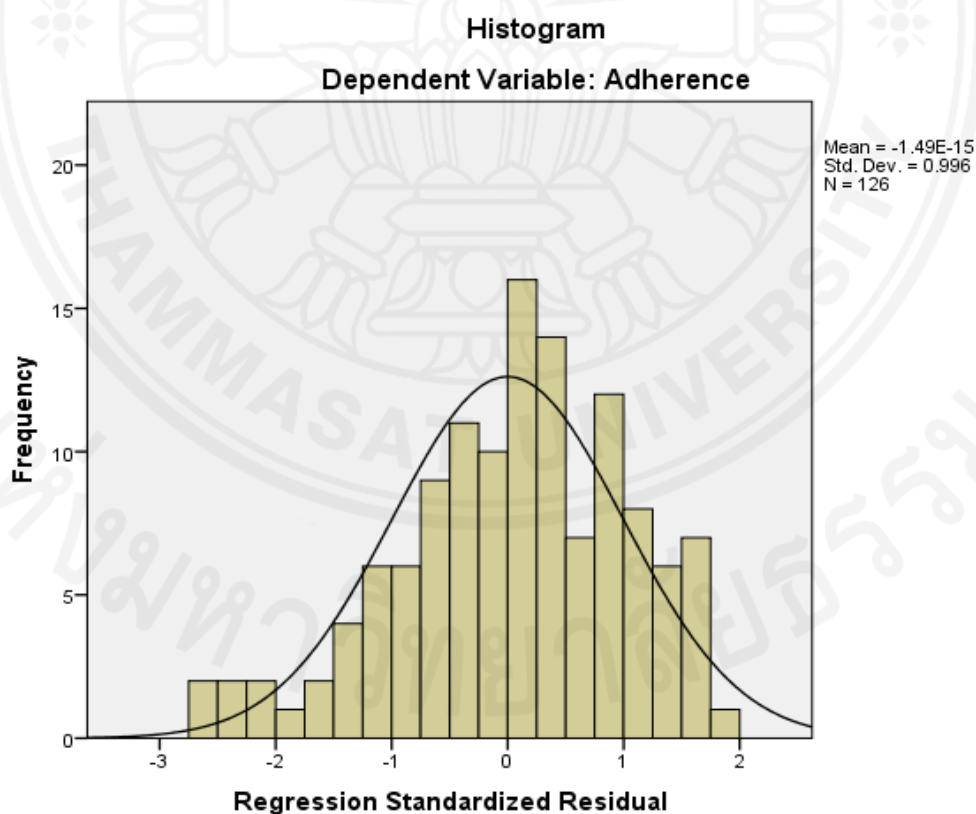
3. ค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์

Residuals Statistics^a

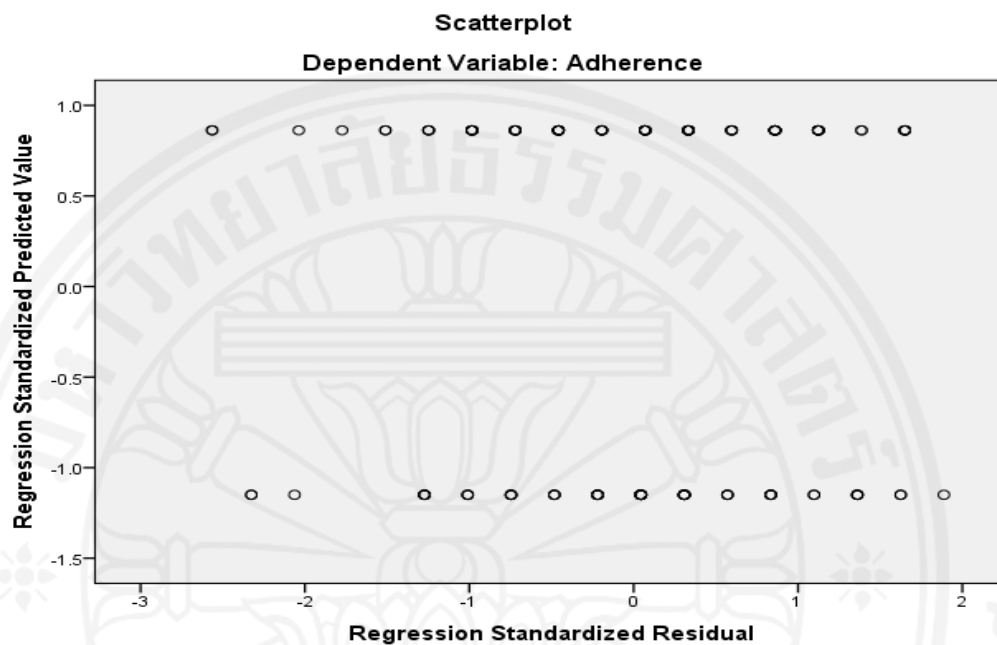
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	72.83	73.74	73.35	.449	126
Residual	-9.736	7.167	.000	3.782	126
Std. Predicted Value	-1.150	.863	.000	1.000	126
Std. Residual	-2.564	1.888	.000	.996	126

a. Dependent Variable: Adherence

4. ค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีการแจกแจงเป็นปกติ

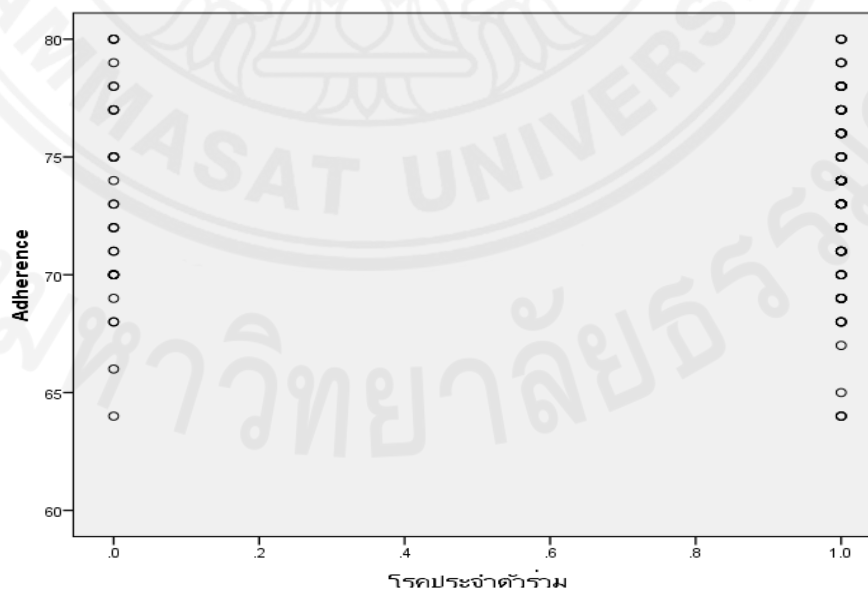


5. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)



โรคประจำตัวร่วม

1. แผนภาพการกระจาย



2. ค่าความคาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามต้องเป็นอิสระจากกัน (Autocorrelation)
ตรวจสอบโดยการทดสอบ Durbin-Watson

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.039 ^a	.002	-.007	3.820	1.856

a. Predictors: (Constant), โรคประจำตัวร่วม

b. Dependent Variable: Adherence

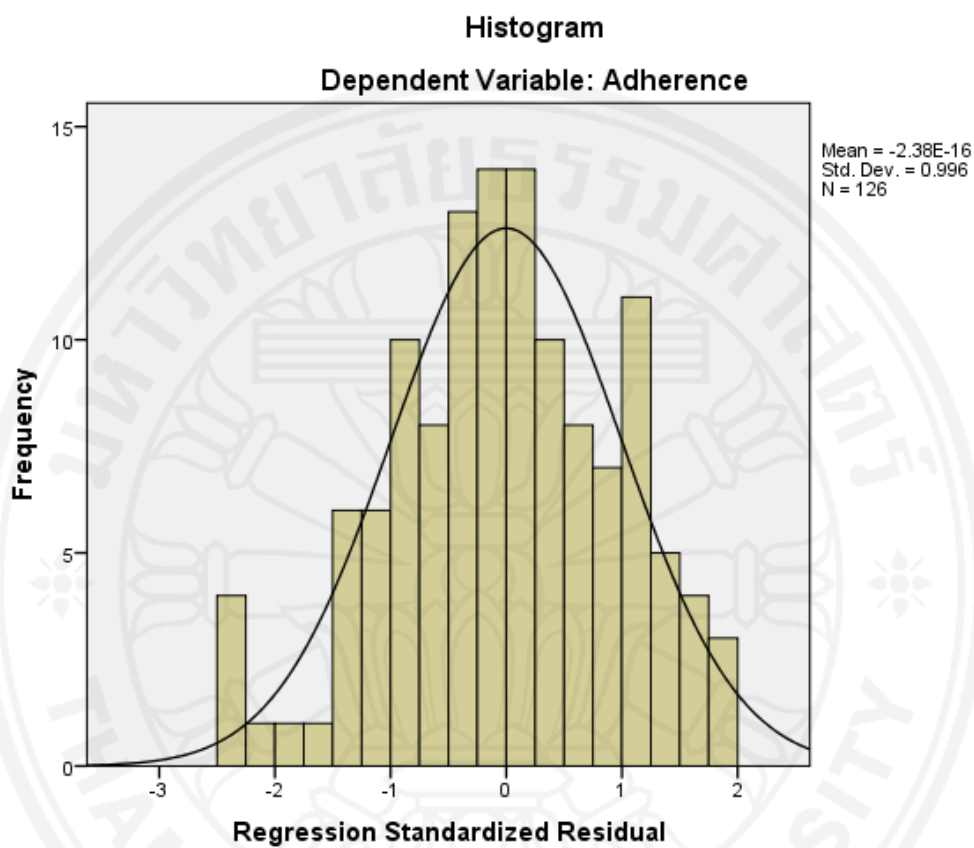
3. ค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์

Residuals Statistics^a

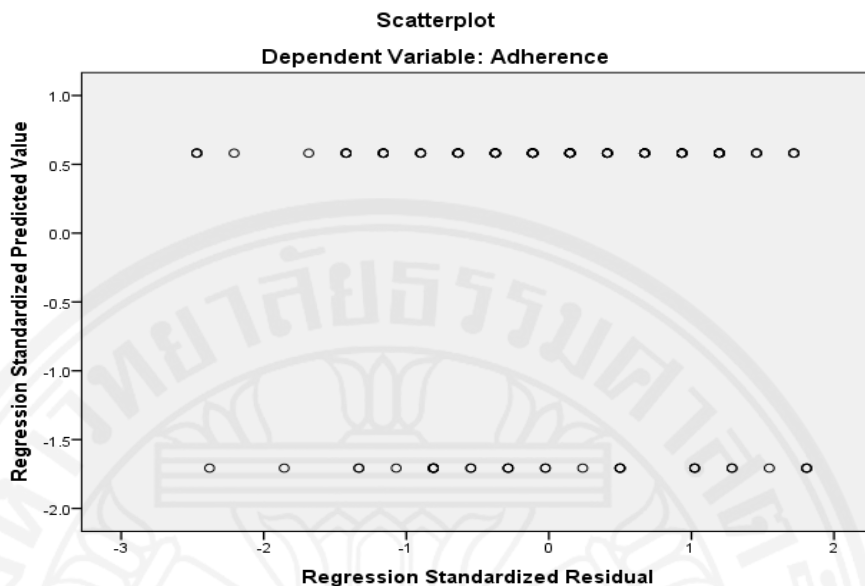
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	73.09	73.44	73.35	.150	126
Residual	-9.436	6.906	.000	3.805	126
Std. Predicted Value	-1.707	.581	.000	1.000	126
Std. Residual	-2.470	1.808	.000	.996	126

a. Dependent Variable: Adherence

4. ค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีการแจกแจงเป็นปกติ

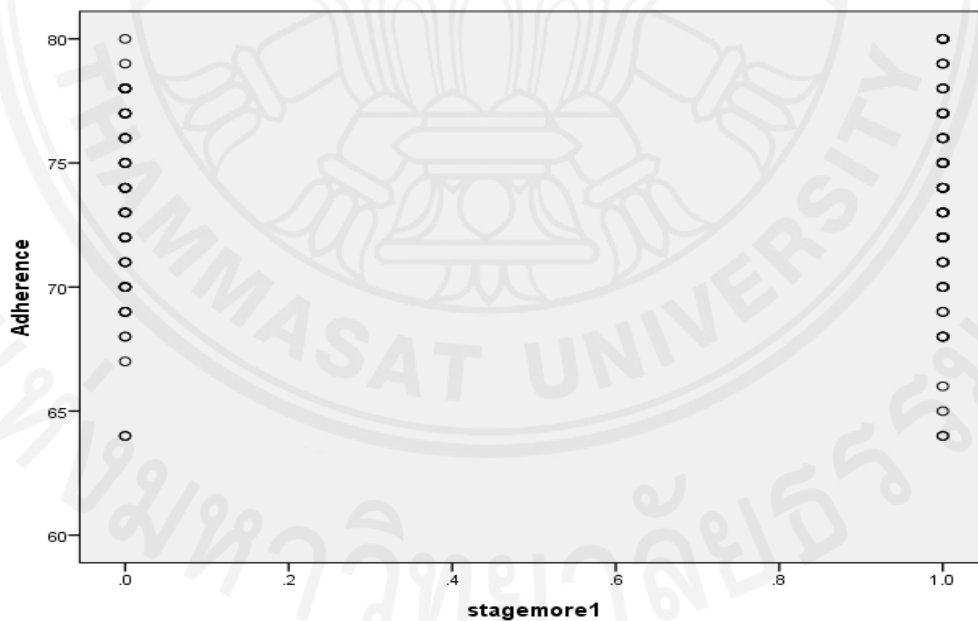


5. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)



ระดับความรุนแรงของข้อหิน

1. แผนภาพการกระจาย



2. ค่าความคาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามต้องเป็นอิสระจากกัน (Autocorrelation)

ตรวจสอบโดยการทดสอบ Durbin-Watson

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
-------	---	----------	-------------------	----------------------------	---------------

1	.028 ^a	.001	-.007	3.822	1.835
---	-------------------	------	-------	-------	-------

a. Predictors: (Constant), stagemore1

b. Dependent Variable: Adherence

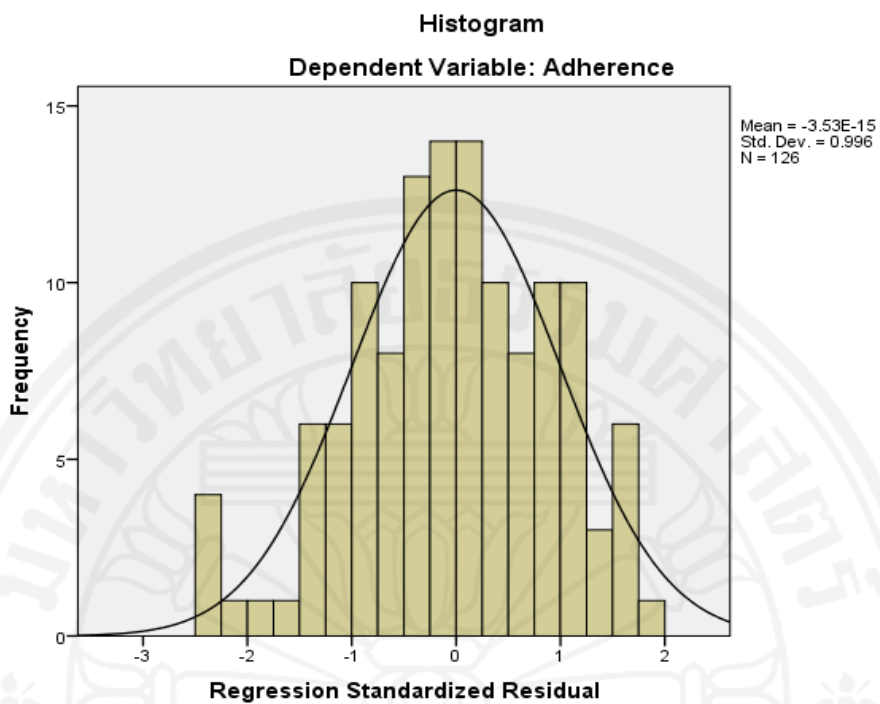
3. ค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์

Residuals Statistics^a

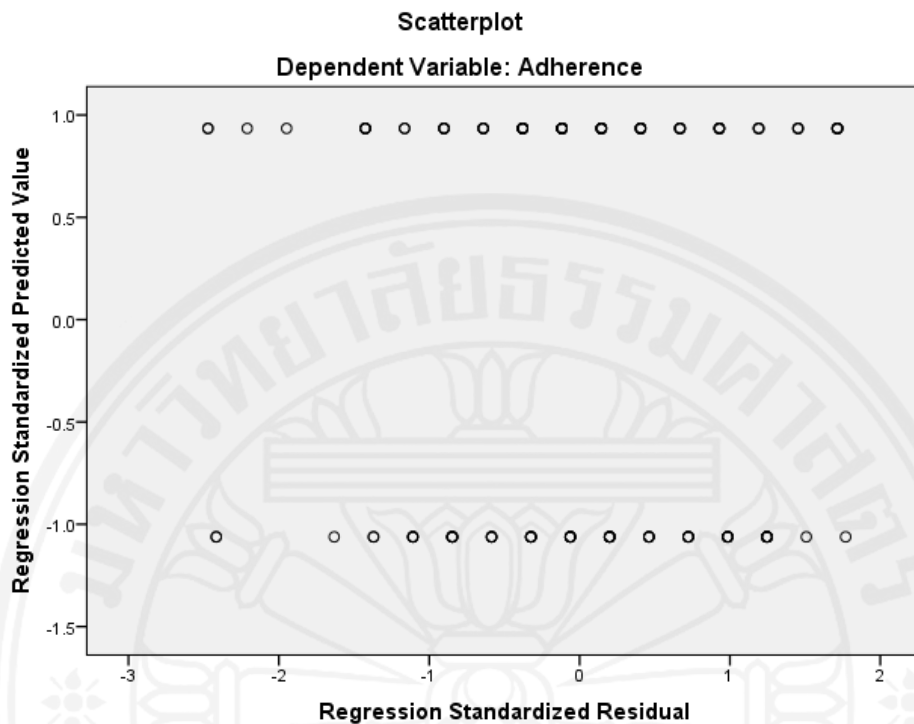
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	73.24	73.45	73.35	.105	126
Residual	-9.448	6.763	.000	3.807	126
Std. Predicted Value	-1.061	.935	.000	1.000	126
Std. Residual	-2.472	1.769	.000	.996	126

a. Dependent Variable: Adherence

4. ค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีการแจกแจงเป็นปกติ

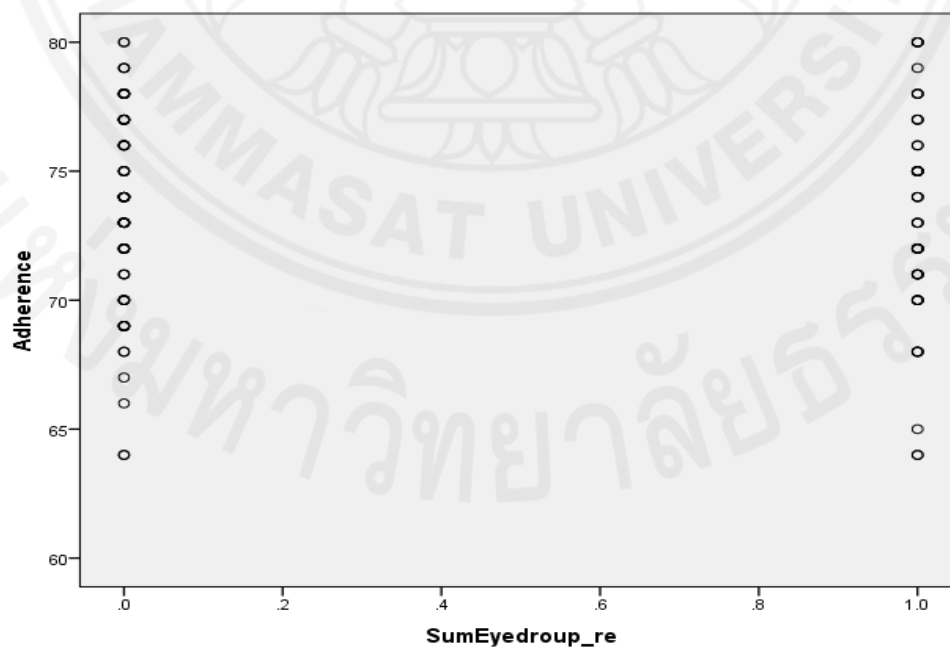


5. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)



ความซับซ้อนของการรักษา

1. แผนภาพการกระจาย



2. ค่าความคลาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามต้องเป็นอิสระจากกัน (Autocorrelation) ตรวจสอบโดยการทดสอบ Durbin-Watson

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.051 ^a	.003	-.005	3.818	1.863

a. Predictors: (Constant), SumEyedroup_re

b. Dependent Variable: Adherence

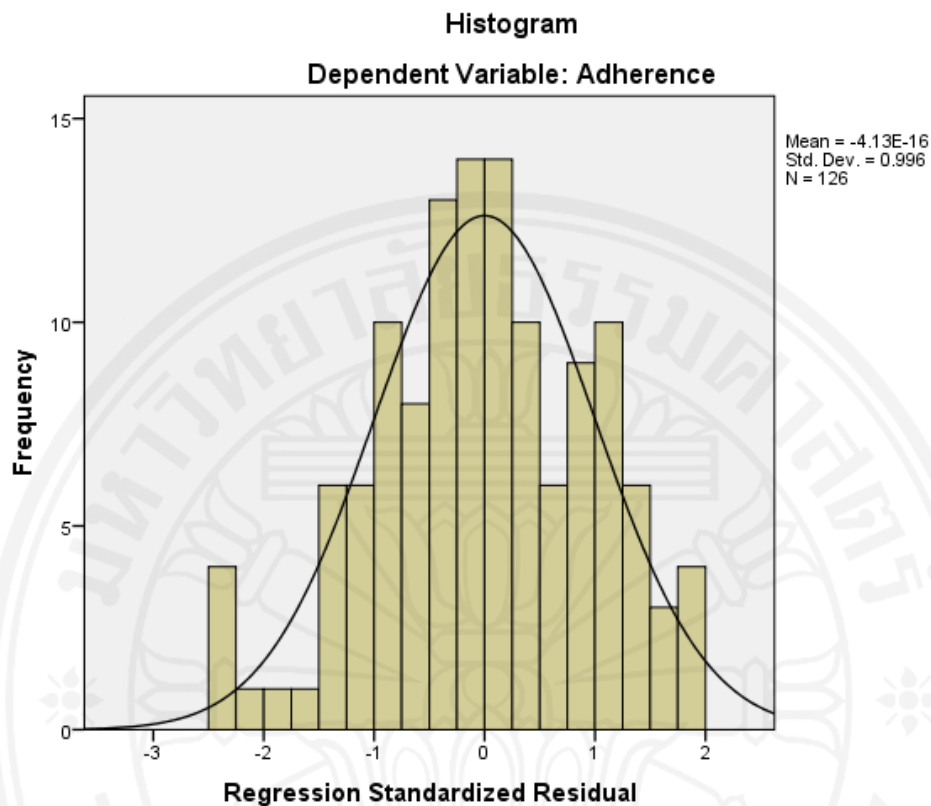
3. ค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์

Residuals Statistics^a

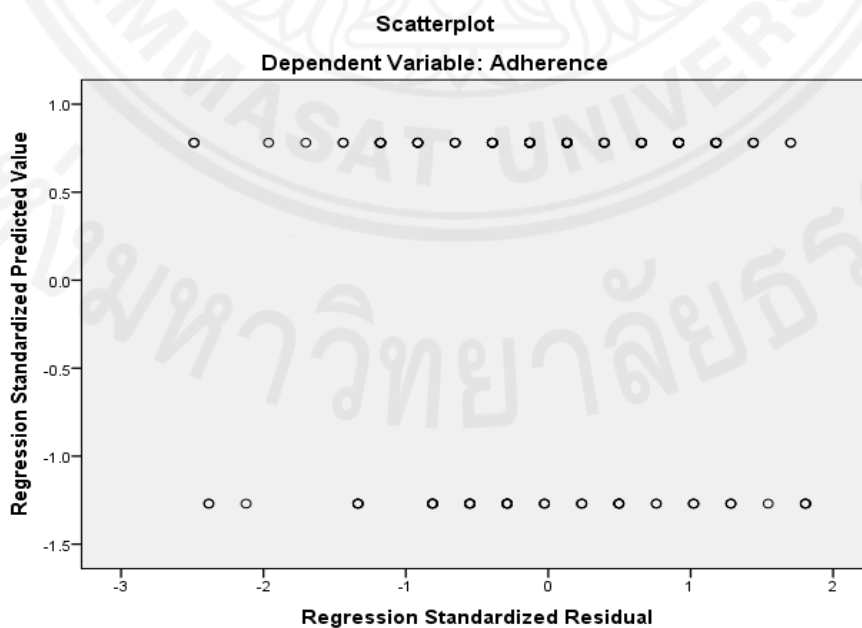
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	73.10	73.50	73.35	.193	126
Residual	-9.500	6.896	.000	3.803	126
Std. Predicted Value	-1.270	.781	.000	1.000	126
Std. Residual	-2.488	1.806	.000	.996	126

a. Dependent Variable: Adherence

4. ค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีการแจกแจงเป็นปกติ

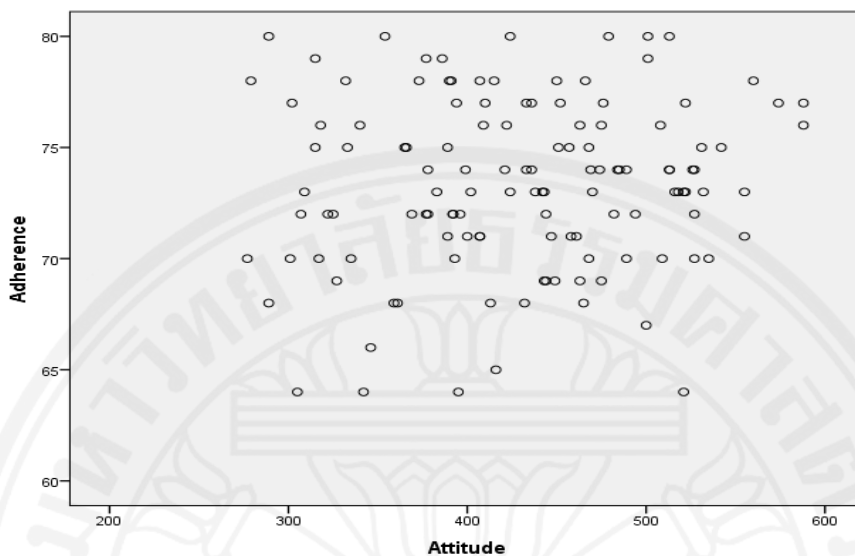


5. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)



ทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

1. แผนภาพการกระจาย



2. ค่าความคาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามต้องเป็นอิสระจากกัน (Autocorrelation) ตรวจสอบโดยการทดสอบ Durbin-Watson

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.088 ^a	.008	.000	3.808	1.901

a. Predictors: (Constant), Attitude

b. Dependent Variable: Adherence

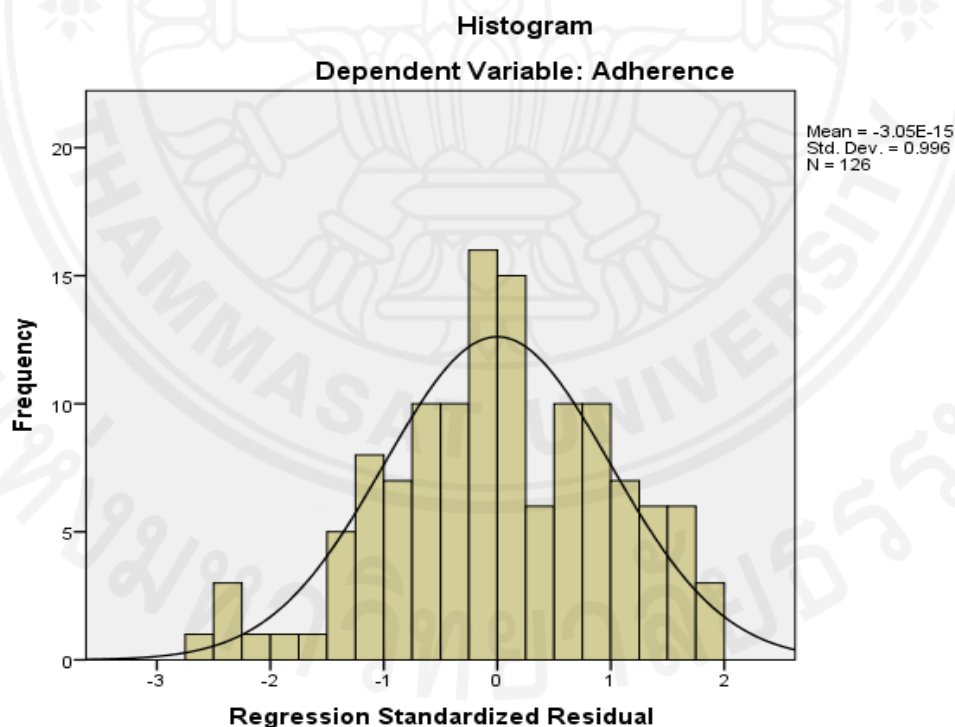
3. ค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์

Residuals Statistics^a

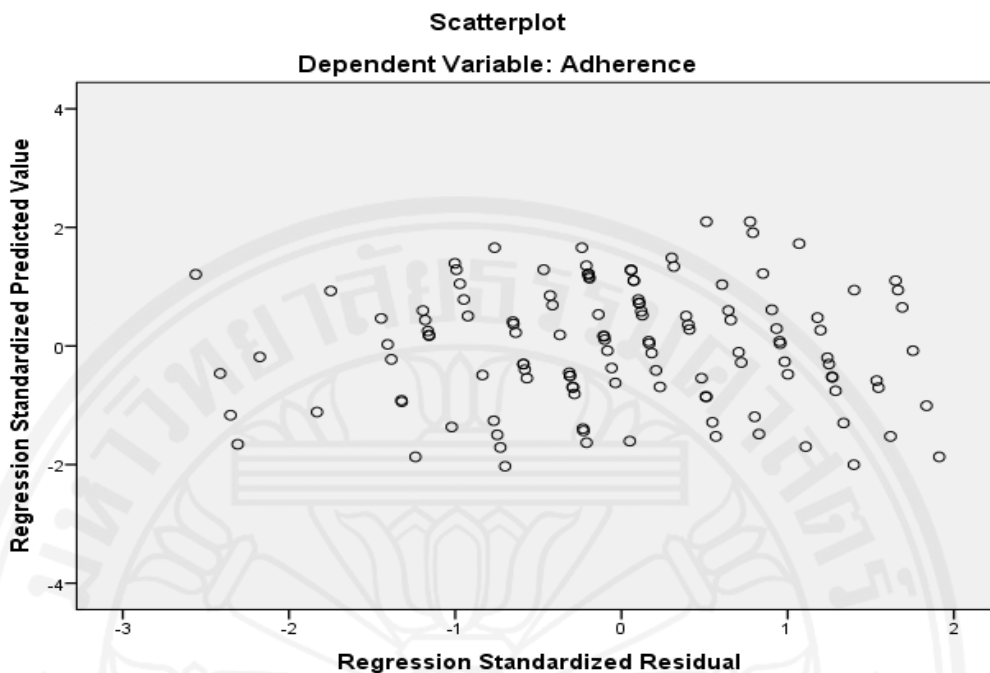
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	72.67	74.05	73.35	.336	126
Residual	-9.755	7.279	.000	3.793	126
Std. Predicted Value	-2.029	2.096	.000	1.000	126
Std. Residual	-2.561	1.911	.000	.996	126

a. Dependent Variable: Adherence

4. ค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีการแจกแจงเป็นปกติ

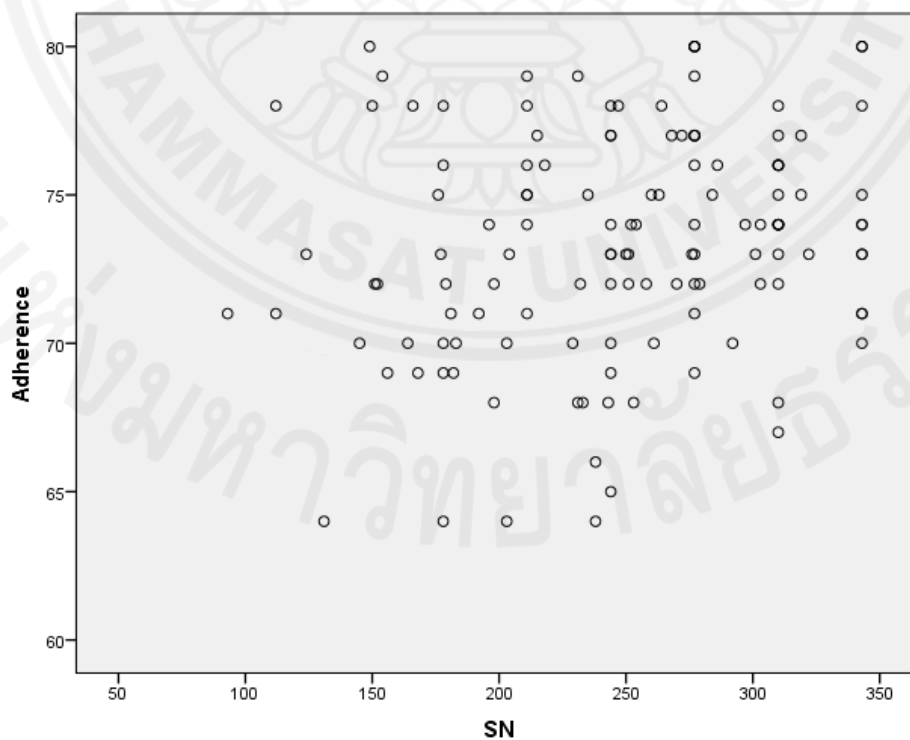


5. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)



การคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ

1. แผนภาพการกระจาย



2. ค่าความคลาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามต้องเป็นอิสระจากกัน (Autocorrelation) ตรวจสอบโดยการทดสอบ Durbin-Watson

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.199 ^a	.040	.032	3.747	1.921

a. Predictors: (Constant), SN

b. Dependent Variable: Adherence

3. ค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์

Residuals Statistics^a

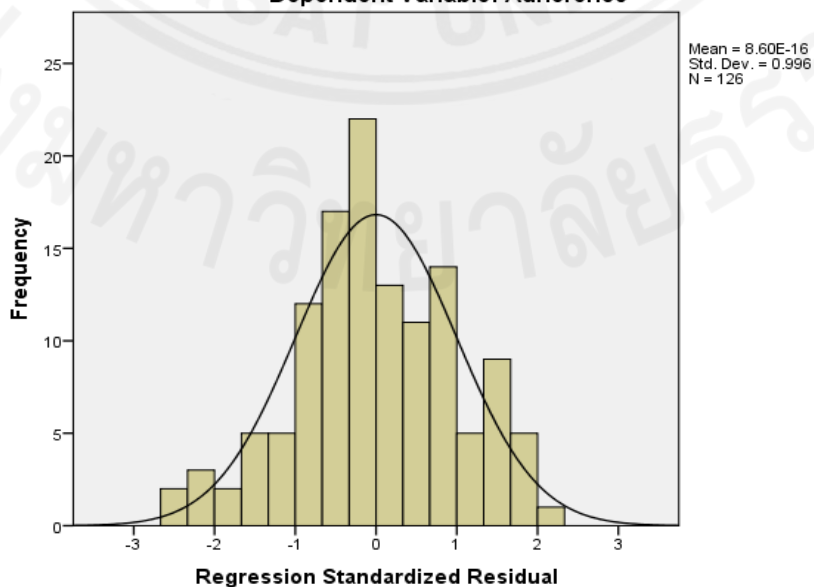
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	71.43	74.55	73.35	.757	126
Residual	-9.237	7.875	.000	3.732	126
Std. Predicted Value	-2.542	1.585	.000	1.000	126
Std. Residual	-2.465	2.102	.000	.996	126

a. Dependent Variable: Adherence

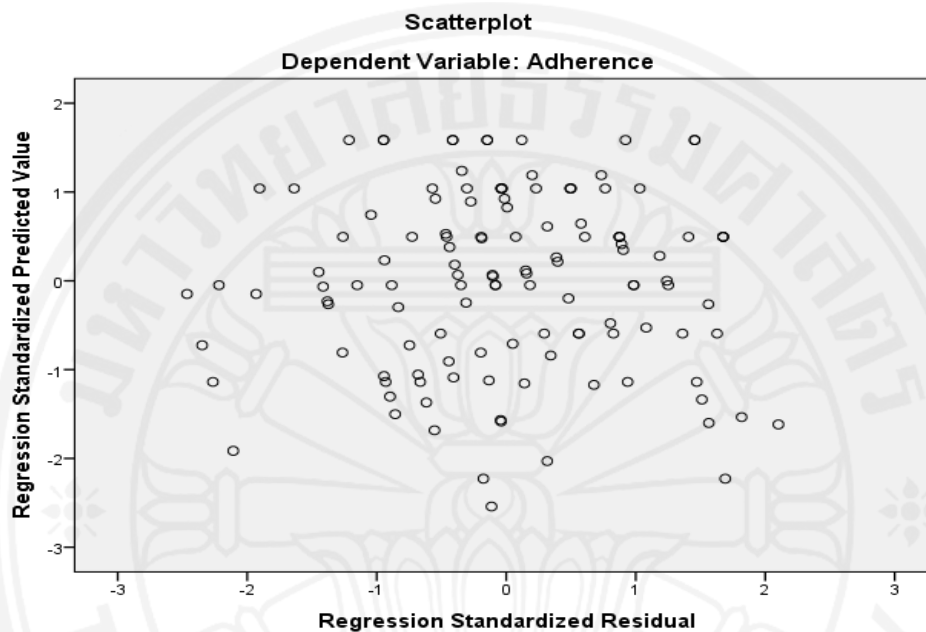
4. ค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีการแจกแจงเป็นปกติ

Histogram

Dependent Variable: Adherence

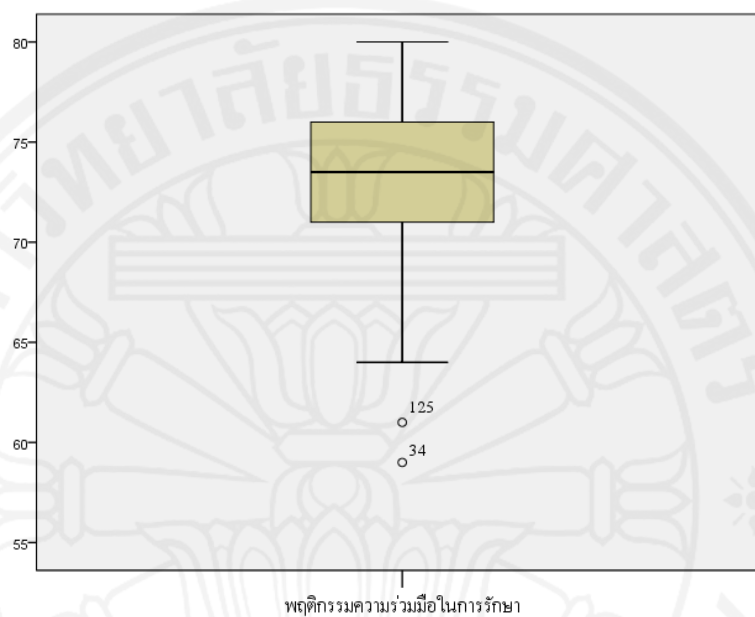


5. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)

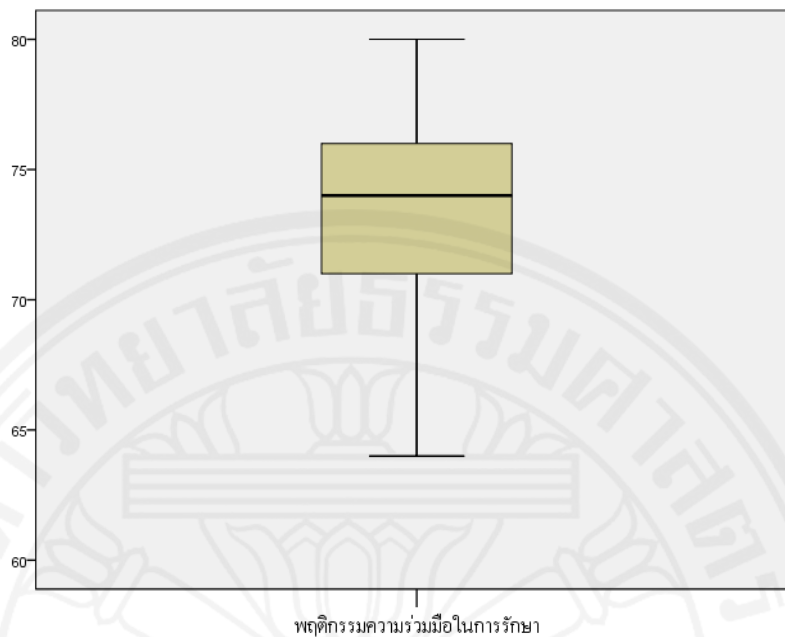


2. การตรวจสอบความผิดปกติของข้อมูลในมาตรวัดแบบอัตราส่วนและอันตรภาคชั้น ดังนี้

2.1 พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

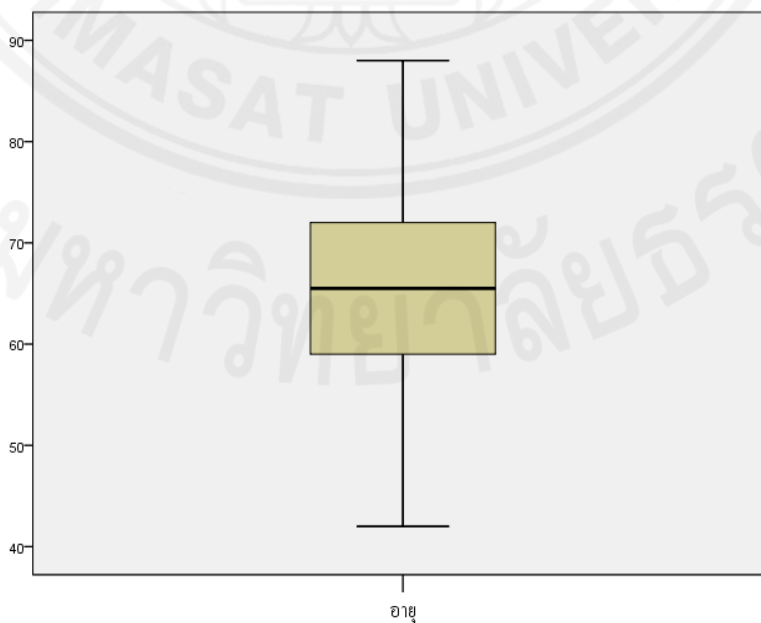


รูปที่ 1 แสดง Boxplot ของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา พบการกระจายข้อมูลที่ผิดปกติ (Outlier) รายที่ 34 และ 125



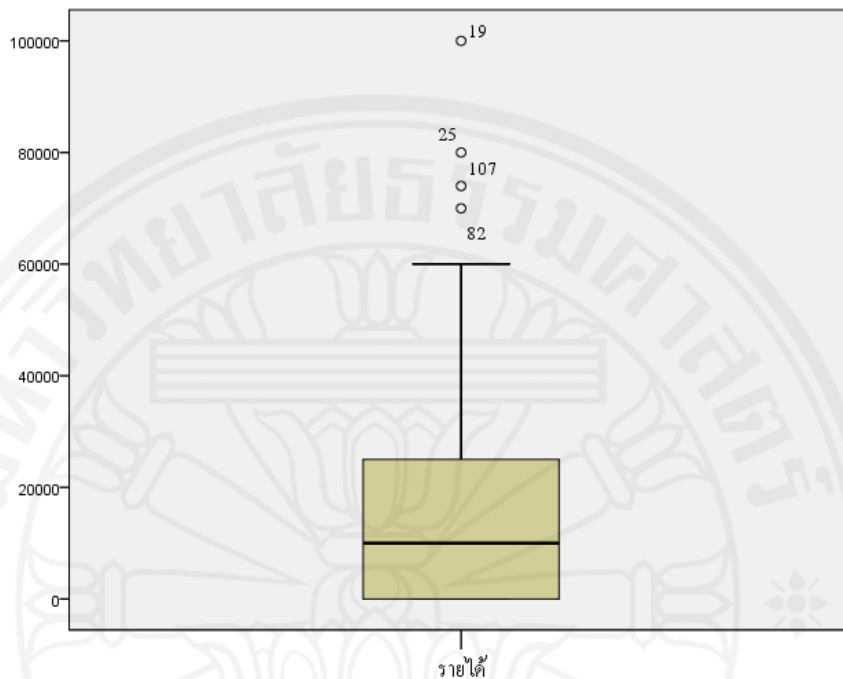
รูปที่ 2 แสดง Boxplot ของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ไม่พบการกระจายข้อมูลที่ผิดปกติ (Outlier) หลังตัดรายชื่อที่ 34 และ 125 ออก

2.2 อายุ

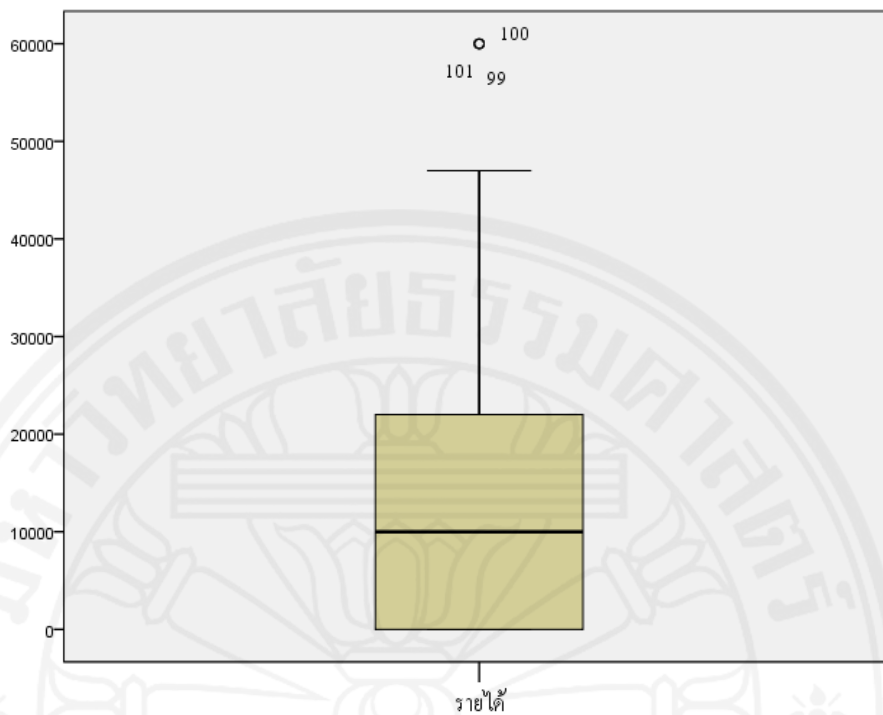


รูปที่ 3 แสดง Boxplot ของอายุ ไม่พบการกระจายข้อมูลที่ผิดปกติ (Outlier)

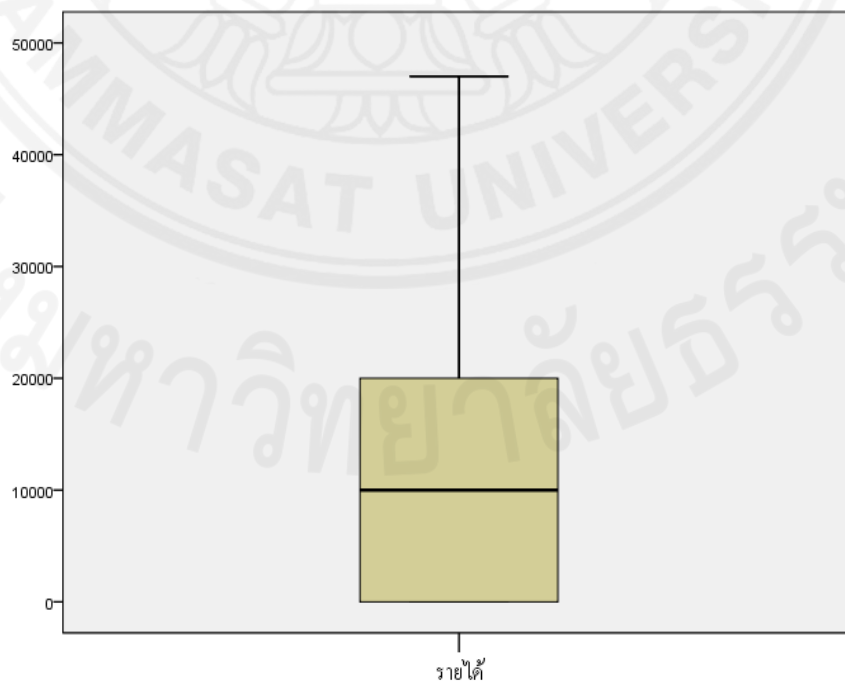
2.3 รายได้



รูปที่ 4 แสดง Boxplot ของรายได้ พบการกระจายข้อมูลที่ผิดปกติ (Outlier) รายที่ 19, 25, 82 และ 107

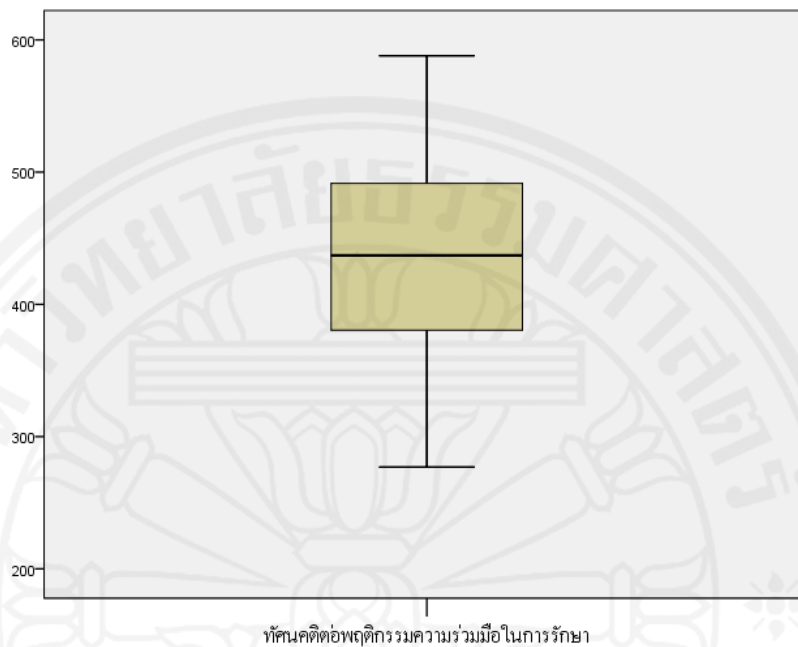


รูปที่ 5 แสดง Boxplot ของรายได้ พบการกระจายข้อมูลที่ผิดปกติ (Outlier) รายที่ 99, 100, 101
หลังตัด รายที่ 19, 25, 82 และ 107 ออก



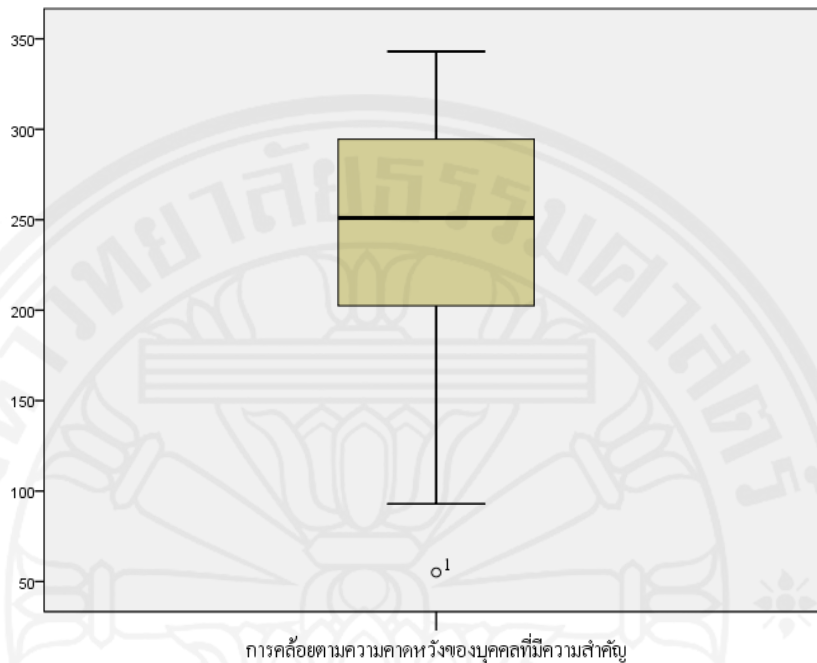
รูปที่ 6 แสดง Boxplot ของรายได้ ไม่พบการกระจายข้อมูลที่ผิดปกติ (Outlier) หลังตัด รายที่ 19,
25, 82 และ 107 ออก

2.4 ทักษะติดต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

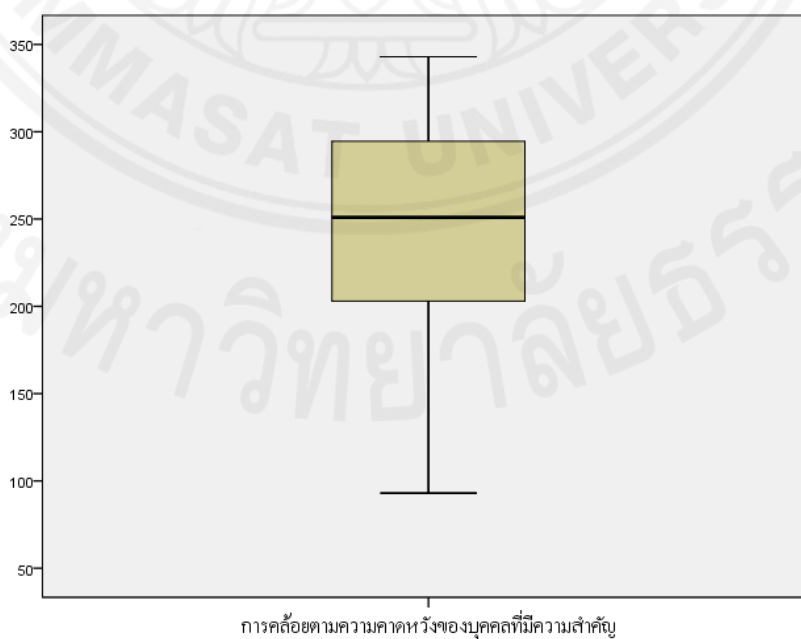


รูปที่ 7 แสดง Boxplot ของทักษะติดต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาไม่พบการกระจายข้อมูลที่ผิดปกติ (Outlier)

2.5 การคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ



รูปที่ 8 แสดง Boxplot ของการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ พบการกระจายข้อมูลที่ผิดปกติ (Outlier) รายที่ 1



รูปที่ 9 แสดง Boxplot ของการคล้อยตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ ไม่พบการกระจายข้อมูลที่ผิดปกติ (Outlier) หลังตัดรายชื่อที่ 1 ออก

ประวัติการศึกษา

ชื่อ	นางวิภาวี เหล่าเทิดพงษ์
วัน เดือน ปีเกิด	4 สิงหาคม 2524
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2546 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทางตา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พ.ศ. 2553
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พยาบาลประจำการ งานการพยาบาลตรวจโรคจักษุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
ประสบการณ์ทำงาน	พยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสยามราษฎร์ จังหวัดเชียงใหม่ (พ.ศ. 2546-2548) พยาบาลประจำการ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (พ.ศ. 2548-2552) พยาบาลประจำการ งานการพยาบาลตรวจโรคจักษุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (พ.ศ. 2553-ปัจจุบัน)