

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือ
ในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน

นางสาววันทนา รัตนมณี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2556
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

THE EFFECT OF INFORMATION PROGRAM APPLYING HEALTH BELIEF MODEL
ON MEDICATION ADHERENCE OF GLAUCOMA PATIENTS

Miss Wantana Rattanamanie

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

| | |
|---------------------------------|--|
| หัวข้อวิทยานิพนธ์ | ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคไตหิน |
| โดย | นางสาววันทนา รัตนมณี |
| สาขาวิชา | พยาบาลศาสตร์ |
| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ |
| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวิศนี ตันติเสวี |

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวิศนี ตันติเสวี)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

วันทนา รัตนมณี : ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน (THE EFFECT OF INFORMATION PROGRAM APPLYING HEALTH BELIEF MODEL ON MEDICATION ADHERENCE OF GLAUCOMA PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
หลัก : ผศ.ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม : ผศ.พญ.วิศนี ตันติเสวี,
137 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินวัยผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคต้อหินที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 50 คน จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรคต้อหินและจำนวนยาหยอดตา กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ ส่วนกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลซึ่งประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โปรแกรมดังกล่าว ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ประเมินความพร้อม การให้ข้อมูล การพัฒนาทักษะ การติดตามและกระตุ้นเตือน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .93 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติบรรยายและการทดสอบค่าที่

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ คะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา.....2556.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม.....

5477187236 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : HEALTH BELIEF MODEL, GLAUCOMA, ADHERENCE, COMPLIANCE

WANTANA RATTANAMANIE : THE EFFECT OF INFORMATION PROGRAM
 APPLYING HEALTH BELIEF MODEL ON MEDICATION ADHERENCE OF
 GLAUCOMA PATIENTS. ADVISOR : ASSOC. PROF. SUNIDA PRECHAWONG,
 Ph.D., CO-ADVISOR : ASST. PROF. VISANEE TANTISEVI, M.D., 137 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effect of information program applying the Health Belief Model on medication adherence of glaucoma patients. Fifty patients with glaucoma, recruited from eye clinic, the King Chulalongkorn Memorial Hospital, participated in this study. The participants were assigned into two groups. The groups were matched in term of gender, age, number of medications, years of having glaucoma. The participants were assigned equally into experimental and control group, 25 persons in each group. The control group received conventional nursing care while the experimental group participated in the information program applying the Health Belief Model. The program consists of assessment, giving information, skills training on medication administration, and monitoring. The intervention program was reviewed by five experts. The outcome was assessed by the 15-item adherence questionnaire that had content validity index of .93 and internal consistency with alpha coefficients of .78. Data were analyzed using descriptive and t-test statistics.

The results showed that after participating in the program, the mean score for medication adherence of the experimental group was significantly higher before the intervention ($p < .05$). In addition, the mean score medication adherence for the experimental group was significantly higher than that for the control group ($p < .05$).

Field of Study : .. Nursing Science .. Student's Signature

Academic Year : .. 2013 .. Advisor's Signature

Co-advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถและความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวิศนี ตันติเสวี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ให้ข้อคิด ข้อเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความห่วงใย และเอาใจใส่ตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นต่าง ๆ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งคุณอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ให้ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ สภากาชาดไทย ที่อนุญาติทุนสนับสนุนการศึกษา ขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ให้ความอนุเคราะห์และความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคต้อหินทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยความเต็มใจเป็นอย่างดียิ่ง

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา อันเป็นที่รักยิ่ง ที่ได้ให้สติปัญญา ให้กำลังใจ และสิ่งดีงาม ที่ทำให้ผู้วิจัยได้รับสิ่งที่ดีในชีวิต รวมทั้งสามี พี่สาว น้องสาวและกัลยาณมิตรของผู้วิจัยทุกท่าน ที่ยินดีให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มใจ รวมทั้งคอยให้กำลังใจ กำลังกาย กำลังทรัพย์ ทำให้การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบความดีเหล่านั้นให้แก่บุคคลที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมด ด้วยความเคารพ

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ | ช |
| สารบัญตาราง..... | ฅ |
| สารบัญภาพ | ญ |
| สารบัญแผนภูมิ..... | ฎ |
| บทที่ | |
| 1 บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย..... | 5 |
| คำถามการวิจัย..... | 6 |
| แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... | 6 |
| ขอบเขตการวิจัย | 8 |
| คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย | 8 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 10 |
| 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 11 |
| ผู้ป่วยโรคต่อหิน | 12 |
| คำจำกัดความของโรคต่อหิน..... | 12 |
| การจำแนกชนิดของโรคต่อหิน..... | 12 |
| การตรวจวินิจฉัยโรคต่อหิน | 14 |
| การรักษาโรคต่อหิน | 14 |
| ความร่วมมือในการรักษา | 17 |
| ความหมายของความร่วมมือในการรักษา..... | 17 |
| ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน | 18 |
| การประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน..... | 20 |

| บทที่ | หน้า |
|---|------|
| บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน | 21 |
| แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ | 25 |
| ข้อเสนอแนะในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน | 28 |
| โปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ | 29 |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 31 |
| 3 วิธีดำเนินการวิจัย | 40 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 40 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 42 |
| การดำเนินการทดลอง | 48 |
| การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง | 54 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล | 55 |
| 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล | 57 |
| 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ | 64 |
| สรุปผลการวิจัย | 65 |
| อภิปรายผลการวิจัย | 65 |
| ข้อเสนอแนะ | 69 |
| รายการอ้างอิง | 72 |
| ภาคผนวก | 80 |
| ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือและ | |
| จดหมายขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ | 81 |
| ภาคผนวก ข หนังสือขอพิจารณาจริยธรรม และหนังสือขอความอนุเคราะห์ | |
| ทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย | 88 |
| ภาคผนวก ค เอกสารจริยธรรม | 91 |
| ภาคผนวก ง ใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่างและข้อมูล | |
| สำหรับประชากรกลุ่มตัวอย่าง | 96 |
| ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 105 |
| ภาคผนวก ฉ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล | 122 |
| ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ | 137 |

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | | หน้า |
|----------|--|------|
| 1 | แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างโรคต้อหิน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิในการรักษาพยาบาล..... | 58 |
| 2 | แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างโรคต้อหิน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม โรคประจำตัว จำนวนยาที่ใช้รักษาโรคประจำตัว ตาข้างที่เป็นต้อหิน จำนวนยาที่ใช้รักษาโรคต้อหิน อาการข้างเคียงหลังใช้ยาหยอดตา ระยะเวลาการเป็นโรคต้อหิน และระดับความดันในลูกตา | 60 |
| 3 | เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... | 63 |
| 4 | แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำแนกตาม เพศ อายุ ระยะเวลาของการเป็นโรคต้อหิน และจำนวนยาหยอดตารักษาโรคต้อหิน..... | 124 |
| 5 | ข้อมูลคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง..... | 126 |
| 6 | แสดงคะแนนความรู้เรื่องโรคต้อหิน ของผู้ป่วยโรคต้อหินกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง..... | 128 |
| 7 | แสดงคะแนนทักษะการใช้ยาหยอดตา ของผู้ป่วยโรคต้อหินกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง | 130 |
| 8 | ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 132 |

สารบัญภาพ

| ภาพที่ | | หน้า |
|--------|--------------------------------------|------|
| 1 | กรอบแนวคิด Health Belief Model | 26 |
| 2 | กรอบแนวคิดการวิจัย..... | 39 |
| 3 | ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย..... | 56 |

สารบัญแผนภูมิ

| แผนภูมิที่ | | หน้า |
|------------|---|------|
| 1 | เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคไตฮินก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... | 62 |

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคต้อหิน (Glaucoma) เป็นโรคเรื้อรังทางตา ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยมีรอยโรคที่เส้นประสาทตา (Optic neuropathy) เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา (Aqueous humor) ทำให้ความดันในลูกตาส่งสูงกว่าปกติ จนทำให้เกิดการทำลายเส้นประสาทตาและมีผลทำให้ลานสายตาผิดปกติ ถ้าไม่ได้รับการรักษา ความดันในลูกตาที่สูงกว่าปกตินี้จะไปกดเส้นประสาทตาทำให้ตามัวลงเรื่อยๆ จนในที่สุดนำมาสู่การสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรได้ (มัญชิมา มะกรวัฒน์, 2553) องค์การอนามัยโลกรายงานว่า โรคต้อหินเป็นสาเหตุที่ทำให้คนตาบอดเป็นอันดับสองรองจากโรคต้อกระจก มีการคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยโรคต้อหินเพิ่มขึ้นจาก 60.5 ล้านคน ในปี ค.ศ.2010 เป็น 79.6 ล้านคนในปี ค.ศ.2020 ปัจจุบันมีคนตาบอดจากโรคต้อหินทั่วโลกแล้ว 4.5 ล้านคน คาดว่าจะเพิ่มขึ้นถึง 11.2 ล้านคนในปี ค.ศ. 2020 (WHO, 2004) เช่นเดียวกับในประเทศไทย จากการสำรวจพบว่ามีประชากรที่เป็นโรคต้อหินมากกว่า 8 แสนคนทั่วประเทศ โดยโรคต้อหินเป็นสาเหตุทำให้ตาบอดคิดเป็นร้อยละ 4.64 รองจากโรคต้อกระจก พยาธิสภาพของโรคต้อหินเมื่อเกิดขึ้นจะคงอยู่ถาวรไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบกับโรคตาที่รักษาไม่ได้ โรคต้อหินจึงเป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งที่ทำให้ตาบอดในกลุ่มของโรคตาที่รักษาไม่ได้

การรักษาโรคต้อหินมีทั้งการรักษาด้วยยา การเลเซอร์ หรือการผ่าตัด (อภิชาติ สิงคาลวณิช, 2552) โดยเป้าหมายในการรักษา คือ การลดความดันในลูกตาให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งปกติค่าความดันในลูกตาไม่ควรเกิน 20 มิลลิเมตรปรอท จึงจะไม่ทำให้เกิดการทำลายของเส้นประสาทตา ค่าความดันในลูกตาในผู้ป่วยแต่ละรายจะไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นกับสภาวะความรุนแรงของโรคต้อหิน การสูญเสียลานสายตาและอายุของผู้ป่วย (มัญชิมา มะกรวัฒน์, 2553) การรักษาโรคต้อหินโดยการให้ยาหยอดตาเพื่อช่วยการระบายออกของน้ำหล่อเลี้ยงในลูกตา เป็นวิธีการรักษาที่แพทย์นิยมเลือกใช้เป็นวิธีแรก เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่ายและปลอดภัย ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษา จึงจะสามารถควบคุมความดันในลูกตาให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Allingham et al., 2011) เมื่อใดที่ให้ยาเต็มที่แล้วยังไม่สามารถควบคุมความดันในลูกตาได้ แพทย์จะพิจารณารักษาโดยการเลเซอร์หรือการผ่าตัด อย่างไรก็ตามภายหลังจากการรักษาด้วยการเลเซอร์หรือการผ่าตัด ผู้ป่วย

ยังต้องหยอดยาไปตลอดชีวิต (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550) ดังนั้น การรักษาโรคต้อหินจึงต้องการความร่วมมือและความเข้าใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก และต้องการการติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ หากขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง อาจจะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรได้ อันจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่เป็นอันมากในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทั้งด้านหน้าที่ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีประสิทธิภาพลดลง มีข้อจำกัดในการขับชี่ยานพาหนะ อาจเกิดอุบัติเหตุหรือพลัดตกหกล้มได้ง่ายกว่าคนปกติ มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทความรับผิดชอบต่อครอบครัวและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม รวมทั้งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Kulkarni, Damji and Buys, 2008) ดังนั้นในการป้องกันการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร ผู้ป่วยโรคต้อหินจำเป็นจะต้องให้ความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ การหยอดยาอย่างสม่ำเสมอ ถูกต้องทั้งจำนวน ขนาด เวลา และถูกวิธี ตามแผนการรักษา เพื่อส่งผลให้การรักษาเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ในการควบคุมความดันในลูกตา (Tsai, 2006) และช่วยชะลอการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรได้ ส่วนการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เป็นการติดตามผลของการรักษา เพื่อประเมินความก้าวหน้าของโรค โดยมีการตรวจติดตามประเมินความดันในลูกตา ประเมินความสามารถในการมองเห็น การตรวจซ้ำประสาทตาและการตรวจวัดลานสายตา จากนั้นแพทย์จะพิจารณาปรับเพิ่ม ลด หรือเปลี่ยนยาให้เหมาะสมกับระดับความดันในลูกตาของผู้ป่วย (Friedman et al., 2009; Tsai et al., 2003; Kulkarni et al. 2008)

ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยในการใช้ยาลดความดันในลูกตาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะช่วยยืดระยะเวลาการดำเนินของโรคไม่ให้แย่งเร็ว และป้องกันการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรได้ แต่จากการศึกษาพบว่ายังมีผู้ป่วยโรคต้อหินจำนวนมากที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา โดยพบว่าอัตราความร่วมมือในการรักษา อยู่ระหว่างร้อยละ 20 - 95 (Olthoff et al., 2005; Schwartz and Quigley 2008; Mansouri et al. 2011; Tsai, 2006) ซึ่งไม่เพียงพอในการป้องกันการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรในผู้ป่วยโรคต้อหิน เนื่องจากการลืมหยอดยาแค่เพียงครั้งเดียวก็ส่งผลทำให้ความดันในลูกตาของผู้ป่วยสูงขึ้น จนทำให้เกิดการกดทับเส้นประสาทตาได้ และถ้าผู้ป่วยลืมหยอดยาบ่อยๆ ก็ส่งผลให้เกิดการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรได้ (อังคณา เมธีไตรรัตน์ และ รจิต ตูจินดา, 2552) ซึ่งอัตราความร่วมมือที่ควรจะเป็น คือผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาร้อยละ 100 เพื่อเป็นการป้องกันอัตราเสี่ยงต่อการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้แก่ ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค รวมทั้งวิธีการที่เหมาะสมในการดูแลตนเองเพื่อการบริหารยา อาการข้างเคียงของยาหรือจากสภาวะของโรค การไม่ทราบถึงความรุนแรงของโรคต้อหิน ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการสูญเสียการ

มองเห็นอย่างถาวร หากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาของ Tsai และคณะ (2003) พบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต้อหิน แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม

ปัจจัยด้านผู้ป่วยประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ความรู้เรื่องโรค และความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านการรักษาประกอบด้วย ความซับซ้อนของการรักษา ราคายา อาการข้างเคียงของยา พบว่าอาการข้างเคียงจากการใช้ยา มีผลต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยา หยอดตาในผู้ป่วยโรคต้อหิน (Taylor et al., 2002 ; Tsai et al., 2003 ; Brannon and Feist, 2007; Budenz, 2009; Kulkarni et al., 2008) เนื่องจากผู้ป่วยทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ เช่น อาการตาแดง แสบเคืองตามาก เป็นต้น และส่วนหนึ่งไม่เห็นความสำคัญของการหยอดยาอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยจึงหยุดการใช้ยาเองเมื่อมีอาการข้างเคียงดังกล่าว ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย Friedman และคณะ (2008) ได้เสนอความคิดเห็นไว้ว่า การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยโรคต้อหินเป็นสิ่งสำคัญ การให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคต้อหิน เน้นให้เห็นความสำคัญในการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตนที่ถูกต้องและผลเสียหากไม่ได้รับการรักษา จะเป็นการช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต้อหิน นอกจากนี้การสื่อสารยังนำมาซึ่งสัมพันธภาพที่ดีและความพึงพอใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยเต็มใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ (Curtis et al., 2009) ส่วนปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย แหล่งประโยชน์ วิถีชีวิต และเหตุการณ์สำคัญในชีวิต พบว่าปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อมนี้ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต้อหินมากที่สุด โดยวิถีชีวิตมีผลอย่างมากในการให้ความร่วมมือในการหยอดยา โดยเฉพาะยาที่ต้องหยอดระหว่างวัน มีรายงานศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ลืมหยอดยาร้อยละ 25.6 ลืมหยอดยาเนื่องจากต้องปฏิบัติงานตลอดเวลา (Kholdebarin et al., 2008)

จากปัจจัยด้านผู้ป่วยในเรื่องความรู้เรื่องโรคและความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่ามีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เชื่อว่า การที่บุคคลจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคหรือลดความรุนแรงของโรค บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตตน การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะมีผลดีต่อตนเองในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ (Rosenstock, 1974)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลในการให้ความร่วมมือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบไปด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค, การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค, การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน นภาพร พรหมคำชาว (2541) ศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินเรื้อรัง ที่มีอายุระหว่าง 15-85 ปี จำนวน 100 ราย พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต่อหินเรื้อรัง และพบว่าพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ การหยุดยาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิชา พรอาทิตย์ (2549) ศึกษาในผู้ป่วยโรคต่อหิน จำนวนตัวอย่าง 159 คน อายุระหว่าง 36 - 83 ปี พบว่าผู้ป่วยโรคต่อหินส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 37.7 และ 32.7 ตามลำดับ ซึ่งอาจเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรเพิ่มขึ้นได้ จากพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ รติพร คำทัง และคณะ (2554) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป พบว่าความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหิน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ไปศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จากกลุ่มตัวอย่าง 200 คน พบว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน, รับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในระดับน้อย มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2.15 และ 3.25 เท่า ของผู้ที่รับรู้ในระดับมาก และผู้สูงอายุที่มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในระดับมาก มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 6.16 เท่า ของผู้ที่รับรู้อุปสรรคในระดับน้อย, สุวิมล เพิ่มพูล (2554) ศึกษาการให้ความรู้เกี่ยวกับวินโรคปอดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวินโรคปอด ศึกษาแบบกลุ่มเดี่ยววัดก่อน-หลังการทดลอง ผลการศึกษาสรุปว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับวินโรคปอดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยวินโรคปอด มีพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการรักษา สม่่าเสมอต่อการรับประทานยามาตรวจและรับยาตามนัด ซึ่งจะนำไปสู่การ

รักษาโรคให้หายขาดได้ และ Kartal and Ozsoy (2006) ศึกษาในระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 352 คน โดยใช้วิธีสัมภาษณ์ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อันได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค/การเกิดภาวะแทรกซ้อน, การรับรู้ความรุนแรงของโรค, การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้อุปสรรคในการรักษา มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมีความเชื่อและทัศนคติอย่างไรต่อการเจ็บป่วย สามารถนำไปสร้างโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานได้

จากงานวิจัยข้างต้นจะเห็นได้ว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในงานวิจัยกันอย่างกว้างขวาง และยังพบว่าเป็นตัวแปรด้านจิตสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินจำนวนมาก แต่งานวิจัยที่เป็นการพัฒนากิจกรรมทางการแพทย์เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต่อหินมีน้อย สำหรับในประเทศไทยพบการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยวัยผู้สูงอายุ แต่เนื่องด้วยบทบาทของวัยผู้สูงอายุกับวัยผู้ใหญ่แตกต่างกัน ในวัยผู้ใหญ่ยังคงต้องปฏิบัติงาน และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ มากกว่าวัยผู้สูงอายุ ดังนั้นโอกาสที่จะพบว่าความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินวัยผู้ใหญ่ยังไม่ได้เท่าที่ควรจึงมีมาก เนื่องจากกิจกรรมในแต่ละวันของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่แตกต่างจากวัยผู้สูงอายุ กิจกรรมทางการแพทย์ที่จะส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่จึงควรจะพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทตามวัยของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินในวัยผู้ใหญ่ โดยการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหินวัยผู้ใหญ่ให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

คำถามการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
2. ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

โรคต่อหิน เป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาดต้องได้รับการหยอดยาเพื่อควบคุมระดับความดันในลูกตาไปตลอดชีวิต จึงมีโอกาที่การรักษาจะไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Schwartz and Quigley, 2008; Hong et al., 2010) ประกอบกับอาการของโรคต่อหินไม่สามารถสังเกตการเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการรักษา ผู้ป่วยจะตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการรักษาต่อเมื่อเส้นประสาทตาถูกทำลายไปมากจนลานสายตาแคบลง ซึ่งอาจจะสายเกินไป เนื่องจากเส้นประสาทตาที่ถูกทำลายไม่สามารถรักษาให้กลับมาดีดังเดิมได้ (Kulkani et al., 2008) ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาทั้งการใช้ยาและการมาตรวจตรงตามนัดทุกครั้งมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพื่อป้องกันการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรของผู้ป่วย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความร่วมมือในการรักษาได้แก่ ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน การไม่ทราบถึงความรุนแรงของโรคต่อหิน ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรได้ ความสำคัญในการใช้ยาหยอดตาอย่างสม่ำเสมอ อาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ในบางรายที่มีการสูญเสียการมองเห็นไปแล้ว ก็ขาดแรงจูงใจในการใช้ยาหยอดตา (Tsai, 2003; Schwartz and Quigley, 2008) ขาดทักษะการใช้ยาที่ถูกต้อง ได้แก่ การหยอดยาตาที่ไม่ถูกต้อง ทั้งจำนวน ขนาด เวลา และวิธีการหยอดตา

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) เชื่อว่า การที่บุคคลใดจะปฏิบัติหรือกระทำการสิ่งใดเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตตน และการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะมีผลดีต่อตนเอง ในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยโรคต่อหินรับรู้ว่าเป็นโรคที่ตนเป็นอยู่เป็นโรคที่อันตราย พยาธิสภาพของโรคส่งผลให้เกิดความพิการคือตาบอดได้ การรับรู้นี้จะทำให้เกิดแรงผลักดันทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น ประกอบกับการลดอุปสรรคในการปฏิบัติในการใช้ยา เช่น การฝึกทักษะที่ทำให้ผู้ป่วย

สามารถใช้ยาหยอดตาได้อย่างถูกวิธี, มีสื่อช่วยเตือนความจำในการใช้ยาหยอดตา ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคต้อหินมีความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดนี้มาพัฒนากิจกรรมบำบัดทางการพยาบาล โดยจัดทำเป็นโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) มีขั้นตอนของโปรแกรม 4 ขั้นตอน ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมมาจากการทบทวนวรรณกรรม ปรับให้สอดคล้องกับองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การส่งเสริมให้รับรู้ความรุนแรงของโรค ความเสี่ยงต่อการเกิดการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร ประโยชน์ของการให้ความร่วมมือในการรักษา และการปฏิบัติเพื่อลดอุปสรรคในการให้ความร่วมมือในการรักษา เนื้อหาข้อมูลที่ให้กับกลุ่มตัวอย่างได้จากการทบทวนวรรณกรรมในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคต้อหิน โดยขั้นตอนทั้ง 4 มีดังนี้

1. ประเมินความพร้อม วิเคราะห์อุปสรรคในการปฏิบัติตัวในปัจจุบัน เพื่อประเมินความพร้อมในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา

2. การให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน ประโยชน์ของการรักษา วิธีการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง อาการข้างเคียงจากการใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติ เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร, รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และรับรู้ประโยชน์ของการให้ความร่วมมือในการรักษา

3. การพัฒนาทักษะการใช้ยาหยอดตา โดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการหยอดยาที่ถูกต้อง การทบทวนชื่อยา ลักษณะขวดยา พร้อมทั้งบอกเวลาในการใช้ ปริมาณการใช้ในแต่ละวัน และการปฏิบัติตัวหลังการหยอดยา เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้ยาได้อย่างมั่นใจว่าปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และให้สื่อช่วยเตือนความจำเวลาในการหยอดยาและวิธีปฏิบัติในการหยอดยา เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติต่อที่บ้านได้ ลดอุปสรรคในเรื่องการใช้ยาไม่ถูกวิธี

4. การติดตามและการกระตุ้นเตือน โดยผู้วิจัยติดตามกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตามคำแนะนำทางโทรศัพท์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างบอกปัญหาและอุปสรรคที่พบ ช่วยให้คำแนะนำและแก้ปัญหาให้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อลดอุปสรรคในการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่าง

สมมติฐานการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
2. ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีนกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีน

ประชากรสำหรับการศึกษานี้ คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ว่าเป็นโรคต่อหีนทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจจักษุกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 คน กลุ่มทดลอง 25 คน โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ตัวแปรตาม คือ ความร่วมมือในการรักษา

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง การปฏิบัติตามคำแนะนำ ตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การให้ยาหยอดตา โดยถูกชนิด ถูกวิธี ปริมาณที่ถูกต้อง และตรงเวลา ตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง โดยประเมินจากแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา

ผู้ป่วยโรคต่อหีน หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 20-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ว่าเป็นโรคต่อหีน รับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุกรรม แผนกผู้ป่วยนอก

โปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคต่อหีน ได้รับความรู้เรื่องโรคต่อหีน รับผิดชอบต่อโรคต่อหีนและโอกาสเสี่ยงในการเกิดการสูญเสียสายตาทันที ประโยชน์ในการให้ความ

ร่วมมือในการรักษาอย่างเคร่งครัด และการจัดการกับอุปสรรคที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ประเมินความพร้อม ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อวิเคราะห์ อุปสรรคในการปฏิบัติตัวในปัจจุบันเพื่อประเมินความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา

2. การให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน ประโยชน์ของการรักษา วิธีการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง อาการข้างเคียงจากการใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติ ชนิดของยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดการสูญเสียสายตาดังกล่าว, รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และรับรู้ประโยชน์ของการให้ความร่วมมือในการรักษา

3. การพัฒนาทักษะการใช้ยาหยอดตา โดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการหยอดยาที่ถูกต้อง การทบทวนชื่อยา ลักษณะขวดยา พร้อมทั้งบอกเวลาในการใช้ ปริมาณการใช้ในแต่ละวัน และการปฏิบัติตัวหลังการหยอดตา เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้อาบน้ำได้อย่างมั่นใจว่าปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และให้สื่อช่วยเตือนความจำและวิธีปฏิบัติในการหยอดตา เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติต่อบ้านได้ ลดอุปสรรคในเรื่องการใช้ยาไม่ถูกวิธี

4. การติดตามและการกระตุ้นเตือน โดยผู้วิจัยติดตามกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตามคำแนะนำทางโทรศัพท์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างบอกปัญหาและอุปสรรคที่พบ ช่วยเหลือคำแนะนำและแก้ปัญหาให้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อลดอุปสรรคในการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์หลังได้รับโปรแกรม รวมทั้งหมด 3 ครั้ง

การพยาบาลปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาล ของพยาบาลประจำการ ห้องตรวจจักษุกรรม แผนกผู้ป่วยนอก ในการให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆในการใช้ยาหยอดตา การมาตรวจตามนัด รวมทั้งให้เอกสารแผ่นพับเรื่องโรคต่อหิน เนื้อหาประกอบด้วย การเกิดโรคต่อหิน ชนิดของโรคต่อหิน อาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง วิธีการรักษา และการดูแลผู้ป่วยโรคต่อหิน ซึ่งเป็นการให้ความรู้โดยทั่วไป โดยไม่ได้เน้นการประเมินความร่วมมือในการรักษา และไม่ได้เน้นการประเมินทักษะการใช้ยาหยอดตาของผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการพยาบาล ที่ส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตหมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น
2. พยาบาลและทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตหมี และประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรค
3. เป็นแนวทางแก่ผู้ศึกษาวิจัย ที่สนใจการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาใช้ในการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการทางการพยาบาล

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมจากหนังสือ เอกสาร วารสาร และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้ป่วยโรคต่อหิน
 - 1.1 คำจำกัดความของโรคต่อหิน
 - 1.2 การจำแนกชนิดของโรคต่อหิน
 - 1.3 การตรวจวินิจฉัยโรคต่อหิน
 - 1.4 การรักษาโรคต่อหิน
2. ความร่วมมือในการรักษา
 - 2.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษา
 - 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน
 - 2.3 การประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน
 - 2.4 บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน
3. แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
4. ข้อเสนอแนะในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน
5. โปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้ป่วยโรคต้อหิน (Glaucoma)

1.1 คำจำกัดความของโรคต้อหิน

โรคต้อหิน เป็นโรคที่มีรอยโรคที่เส้นประสาทตา (Optic neuropathy) เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา (Aqueous humor) ทำให้ความดันในลูกตาสูงกว่าปกติ จนทำให้เกิดการทำลายเส้นประสาทตา และมีผลทำให้สูญเสียลานสายตาร่วมด้วย ถ้าไม่ได้รับการรักษาตาจะมัวลงเรื่อยๆ จนทำให้ตาบอดได้

ความดันในลูกตา (Intraocular pressure หรือ IOP) คือแรงดันของน้ำหล่อเลี้ยงช่องลูกตาด้านหน้า ในลูกตามีการผลิตน้ำหล่อเลี้ยงและมีการระบายน้ำหล่อเลี้ยงออกอย่างสม่ำเสมอตลอดเวลาทางช่องระบายน้ำด้านหน้าของลูกตา การสร้างและการขับออกนี้จะต้องสมดุลกัน ความดันในลูกตาจึงจะปกติ ถ้าเกิดการเสียสมดุล เช่นสร้างมากเกินไป หรือการขับออกน้อยกว่าปกติ จะทำให้ความดันในลูกตาสูงขึ้น โดยทั่วไปค่าความดันในลูกตาไม่ควรเกิน 20 มิลลิเมตรปรอท (มัณชิมา มะกรวัฒน์, 2553) จึงจะไม่ทำให้เกิดการทำลายของเส้นประสาทตา สาเหตุที่พบในโรคต้อหินส่วนใหญ่เกิดจากการขับออกของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตาน้อยกว่าปกติ ทำให้มีการคั่งของน้ำอยู่ภายในลูกตาตาจะแข็งราวกับหิน จึงเรียกว่าต้อหิน ซึ่งจัดว่าเป็นโรคตาที่ร้ายแรง เนื่องจากไม่สามารถรักษาให้กลับมาเห็นดีเหมือนเดิมได้ มักพบในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (สุดารัตน์ ใหญ่สว่าง, 2548)

1.2 การจำแนกชนิดของโรคต้อหิน

การแบ่งชนิดของโรคต้อหินนั้น สามารถแบ่งได้หลายวิธี ที่นิยมในปัจจุบัน คือ การแบ่งตามสาเหตุที่เกิด โดยแบ่งได้ 3 ชนิด ได้แก่

1.2.1 โรคต้อหินปฐมภูมิ (Primary glaucoma) แบ่งได้เป็น 3 ชนิด คือ

1.2.1.1 โรคต้อหินชนิดมุมปิด (Angle-closure glaucoma) เกิดในผู้ป่วยที่มีมุมม่านตาแคบ ซึ่งเป็นลักษณะที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม คนกลุ่มนี้จะมีขอบของม่านตาและเลนส์แก้วตาเบนมาอยู่ชิดกันมาก ทำให้น้ำหล่อเลี้ยงลูกตาไหลผ่านจากช่องหลังม่านตาไปยังช่องหน้าม่านตาได้น้อยลง เป็นเหตุให้ความดันในช่องหลังม่านตาสูงกว่าช่องหน้าม่านตา ความแตกต่างนี้ทำให้ม่านตาส่งริมถูกดันไปข้างหน้ามากขึ้น และความดันที่มากขึ้นนี้จะทำให้มุมม่านตายิ่งแคบลง ส่งผลให้น้ำหล่อเลี้ยงลูกตาระบายได้ไม่ดีความดันในลูกตาก็จะสูง โรคต้อหินชนิดนี้มีทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง ถ้าเป็นแบบเฉียบพลันจะมีอาการปวดตา ปวดศีรษะ ตามัวลงมาก ตาแดง แต่ถ้าเป็นแบบเรื้อรัง จะมีอาการปวดตาดเล็กน้อยหรือปวดมากหรืออาจไม่ปวดเลย ตามัวลงแบบค่อยเป็นค่อยไป หรือมองเห็นสีรุ้งรอบดวงไฟ

1.2.1.2 โรคต้อหินชนิดมุมเปิด (Open-angle glaucoma) เป็นโรคต้อหินชนิดเรื้อรังโดยโรคจะดำเนินไปช้าๆ ไม่มีอาการเจ็บปวดบริเวณตา มักเป็นกับตาทั้ง 2 ข้าง โดยในระยะแรกๆ ไม่มีอาการผิดปกติ ต่อมาระยะหลังเมื่อโรคดำเนินไปมาก เส้นประสาทตาถูกทำลายจนลานสายตาแคบลง และสายตาสายตาอาจผิดปกติ ผู้ป่วยจึงจะสังเกตเห็นและมาพบแพทย์ ปัจจุบันเสี่ยงต่อการเกิด โรคต้อหินชนิดนี้ได้แก่

1.2.1.2.1 อายุ โรคต้อหินชนิดนี้พบในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป แต่จะพบมากในช่วงอายุ มากกว่า 60 ปี

1.2.1.2.2 เชื้อชาติ พบในคนผิวดำมากกว่าคนผิวขาว

1.2.1.2.3 กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีญาติใกล้ชิด บิดา มารดา พี่น้อง เป็นโรคต้อหินชนิดนี้ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคมากกว่าบุคคลอื่นๆ

1.2.1.2.4 ผู้ที่มีความดันในลูกตาสูงกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท

1.2.1.2.5 ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการไหลเวียนเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง

1.2.1.2.6 สายตาสั้นมาก หรือยาวมาก (ไม่ใช่เหตุเนื่องจากอายุ)

1.2.1.3 โรคต้อหินความดันตาปกติ (Normal tension glaucoma) โรคต้อหินชนิดนี้ จะพบในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายกับโรคต้อหินมุมเปิดปฐมภูมิ คือ ไม่มีอาการปวดตา ตรวจตาจะพบว่า มีข้อประสาทตาบวมจากโรคต้อหิน และลานสายตาแคบ แต่ความดันตาน้อยกว่า 21 มิลลิเมตรปรอท

1.2.2 โรคต้อหินทุติยภูมิ (Secondary glaucoma) หมายถึง โรคต้อหินที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีความผิดปกติภายในหรือภายนอกลูกตา ได้แก่ ต้อหินที่เกิดขึ้นเนื่องจากเลนส์ผิดปกติ (disorder of lens) โรคของยูเวีย (disorder of uveal tract) ต้อหินที่เกิดจากอุบัติเหตุต่อตา (ocular trauma) ต้อหินที่เกิดจากก้อนเนื้องอก (intraocular tumor) ต้อหินที่เกิดจากการใช้ยาสเตียรอยด์ (steroid-induced glaucoma) ต้อหินที่เกิดจากการเพิ่มความดันในหลอดเลือดดำ episcleral (increased episcleral venous pressure) ต้อหินที่เกิดจากความผิดปกติของเรตินา กระจกตา และ คอร์ลอยด์ (disorder of retina, vitreous and choroids) และต้อหินที่เกิดภายหลังการผ่าตัด

1.2.3 โรคต้อหินแต่กำเนิด (Congenital glaucoma) พบในเด็กแรกคลอด จนถึงอายุ 3 ปี สาเหตุอาจเกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม หรืออาจเกิดจากสาเหตุอื่น เช่น มารดาเป็นหัดเยอรมันระหว่างตั้งครรภ์ อาการของโรคต้อหินชนิดนี้ คือ น้ำตาไหล ตาสู้แสงไม่ค่อยได้ ลูกตาอาจมีขนาดโตขึ้น ตรวจพบตาดำมีขนาดใหญ่กว่าปกติ กระจกตาขุ่น ถ้าไม่ได้รับการรักษาเด็กจะมองไม่เห็นและตาบอดในที่สุด

1.3 การตรวจวินิจฉัยโรคต้อหิน

การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคต้อหินทำได้โดยการซักประวัติ ร่วมกับการตรวจร่างกายและ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษเพื่อใช้ประกอบในการวินิจฉัยโรคต้อหิน

1.3.1 การซักประวัติ ประกอบด้วย ประวัติโรคทางตาในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วย การได้รับการยิงเลเซอร์ที่ตา ประวัติการใช้ยาต่างๆ โดยเฉพาะยาที่ซื้อใช้เอง ประวัติการแพ้ยา ประวัติตาแดงหรืออักเสบจากการใช้ยา

1.3.2 การตรวจระดับการมองเห็น เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค

1.3.3 การตรวจโดยใช้กล้องขยาย (Slitlamp) แพทย์จะตรวจเพื่อดูรายละเอียดของตา ตั้งแต่เปลือกตา เยื่อตาขาว กระจกตา ช่องลูกตาด้านหน้า ม่านตา เลนส์ เส้นประสาทตา และจอประสาทตา

1.3.4 การวัดความดันในลูกตา ทำได้โดยการใช้เครื่องมือพิเศษ ควรวัดผู้ป่วยทุกรายที่มีอายุมากกว่า 40 ปี

1.3.5 การตรวจวัดมุมตา แพทย์จะใช้เลนส์พิเศษ เป็นกระจกสะท้อนเพื่อดูมุมของช่องระบายน้ำในบริเวณด้านหน้าของลูกตา เพื่อประเมินความสามารถในการระบายน้ำออกจากตา และลักษณะมุมของช่องระบายน้ำ ว่ามีความผิดปกติหรือไม่ หากมุมระบายน้ำแคบอาจส่งผลให้เกิดการระบายน้ำในลูกตาผิดปกติและทำให้ความดันในลูกตาสูง เกิดภาวะต้อหินมุมปิดได้

1.3.6 การตรวจขั้วประสาทตา เป็นการวิเคราะห์ความผิดปกติของขั้วประสาทตา และเส้นประสาทตา ในผู้ป่วยโรคต้อหินจะมีการทำลายของขั้วประสาทตาซึ่งมีผลทำให้เกิดการสูญเสียลานสายตาร่วมด้วย การตรวจขั้วประสาทตาและเส้นประสาทตาจะทราบถึงความผิดปกติ และประเมินความรุนแรงของโรคได้

1.3.7 การตรวจลานสายตา (Visual field) เป็นวิธีการตรวจการมองเห็นของตา แต่ละข้างทั้งบริเวณตรงกลางจตุรภาพ และบริเวณด้านข้าง โดยในคนที่ม่านสายตาทึบตันนั้น ขณะที่จ้องไปที่จุดใดจุดหนึ่งซึ่งเป็นศูนย์กลาง จะยังคงเห็นภาพหรือสิ่งของที่เคลื่อนไหวอยู่บริเวณด้านข้างได้โดยไม่ต้องเหลียวมอง

1.4 การรักษาโรคต้อหิน

การรักษาโรคต้อหินมีหลายวิธี แพทย์ผู้รักษาจะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับชนิดของโรคต้อหิน บางชนิดรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวก็เพียงพอ บางชนิดต้องรักษาด้วยการผ่าตัด หรือเลเซอร์ (อภิชาติ สิงคาลวณิช, 2552) โดยเป้าหมายในการรักษาคือ การลดความดันในลูกตาให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละรายจะไม่เท่ากัน ขึ้นกับสภาวะความรุนแรงของโรคต้อหิน การ

สูญเสียลานสายตา และอายุของผู้ป่วย (มัณชิมา มะกรวัฒน์, 2553) หลักการให้ยาในการรักษาโรคต้อหิน มี 2 ประการคือ ให้ยาเพื่อลดการสร้างน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา และ ให้ยาเพื่อเพิ่มการไหลเวียนน้ำหล่อเลี้ยงลูกตาทางช่องทางระบายน้ำ (trabecular meshwork)

การรักษาโรคต้อหินแบ่งออกเป็น 3 ชนิดคือ การรักษาโดยการให้ยา (medical treatment), การรักษาโดยใช้แสงเลเซอร์ (laser treatment), การรักษาโดยการผ่าตัด (surgical treatment)

1.4.1 การรักษาโดยการให้ยา (medical treatment) เป็นการรักษาที่นิยมมากที่สุด เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่ายและปลอดภัย โดยยาหยอดตาแต่ละชนิดจะมีคุณสมบัติที่แตกต่างกันออกไป แพทย์ผู้รักษาจะพิจารณาเลือกชนิดของยาหยอดตาตามความรุนแรงของโรคต้อหินที่ผู้ป่วยเป็นและความสามารถในการควบคุมความดันในลูกตา ผู้ป่วยบางรายอาจใช้ยาหยอดตาเพียงตัวเดียวก็สามารถควบคุมความดันในลูกตาให้อยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ทำลายขั้วประสาทตาได้ แต่ผู้ป่วยบางรายต้องให้ยาหยอดตาหลายตัวร่วมกัน จึงจะสามารถควบคุมความดันในลูกตาได้ โดยมากผู้ป่วยโรคต้อหินจำเป็นต้องหยอดยาไปตลอดชีวิต จึงเป็นเรื่องยากที่จะได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย (Schwartz and Quigley, 2008) ยาที่ใช้รักษาโรคต้อหิน มี 6 กลุ่ม ได้แก่

(1) กลุ่ม Miotic นิยมใช้มากเนื่องจากรักษาได้ทั้งโรคต้อหินมุมเปิดและโรคต้อหินมุมปิด ยาออกฤทธิ์ทำให้มีการเพิ่มการไหลเวียนออกของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา ผลข้างเคียงของยาพบม่านตาหดตัว ปวดศีรษะ ปวดระหว่างคิ้ว อาจพบต่อกระจกเป็นมากขึ้น สายตาสั้นลง เคยมีรายงานว่าอาจทำให้จอประสาทตาหลุดลอกหรือฉีกขาดได้แต่พบได้น้อย และอาจทำให้มีการหลั่งน้ำลายมากขึ้น การหลังกรดในกระเพาะอาหารสูงขึ้น ปวดเกร็งท้อง

(2) กลุ่ม Sympathomimetic ออกฤทธิ์ทำให้มีการเพิ่มของการไหลเวียนและลดการสร้างของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา ผลข้างเคียงของยาทำให้แสบตา ปวดตาหลังจากหยอดยา เยื่อบุตาขาวอักเสบ คันตา ตาสู้แสงไม่ได้ ปวดศีรษะ ใจสั่น

(3) กลุ่ม Beta-adrenergic Antagonists ลดการสร้างของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา ด้านหน้า ผลข้างเคียงของยาทำให้ อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง มีการเกร็งตัวของหลอดลม ดังนั้นจึงห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคหอบหืด มีอาการตามัว เคืองตา กระจกตาอักเสบได้

(4) กลุ่ม Prostaglandin Analogs ออกฤทธิ์เพิ่มการระบายน้ำออกจากช่องม่านตา ผลข้างเคียงของยาทำให้ขนตาวาวขึ้น ตาสีเข้มขึ้น ม่านตาอักเสบ เยื่อบุตาขาวแดงจากเส้นเลือดที่บริเวณเยื่อบุตาขาวขยายตัว และอาจมีอาการปวดข้อหรือกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ อาการคล้ายคนเป็นหวัด จึงเรียกว่า Flu-like symptoms แต่พบอาการเหล่านี้ได้น้อย

(5) กลุ่ม Carbonic anhydrase inhibitor ฤทธิ์ของยาสามารถลดการสร้างน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา ผลข้างเคียงของยาในรูปยาเกินทำให้ซีมีเศร้า อ่อนเพลีย มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า ท้องอืด เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ท้องเสียได้ ยานี้ห้ามใช้ในคนที่แพ้ Sulfonamide เนื่องจากยาดังนี้เป็น Sulfonamide derivative ส่วนยาในรูปยาหยอด ไม่มีผลข้างเคียงทั่วไปมากนัก อาจพบตาแห้ง ระคายเคืองตา แสบตา หรือขมคอได้

(6) กลุ่ม Hyperosmotic agents ออกฤทธิ์ดึงน้ำออกจากลูกตา ยากลุ่มนี้มักนำมาใช้ในรายที่ต้องการลดความดันในลูกตาอย่างรวดเร็ว และใช้ในระยะสั้น เช่น ผู้ที่เป็นโรคต้อหินมุมปิดเฉียบพลัน ผู้ที่มีความดันในลูกตาสูงมาก ที่มีการทำลายเส้นประสาทตา หรือให้ก่อนการทำผ่าตัดต้อกระจก หรือโรคต้อหินในผู้ที่มีความดันในลูกตาสูง ผลข้างเคียงของยาทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ และอาจมีความผิดปกติของการไหลเวียนของเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานอาจมีผลทำให้เกิดความรุนแรงจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้

1.4.2 การรักษาโดยการยิงแสงเลเซอร์ (Laser treatment) เป็นการรักษาที่ทำได้ง่าย รวดเร็ว ใช้เวลาในการทำประมาณ 15-20 นาที ผู้ป่วยไม่เจ็บ ไม่ต้องฉีดยา ใช้เพียงยาชาหยอดตาดีก่อนการเลเซอร์เท่านั้น ผลข้างเคียงมีน้อย สามารถทำได้ในห้องตรวจโดยไม่ต้องเข้าห้องผ่าตัด แต่ข้อเสียคือค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง การยิงแสงเลเซอร์มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความดันในลูกตาโดยใช้แสงเลเซอร์ยิงบริเวณท่อระบายน้ำหล่อเลี้ยงลูกตาโดยตรง หรือใช้แสงเลเซอร์เจาะรูมุมตาส่วนริม เพื่อทำให้มุมตาเปิดกว้างขึ้น ชนิดของแสงเลเซอร์ที่ใช้มีหลายชนิดแล้วแต่แพทย์จะเลือกรักษาตามอาการและชนิดของโรคต้อหินที่ผู้ป่วยเป็น

1.4.3 การรักษาโดยการผ่าตัด (Surgical treatment) คือ การเจาะช่องระบายน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา ระหว่างภายในลูกตาด้านหน้าเชื่อมต่อกับเยื่อตาขาวบริเวณด้านนอกลูกตาเพื่อลดความดันในลูกตา โดยมากจะทำในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถคุมความดันในลูกตาได้ ด้วยการหยอดยา หรือการหยอดยามีผลข้างเคียง มีอาการของการแพ้ยา ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาหยอดตาได้ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยใช้ยาหยอดตาแล้วยังไม่สามารถควบคุมความดันในลูกตาได้ และมีอาการของโรคต้อหินแย่งแสงต่อการเกิดต้อบอด แพทย์จึงจะพิจารณาผ่าตัดให้ โดยการผ่าตัดโรคต้อหิน มี 2 วิธีใหญ่ๆคือ การเจาะรูระบายน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา เชื่อมกันระหว่างข้างในช่องลูกตากับช่องใต้เยื่อตาขาวบริเวณลูกตาด้านบน เรียกการผ่าตัดนี้ว่า Trabeculectomy และวิธีการวางท่อ (Glaucoma Drainage Device Implant) ที่ผลิตจากสารซิลิโคน หรือ อคริลิค, การวางท่อขนาดเล็ก เข้าไปเชื่อมระหว่างช่องภายในลูกตาและช่องด้านนอกลูกตาเพื่อเพิ่มการระบายน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา เป็นต้น

2. ความร่วมมือในการรักษา

2.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษา

องค์การอนามัยโลก (2003) ให้ความหมายของ “Compliance” ว่าหมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นและเป็นไปภายใต้การให้คำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ในเรื่องของการรักษา ส่วนความหมายของ “Adherence” คือ พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยที่มีอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการใช้ยาตามสั่ง และการปฏิบัติตามคำแนะนำที่สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยพฤติกรรมดังกล่าว ต้องเกิดขึ้นจากการตกลงยินยอมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ จากนิยามดังกล่าวจะเห็นได้ว่า Compliance นั้นผู้ป่วยต้องเป็นผู้ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด โดยผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในปัจจุบันผู้วิจัยส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะใช้คำว่า “Adherence” ซึ่งมีความหมายว่า การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในทุกกระบวนการ มากกว่าคำว่า “Compliance” แต่ทั้งสองคำสามารถใช้แลกเปลี่ยนกันได้ เพื่อบรรยายถึง การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วย (Tsai, 2006, Osterberg and Blaschke, 2005)

Tsai และคณะ (2003) ให้ความหมายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต้อหิน หมายถึง การหยุดยาและหรือการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด ตามแผนการรักษาของแพทย์

Brannon and Feist (2007) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษา หมายถึง การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ได้แก่ การรับฟังคำแนะนำในการรักษา การมาตรวจติดตามผลตามนัดหมาย และการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตให้เข้ากับการรักษา

Schwartz (2005) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษา หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคต้อหินที่ตรงกับคำแนะนำ ของผู้ให้บริการและกระทำอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษา

Schwartz and Quigley (2008) ให้ความหมายว่า ความร่วมมือในการรักษา เป็น พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย ทั้งในเรื่องของการใช้ยาตามสั่งอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การมาตรวจตามแพทย์นัด ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าว ต้องเกิดขึ้นจากความตกลงยินยอมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย

นภาพร พรหมคำชาว (2541) ได้กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรังปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยความเต็มใจ ซึ่งการปฏิบัตินั้น จะต้องถูกต้องในเรื่องของการรับประทานยา การหยุดตา และการมาตรวจตามนัด

เบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษา หมายถึง พฤติกรรมที่กระทำ หรือการปฏิบัติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้องหินตามการรายงานของผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับแผนการรักษาหรือคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล ด้วยความเต็มใจ เพื่อควบคุมไม่ให้อาการของโรคแย่ลงจนถึงขั้นตาบอด ซึ่งพฤติกรรมที่กระทำหรือปฏิบัติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้องหิน ประกอบไปด้วย การหยุดยาและหรือการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด

เดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล (2554) ให้ความหมายความร่วมมือในการรักษา หมายถึง การปฏิบัติที่สอดคล้องกับแผนการรักษาหรือ คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย การหยุดยา และหรือการรับประทานยาถูกต้องตามจำนวน ขนาด เวลา และวิธีการหยุดยา อย่างสม่ำเสมอพร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดจากยา และการมารับการตรวจรักษาตามวัน และเวลาที่กำหนด โดยใช้การประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้องหิน

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง การปฏิบัติตามคำแนะนำตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การใช้ยาหยุดตา โดยถูกชนิด ถูกวิธี ปริมาณที่ถูกต้อง และตรงเวลา ตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง โดยประเมินจากแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา

2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้องหิน

Tsai และคณะ (2003) ได้ศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการให้ความร่วมมือในการรักษา ในผู้ป่วยโรคต้องหิน โดยให้กลุ่มตัวอย่างเขียนบรรยายถึงอุปสรรคต่างๆที่พบ ที่ทำให้ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการรักษาได้อย่างสม่ำเสมอ จากนั้นได้นำมาวิเคราะห์และจำแนกเป็นปัจจัยด้านต่างๆ พบว่าปัจจัยดังกล่าวสามารถแบ่งได้เป็น 4 ด้าน คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม และจากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมสามารถสรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษามีดังนี้

2.2.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย

2.2.1.1 เพศ จากการศึกษานของ Sleath และคณะ (2009) เกี่ยวกับรูปแบบความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคต้องหิน พบว่าปัจจัยทางเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหยุดตาในผู้ป่วยโรคต้องหิน สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร พรหมคำ ชาว (2541) และเบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) ซึ่งพบว่าปัจจัยด้านเพศไม่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Tsai และคณะ (2003) และ Friedman และคณะ (2008) ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโดยในเพศชายมีลักษณะไม่ร่วมมือในการรักษามากกว่าเพศหญิง

2.2.1.2 อายุ จากการศึกษานี้ของ Sleath และคณะ (2009) พบว่าปัจจัยด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหยุดตาในผู้ป่วยโรคต้อหิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร พรหมคำชาว (2541) และเบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) ที่ศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านอายุไม่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต้อหิน แต่การศึกษาของ Kholdebarin และคณะ (2008) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า 80 ปี จะมีความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี ทั้งนี้เนื่องจากข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและการช่วยเหลือตนเอง

2.2.1.3 ระดับการศึกษา Tsai (2006) กล่าวว่า บุคคลที่มีการศึกษาระดับสูงจะมีทักษะในการแสวงหาความรู้ ข้อมูล และซักถามปัญหา มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแผนการรักษา รวมทั้งสามารถใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่า และจากผลการศึกษาของ Kholdebarin และคณะ (2008) ที่ศึกษาความร่วมมือในการหยุดยารักษาโรคต้อหินในผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหยุดยาตาอย่างถูกวิธีในผู้สูงอายุ คือ ระดับการศึกษา โดยในผู้ที่มีการศึกษาน้อยจะหยุดยาไม่ถูกวิธีตามที่บุคลากรทางการแพทย์ได้อธิบายและสาธิตให้ดู ซึ่งขัดกับการศึกษาของ Sleath และคณะ (2009) และเบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน

2.2.1.4 โรคประจำตัว การศึกษาของ เบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) พบว่า โรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Kholdebarin และคณะ (2008) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน จะทำให้การรักษามีความซับซ้อนและยุ่งยากเนื่องจากต้องพบแพทย์หลายคน ได้รับยาหลายตัวทั้งยารับประทานและยาหยุดตา ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความยุ่งยากในการบริหารยาและมีความร่วมมือในการรักษาน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวน้อยกว่า

2.2.2 ปัจจัยด้านการรักษา

2.2.2.1 ความซับซ้อนของการรักษา จากการศึกษานี้ของ Kholdebarin และคณะ (2008) พบว่าผู้ป่วยโรคต้อหินส่วนใหญ่ได้รับยาหยุดตาในการรักษาหลายชนิด จำนวนครั้งในการหยุดบ้วนในแต่ละวัน ทำให้เกิดปัญหาต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับยาหยุดตาวันละ 4 ครั้งต่อวัน จะหยุดเฉลี่ยแค่ 2.6 ครั้งต่อวัน เมื่อมีการปรับเปลี่ยนให้เหลือการหยุดยาเพียง 2 ครั้งต่อวัน ผู้ป่วยจะมีความร่วมมือในการหยุดยาสูงขึ้น โดยส่วนมากผู้ป่วยมักจะลืมหยุดยาดอนเทียมากที่สุด (Taylor, Galbraith and Mill , 2002) ส่วนการศึกษาของ

เบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) พบว่า ปัจจัยด้านการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคต่อหิน

2.2.2.2 อาการข้างเคียงของยา จากการศึกษาของ Taylor และคณะ (2002) การศึกษาของ Tsai และคณะ (2003) และการศึกษาของ Brannon and Feist (2007) พบว่าอาการข้างเคียงจากการใช้ยามีผลต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาหยุดตาในผู้ป่วยโรคต่อหิน เนื่องจากผู้ป่วยทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ เช่น อาการตาแดง แสบเคืองตามาก ผู้ป่วยจึงหยุดการใช้ยาเองเมื่อมีอาการ

2.2.3 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ อาทิ การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วย, การให้ความรู้เรื่องโรค และการสอนสาธิตให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม Friedman และคณะ (2008) ได้เสนอความคิดเห็นไว้ว่า การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยโรคต่อหิน เป็นสิ่งสำคัญ การสื่อสาร การให้ข้อมูลความรู้โรคต่อหิน ความสำคัญในการรักษาต่อเนื่อง การปฏิบัติตนและผลเสียหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง จะเป็นการช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้การสื่อสารยังนำมาซึ่งสัมพันธภาพที่ดีและความพึงพอใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยเต็มใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ (Curtis et al., 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) พบว่าปัจจัยด้านผู้ให้บริการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคต่อหิน

2.2.4 ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม จากแหล่งประโยชน์ วิถีชีวิต และเหตุการณ์สำคัญในชีวิต วิถีชีวิตมีผลอย่างมากในความร่วมมือในการหยุดยา โดยเฉพาะยาที่ต้องหยุดระหว่างวัน จากการศึกษาของ Kholdebarin และคณะ (2008) พบว่าผู้ป่วยที่ลืมหยุดยา มีร้อยละ 25.6 ที่ลืมหยุดยาเนื่องจากต้องปฏิบัติงานตลอดเวลา การศึกษาของ เบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) พบว่า ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคต่อหิน การช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว อาจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมในการให้ความร่วมมือในการรักษาได้ โดยเฉพาะการช่วยเหลือจากคู่สมรส เช่นเดียวกับการศึกษาของ นภาพร พรหมคำชาว (2541) พบว่าการที่ผู้ป่วยโรคต่อหินได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสมาก จะให้ความร่วมมือในการรักษาสูง

2.3 การประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน

การประเมินความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต่อหิน ประเมินได้จากการใช้ยาหยุดตาเพื่อลดความดันในลูกตา และการมาตรวจติดตามผลตามแพทย์นัด ซึ่งการประเมินการใช้ยาของ

ผู้ป่วยนั้นสามารถทำได้หลายวิธี มีความแตกต่างกันตามความยากง่าย สามารถแบ่งเป็น 2 วิธีหลัก ดังนี้ (Osterberg and Blaschke, 2005 ; Sleath et al., 2009)

2.3.1 วิธีวัดโดยตรง (Direct methods) เป็นการวัดระดับยา หรือปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับโดยตรง เป็นการตรวจวัดทางเคมี ซึ่งค่าที่ได้มีความแน่นอน แบ่งออกเป็น

2.3.1.1 วิธีวัดระดับยาในเลือด (Blood level monitoring) เป็นการตรวจวัดระดับความเข้มข้นของยา หรือเมตาบอไลต์ของยาในเลือดหรือในพลาสมา ซึ่งจะบอกถึงขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับเข้าไป วิธีที่นิยมใช้คือ EMIT (Enzyme multiplied immunoassay technique) ข้อจำกัดของวิธีการนี้คือ ยาแต่ละชนิดที่ใช้ในผู้ป่วยแต่ละคน มีค่าของตัวแปรทางเภสัชจลนศาสตร์ที่แตกต่างกัน เป็นวิธีที่ยุ่งยากและไม่สะดวกในการเก็บตัวอย่าง ไม่สามารถทราบเวลาที่ผู้ป่วยใช้ยาได้แน่นอน ค่าใช้จ่ายสูง (ปิยพร สุวรรณโชติ, 2543 อ้างใน เบญจมาศ รอดแผ้วพาล, 2552)

2.3.1.2 การวัดปริมาณของยาในปัสสาวะ (Measurement of urinary excretion) วิธีการนี้ใช้หลักการเดียวกันกับการวัดระดับยาในเลือด แต่วัดหาระดับยาในปัสสาวะ โดยยาหรือการเผาผลาญของยาต้องไม่มีพิษ ไม่ถูกสะสม สามารถขับออกได้ภายใน 6 ชั่วโมง วิธีนี้มีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถบอกความแตกต่างระหว่างการใช้ยามากหรือน้อยกว่าแพทย์สั่งได้ และระบุเวลาที่ผู้ป่วยใช้ยาแน่นอนไม่ได้

2.3.2 วิธีวัดโดยอ้อม (Indirect methods) ประเมินได้จากการหาข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆจากผู้ป่วย หรือผู้ใกล้ชิด แล้วนำมาประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ได้แก่

2.3.2.1 การสัมภาษณ์โดยตรงหรือการใช้แบบสอบถาม (Interview or questionnaire) กับผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วย วิธีนี้สามารถหารายละเอียดเกี่ยวกับปัญหาที่เป็นสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ง่ายและเป็นวิธีที่ใช้บ่อย ค่าใช้จ่ายน้อย สามารถทราบผลได้ทันที แต่มีข้อจำกัด คือ ผู้ป่วยอาจปิดบังความจริง เนื่องจากเกรงว่าจะถูกบุคลากรสุขภาพตำหนิที่ไม่ร่วมมือในการรักษา

2.3.2.2 วิธีนับเม็ดยา (Pill counts) เป็นการนับเม็ดยาที่เหลืออยู่ และคำนวณว่ายาที่หายไปตรงกับจำนวนที่แพทย์สั่งให้ใช้หรือไม่ วิธีการนี้ต้องทำโดยไม่ให้ผู้ป่วยรู้ตัวว่ามีการนับจำนวนเม็ดยา เพราะผู้ป่วยอาจทิ้งยาบางส่วน เมื่อลืมกินยา วิธีการนี้เป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก แต่มีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถบอกได้ว่า ยาที่ใช้ไปนั้นมีการใช้ที่ถูกต้อง ถูกเวลาหรือไม่

2.3.2.3 การวัดผลการรักษาและอาการข้างเคียงของยา (Outcome of therapy and side effect) เป็นวิธีการที่แพทย์ประเมินการรักษาจากค่าพารามิเตอร์ต่างๆที่

เกี่ยวข้อง เช่น ระดับความดันในลูกตาของผู้ป่วยโรคต้อหิน ระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หรือการดูแลของการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาบางชนิด เช่น อาการปากแห้งจากการใช้ยา Anticholinergics เป็นต้น แพทย์จะนำข้อมูลที่ได้มาประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย วิธีนี้มีข้อจำกัด คือ บางครั้งอาการข้างเคียงอาจเกิดจากยาตัวอื่นที่ผู้ป่วยได้รับ แต่ไม่ได้แจ้งแพทย์ ทำให้แพทย์ประเมินผลผิดได้

2.3.2.4 การใช้อุปกรณ์ทางคอมพิวเตอร์ช่วยติดตาม (Computerized compliance monitors) วิธีนี้เป็นวิธีที่น่าเชื่อถือวิธีหนึ่ง โดยมีการใช้ microprocessor ติดไว้ที่ฝาปิดภาชนะบรรจุยา ทุกครั้งที่ผู้ป่วยเปิดภาชนะบรรจุยา จะมีการบันทึกวัน เวลาไว้ โดยคาดว่าจะมีการใช้ยาทุกครั้งที่เปิดภาชนะ ข้อจำกัดคือ อุปกรณ์มีราคาแพง การเปิดฝาภาชนะทุกครั้งอาจจะไม่ได้เกิดจากการใช้ยา ได้ข้อมูลจำนวนครั้งในการใช้ยา แต่ไม่สามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีการใช้ยาที่ถูกต้องหรือไม่

2.3.2.5 การวัดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นการประเมินจากพฤติกรรมที่ผ่านมาของผู้ป่วย เช่น เรื่องการให้ความร่วมมือในการรักษาเล็กน้อยเพียงใด การมารับยา การมาตรวจตรงตามที่แพทย์นัด อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดก็ไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง แต่อาจคาดเดาได้ว่า ผู้ป่วยที่ไม่มาพบแพทย์ตามนัด น่าจะเป็นผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรักษาได้

จากวิธีการต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกันออกไป ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกวิธีประเมินความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต้อหิน โดยการใช้แบบสอบถามที่รับมาจากแบบประเมินความร่วมมือของ เบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) ที่สร้างขึ้นตามข้อคำถามของ Tsai และคณะ (2003) โดยประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาหยอดตา และการมาตรวจรักษาตามนัด

2.4 บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย

โรคต้อหิน

พยาบาลมีบทบาทอย่างมากที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาที่ดีขึ้น จากกรอบทบทวนวรรณกรรม มีการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาที่มีการใช้ยาหยอดตาในผู้ป่วยโรคต้อหินจำนวนหนึ่ง และได้สรุปข้อเสนอแนะในการที่จะเพิ่มระดับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งแนวทางส่วนใหญ่จะเป็นไปในแนวทางเดียวกัน คือ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค ความรุนแรงของโรค แนวทางการรักษา การปรับเปลี่ยนแผนการรักษาและรูปแบบการใช้ยา และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย (Taylor, Galbraith and Mill, 2002;

Olthoff et al., 2005; Blondeau, Esper and Mazerolle, 2007; Budenz, 2009; Hahn et al., 2010; Okeke et al., 2010)

2.4.1 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการรักษา

ความร่วมมือในการรักษามีความสำคัญเป็นอย่างมากในการป้องกันการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรในผู้ป่วยโรคต้อหิน เนื่องจากการรักษาหลักในโรคต้อหิน คือ การใช้ยาหยอดตา ดังนั้น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน การใช้ยาหยอดตา และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วย จะมีส่วนช่วยส่งเสริมการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นอันมาก ผู้ป่วยที่มีความเข้าใจเป็นอย่างดีเกี่ยวกับโรคต้อหินมักจะให้ความร่วมมือในการรักษาที่ดี และใช้ยาหยอดตาอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งจะมีความคาดหวังที่ถูกต้องมากขึ้นในผลการรักษา ความเข้าใจผิดในหลักการและผลการรักษาโรคต้อหิน เป็นสิ่งที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาในระยะยาว เนื่องจากยารักษาโรคต้อหินส่วนใหญ่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และการรักษาไม่สามารถรักษาให้โรคหายขาดได้รวมทั้งไม่สามารถทำให้ประสิทธิภาพการมองเห็นที่เสียหายไปแล้วกลับคืนมาได้ พยาบาลจึงมีบทบาทต้องให้ความรู้ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการใช้ยารักษาโรคต้อหินให้ชัดเจน ตั้งแต่เริ่มต้นและจำเป็นต้องย้ำถึงความสำคัญของการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะอีกด้วย

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษาโรคต้อหินแก่ผู้ป่วยสามารถช่วยลดความวิตกกังวล และลดปัญหาการหยุดยาเองของผู้ป่วยได้ เพราะอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคต้อหินส่วนใหญ่ได้แก่ อาการเคืองและแสบตา ตาแดง ผิวหนังรอบดวงตาล้า มีน้ตาเมื่อมีอาการเหล่านี้ผู้ป่วยก็จะหยุดใช้ยาเอง ถ้าแพทย์หรือพยาบาลให้คำแนะนำและความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าเป็นอาการที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย อัตราการหยุดใช้ยาเองของผู้ป่วยจะลดลง และลดปัญหาการกลับมาพบแพทย์ก่อนกำหนดนัดหมายจากความวิตกกังวลได้

พยาบาลควรสอนวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ไม่ควรคาดหวังว่าผู้ป่วยสามารถหยุดยาเองได้แม้จะเป็นผู้ป่วยเก่าก็ตาม (Taylor et al., 2002) เพราะการขาดประสิทธิภาพในการหยอดยา หยอดไม่ถูกวิธี จำนวนครั้งและเวลาในการหยอดไม่ตรงตามแผนการรักษา เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การรักษาด้วยยาไม่ได้ผล ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถหยุดยาเองได้ เนื่องจากข้อจำกัดทางร่างกาย เช่นมือสั่น ไม่มีแรงบีบขวดยา การมองเห็นไม่ดี พยาบาลต้องสอนญาติหรือผู้ดูแล เกี่ยวกับวิธีการหยอดยาที่ถูกต้อง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล สามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่

(1) ให้ความรู้ด้วยวาจา อาจทำได้ทั้งแบบรายบุคคลหรือรายกลุ่ม เวลาในการให้คำแนะนำ ความรู้ในเรื่องต่างๆไม่ควรนานเกิน เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายได้ง่าย

และจดจำคำแนะนำไม่ได้ทั้งหมด นอกจากนี้ภาษาที่ใช้ควรเป็นคำที่เข้าใจง่าย ไม่ควรใช้คำศัพท์ทางวิชาการ

(2) การใช้เอกสารแผ่นพับหรือสื่อวีดิทัศน์ ช่วยให้ผู้ป่วยจดจำได้ง่ายและสามารถนำไปอ่านทบทวนภายหลังได้ ในกรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ การให้สื่อวีดิทัศน์ก็สามารถช่วยให้ผู้ป่วยดูและฟังการสาธิตการปฏิบัติที่ถูกต้องได้ด้วยตนเอง (Okeke et al., 2010; Blondeau et al., 2007)

2.4.2 การปรับเปลี่ยนแผนการรักษาและรูปแบบการใช้ยา

การปรับเปลี่ยนให้ผู้ป่วยใช้ยาได้ง่ายขึ้นและสะดวกขึ้น โดยให้สอดคล้องกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาที่ดีขึ้นด้วย ในปัจจุบันยาที่ใช้เพียงวันละครั้ง และมีประสิทธิภาพในการลดความดันในลูกตาได้ดี ผลข้างเคียงทางร่างกายน้อย เช่น ยาในกลุ่ม Prostaglandin จึงเป็นที่นิยมอย่างแพร่หลาย อย่างไรก็ตามการเริ่มต้นใช้ยากลุ่มนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการตาแดงหลังการใช้ยาได้ ซึ่งเป็นผลจากตัวยาเอง ไม่ใช่อาการแพ้ยา อาการส่วนใหญ่จะหายไปเองเมื่อใช้ยาไปประมาณ 4-6 สัปดาห์ แต่ก็ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่หยุดใช้ยาเองเนื่องจากทนกับอาการข้างเคียงของยาไม่ไหว (มัญชิมา มะกรวัฒนา, 2553)

2.4.3 สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย

ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญในการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (Taylor et al., 2002) โดยทั่วไปผู้ป่วยจะปฏิบัติตามแพทย์ในทิศทางเดียวกับที่แพทย์ปฏิบัติต่อผู้ป่วย ถ้าแพทย์สามารถทำให้ผู้ป่วยประทับใจและเห็นว่าแพทย์ดูแลเอาใจใส่ดี แสดงความเห็นอกเห็นใจเป็นกันเองกับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเชื่อฟังคำแนะนำของแพทย์เป็นอย่างดีและให้ความสำคัญกับการมาพบแพทย์ตามนัด (Hahn et al., 2010)

ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย พยาบาลควรให้คำแนะนำด้วยท่าทางที่ยินดีและเต็มใจ มีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยถามในสิ่งที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ มีการย้ำในสิ่งที่จำเป็นหรือที่คิดว่าผู้ป่วยอาจจะเข้าใจผิด รวมทั้งแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวอื่นๆที่เหมาะสม การปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการ เป็นการแสดงให้เห็นให้ผู้ใช้บริการได้รับรู้ถึงความเอาใจใส่ดูแลของพยาบาลช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำตามแผนการรักษา

2.4.4 การติดตามและกระตุ้นเตือน

การติดต่อกับผู้ป่วยที่บ้านผ่านทางโทรศัพท์มีการใช้คำเรียกต่าง ๆ กัน เช่น การให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์ (นงเยาว์ ภูริวัฒนกุล และคณะ, 2549) การติดตามทางโทรศัพท์ (รัชนี้

ศรีหิรัญ, 2544) และการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ (วาสนา ชนะพลพัฒน์, 2548) แต่ทั้งหมดมีความหมายเหมือนกัน คือ เป็นการให้คำแนะนำ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง และการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจและสังคม (Shu, Mermina & Nystrom, 1996) หรือเป็นการให้ความรู้ คำแนะนำ ทบทวนแผนการรักษา การนัดหมาย การบริการ และให้ความมั่นใจ รวมทั้งติดตามพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องปฏิบัติเองที่บ้าน สำหรับการวิจัยครั้งนี้การโทรศัพท์ติดตาม หมายถึง การกระตุ้นเตือน การแนะนำ และการให้คำปรึกษา ในการปฏิบัติพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ การใช้ยาหยุดตาเพื่อควบคุมความดันในลูกตา ทั้งนี้การใช้โทรศัพท์เป็นบทบาทที่มีความเป็นอิสระตามขอบเขตของวิชาชีพพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้

การให้ความรู้ทางโทรศัพท์เป็นวิธีการที่นิยมมากในประเทศสหรัฐอเมริกา เนื่องจากค่ารักษาพยาบาลที่แพงขึ้น ทำให้ต้องลดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลให้สั้นลง ทำให้ผู้ป่วยต้องไปพักฟื้นดูแลตนเองที่บ้าน ผู้ป่วยอาจมีปัญหสุขภาพเกิดขึ้นหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การติดตามทางโทรศัพท์ พยาบาลสามารถให้คำแนะนำ และแก้ปัญหาเบื้องต้นให้กับผู้ป่วยได้ สำหรับประเทศไทยการศึกษาที่นำการติดตามทางโทรศัพท์มาใช้ เช่น นวรัตน์ สมเพชร และคณะ (2549) ศึกษาผลการเตือนทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลดอยสะเก็ด จำนวน 62 คน กลุ่มทดลองได้รับการเตือนทางโทรศัพท์จำนวน 4 ครั้ง ในช่วงเวลา 2 เดือน กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการเตือนทางโทรศัพท์ พบว่า ระดับความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุม, รัชณี ศรีหิรัญ (2544) ศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย จำนวน 30 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลหลังจำหน่ายตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง นาน 6 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 12 ครั้ง พบว่า คะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วย จิตเภทกลุ่มทดลอง มากกว่าในระยะก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม

3. แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

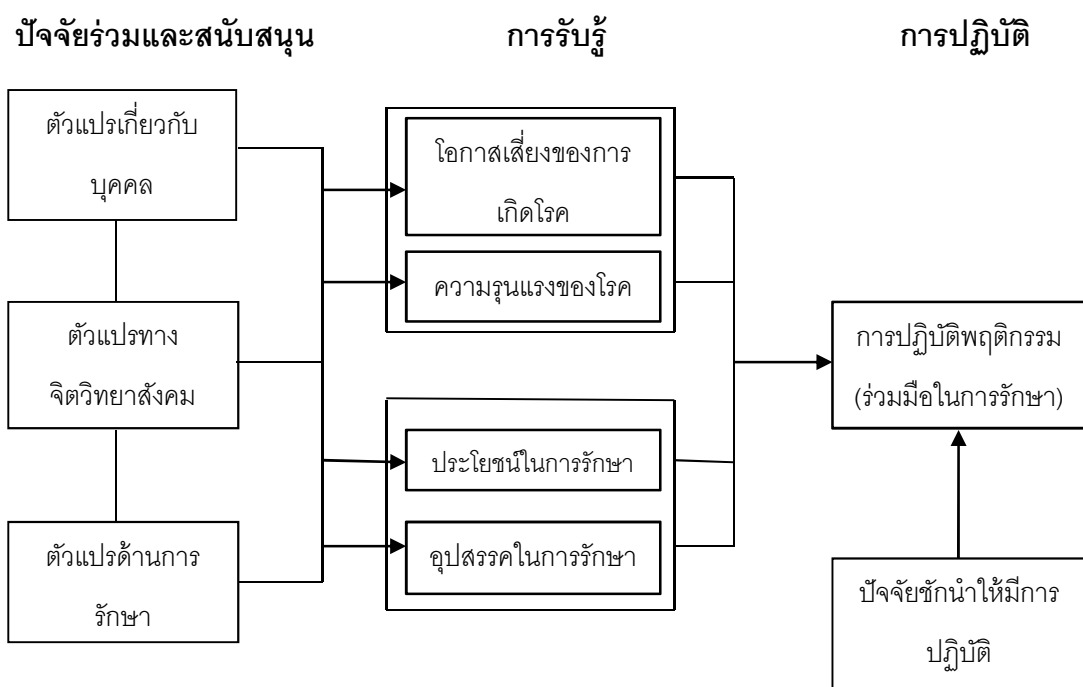
ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความยอมรับ หรือการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา โดยจะชักนำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพตามความคิดและความเข้าใจนั้นๆ (นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553)

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกพัฒนาขึ้นมาระหว่างปี ค.ศ. 1950-1960 โดยนักจิตวิทยา 4 คน คือ Hochbaum, Kegeles, Leventhal และ Rosenstock รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจ

ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม โดยนำมาใช้ครั้งแรกในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) แต่ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย (Responses to symptoms) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (Prescribed medical regimens) และต่อมาได้ถูกนำมาพัฒนาและใช้อธิบายปัญหาในโครงการสาธารณสุขด้วย (Shumaker, Ockene and Riekert, 2009) Rosenstock (1974) ได้พัฒนารูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นมา เพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับบุคคล โดยได้อธิบายแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพว่าบุคคลจะหลีกเลี่ยงหรือป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคได้ขึ้นอยู่กับความรู้ ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับโรคจะส่งผลต่อพฤติกรรมหรือสามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลได้ และบุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตเขา
3. การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคจะให้ผลดีต่อเขาในการช่วยลดโอกาสต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคและไม่ควรมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยา เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บป่วย ความอาย

ดังนั้น Rosenstock (1974) จึงได้สรุปองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรก ประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (Marks, Murray, Evans and Estacio, 2011)



ที่มา : Rosenstock I.M.(1974). The Health Belief Model.In Marks D., Evans., & Estacio E.V, 2011 : 122

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ได้มากน้อยเพียงไรและมีความสัมพันธ์กับการกระทำเพื่อหลีกเลี่ยงต่อภาวะที่เจ็บป่วย มีงานวิจัยที่ได้พิสูจน์ให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความรู้สึกรู้สึกของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค เช่น รติพร คำทัง และคณะ (2554) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยงผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป พบว่าความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหินของกลุ่มตัวอย่าง

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นการรับรู้หรือความเชื่อที่ผู้ป่วยประเมินเอง ถึงผลกระทบของโรคที่มีอันตรายต่อร่างกายทำให้ไม่สุขสบาย ทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะมีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (Vincent,1971. Cite in Brannon and Feist, 2007) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นสิ่งสำคัญ แม้บุคคลจะรับรู้และตระหนักดีว่า ตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค ยังไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติพฤติกรรมได้ บุคคลต้องมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคด้วยว่าส่งผลต่อตนเองอย่างไร เขาจึงจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรค หรือลดความรุนแรงของโรค

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ร่วมกับการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนาและจะหลีกเลี่ยงไป จากการศึกษาของนภาพร พรหมคำชาว (2541) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต่อหินเรื้อรัง

3. การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีปฏิบัติตนให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้น ต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายจากโรคนั้นๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นๆ โดยจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่คิดว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในระดับน้อย มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 3.25 เท่า ของผู้รับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในระดับมาก

4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers) หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคคล ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ เช่นค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวก เป็นต้น ถ้าบุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคสูงอาจเป็นผลก่อให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นได้ยาก จากการศึกษาของปิยนุช เสวภาคย์ (2549) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงในระดับมาก มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 6.16 เท่า ของผู้ที่รับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในระดับน้อย, ชลธิชา พรอาทิตย์ (2549) ศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะเห็นได้ว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวกับการเลือกตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมสุขภาพ ในกรณีผู้ป่วยโรคต่อหีนคือพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ได้แก่การใช้ยาหยุดตาและการมาตรวจตามนัด ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาจัดทำโปรแกรมทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

4. ข้อเสนอแนะในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีน

Budenz (2009) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาโรคต่อหีนโดยการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค และการแสดงให้เห็นความสำคัญของการใช้ยา วิธีการใช้ยา แรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากครอบครัว และจากบุคลากรทางการแพทย์ มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย นอกจากนี้ Budenz (2009) ยังได้แนะนำ แนวปฏิบัติสำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคต่อหีน เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อความไม่ร่วมมือในการรักษา , ลดความยุ่งยากในการรักษา เช่น ลดจำนวนยาที่หยุด เปลี่ยนยาที่มีอาการไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยไปใช้ยาที่มีอาการข้างเคียงน้อยกว่า, ทำความเข้าใจกับความเชื่อเกี่ยวกับโรคต่อหีนของผู้ป่วย และให้ข้อมูลที่ถูกต้อง, ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหีนกับผู้ป่วย โดยให้ซ้ำๆ สม่ำเสมอ ทั้งการบอกกล่าว และการบอกผ่านสื่อ เช่นแผ่นพับ , วิดีทัศน์ โดยปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ในผู้ป่วยที่มีความสามารถในการมองเห็นน้อย อาจไม่เหมาะกับการให้สื่อที่ต้องใช้สายตาในการอ่าน ควรมีการทบทวนยาที่ผู้ป่วยได้รับทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์, แนะนำให้ผู้ปวยนำยาติดตัวโดยตลอดโดยเฉพาะเมื่อไม่ได้อยู่บ้าน, ใช้โทรศัพท์ หรือ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ในการติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย, ให้ผู้ป่วยฝึก

การหยุดยา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ยา ในกรณีผู้ป่วยที่หยุดยาเองไม่ได้ ให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการหยุดยาให้ผู้ป่วยให้ถูกต้อง และสุดท้ายต้องใช้เวลาผู้ป่วยในการพูดคุย สอบถาม และต้องสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

Olthoff , Schouten, Borne and Webers (2005) ศึกษาโดยทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ การให้การรักษาในผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา สรุปเป็นข้อเสนอแนะ ได้ดังนี้

- 1) ทีมสุขภาพต้องตระหนักและให้ความสำคัญกับความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย และต้องมีกระบวนการในการประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย
- 2) ให้ข้อมูล การดำเนินของโรค เช่น การสูญเสียลานสายตา โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการสูญเสียสายตาทันทีอย่างถาวร หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา โดยอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบทุกครั้งเมื่อมาตรวจตามนัด
- 3) ในการสอบถามการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ต้องทบทวนแผนการรักษาทุกครั้ง ให้ผู้ป่วยทราบ และควรให้ผู้ป่วยมีการจดบันทึกการใช้ยา
- 4) ควรให้รูปภาพวิธีการใช้ยา, เครื่องติดตามการใช้ยา (กรณีถ้าสามารถปฏิบัติได้), และตรวจสอบปริมาณยาที่เหลือ หรือการรับยาเพิ่มของผู้ป่วย ให้สอดคล้องกับการนัดตรวจ
- 5) ในผู้ป่วยที่มีการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ ไม่สามารถควบคุมความดันในลูกตาให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ พิจารณาให้การรักษาวิธีอื่น

5. โปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการให้ข้อมูลเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ทั้งนี้ เนื้อหาข้อมูลที่ให้ ได้จากข้อแนะนำในการประเมินและส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน จากทบทวนวรรณกรรม โดยมีรายละเอียดทั้ง 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ประเมินความพร้อม วิเคราะห์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง, อุปสรรคในการปฏิบัติตัวในปัจจุบันเพื่อประเมินความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา
2. การให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน ประโยชน์ของการรักษา วิธีการรักษา โดยใช้สื่อ วิดีทัศน์ เรื่อง “โรคต่อหิน” และข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง อាកอร์ข้างเคียงจากการใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลผ่านสื่อภาพนิ่ง คอมพิวเตอร์ โดยมีเนื้อหาที่กระชับ เฉพาะเจาะจง เข้าใจง่าย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม

และประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ ของกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะ เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร, รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และรับรู้ประโยชน์ของการให้ความร่วมมือในการรักษา โดยการให้ข้อมูลเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 3-5 คน พร้อมทั้งให้ “คู่มือประจำตัวผู้ป่วยโรคต้อหิน” ที่ระบุชนิดของยาที่ได้รับ ตารางการใช้ยาและให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกการใช้ยาตามเวลา บันทึกวิธีปฏิบัติในการหยอดยา และ “สติ๊กเกอร์ตารางการหยอดยา” เพื่อเป็นตัวช่วยเตือนความจำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ลืมหยอดยา โดยแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างติดในจุดที่เห็นชัด และเป็นจุดที่กลุ่มตัวอย่างต้องเห็นทุกวัน

3. การพัฒนาทักษะการใช้ยาหยอดตา โดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้อง การทบทวนชื่อยา ลักษณะขวดยา พร้อมทั้งบอกเวลาในการใช้ ปริมาณการใช้ในแต่ละวัน อาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้นได้ และการปฏิบัติตัวหลังการหยอดยา โดยการฝึกทักษะดังนี้

3.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแสดงวิธีการใช้ยาหยอดตา ที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติขณะอยู่ที่บ้านโดยใช้น้ำตาเทียม (Opil tear) ซึ่งมีลักษณะขวดบรรจุยาที่คล้ายกับขวดยาหยอดตาโรคต้อหินมากที่สุดและไม่มีผลข้างเคียงจากการใช้ในปริมาณมาก (Ritch et al., 2003) สาธิตการหยอดยาให้ผู้วิจัยประเมินความถูกต้อง

3.2 ผู้วิจัยสาธิตให้กลุ่มตัวอย่างดู (demonstrate) พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างดูขั้นตอนตามโปสเตอร์รูปภาพขั้นตอนการใช้ยาหยอดตา สอบถามความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติจนมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

3.3 ให้กลุ่มตัวอย่างแสดงวิธีการใช้ยาหยอดตาให้ผู้วิจัยประเมินอีกครั้ง (Re-demonstrate) จนกว่าจะผ่านเกณฑ์ประเมินทักษะการใช้ยาหยอดตา 100 %

การสาธิตให้กลุ่มตัวอย่างดูและให้กลุ่มตัวอย่างลองฝึกปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้ยาหยอดตาได้อย่างมั่นใจว่าปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ส่วนสมุดบันทึกวิธีปฏิบัติในการหยอดยาและโปสเตอร์รูปภาพการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้อง เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามที่บ้านได้ ลดอุปสรรคในเรื่องการใช้ยาไม่ถูกต้อง

4. การติดตาม การกระตุ้นเตือน โดยผู้วิจัยติดตามกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตามคำแนะนำทางโทรศัพท์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างบอกปัญหาและอุปสรรคที่พบ ช่วยให้คำแนะนำและแก้ปัญหาให้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อลดอุปสรรคในการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์หลังได้รับโปรแกรม รวมทั้งหมด 3 ครั้ง

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ งานวิจัยเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต่อหิน และงานวิจัยที่นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต่อหินและโรคเรื้อรังอื่นๆ

6.1 งานวิจัยเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต่อหิน มีดังนี้

ชนิษฐา คุณสว่วง (2544) ศึกษาผลการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อความรู้เรื่องโรค และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินปฐมภูมิซึมเปิด ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 51 ราย โดยใช้แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรค และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีความรู้เรื่องโรค และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง

ศุภวรรณ พิมพีใจใส (2548) ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค สำหรับส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการตาบอดในผู้ป่วยโรคต่อหิน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคต่อหิน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเรื่อง ความรู้เรื่องโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอด ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันตาบอด ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันตาบอด พฤติกรรมการหยอดยา และวิธีการหยอดยา ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนค่าความดันในลูกตาในกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญ

เบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม กับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินจำนวน 150 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคต่อหินและรักษาด้วยการใช้ยาลดความดันในลูกตา และรับการรักษามาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน ผลการวิจัยสรุปได้ว่าความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคต่อหินอยู่ในระดับสูง, เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา โรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา, ปัจจัยด้านการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรักษา, ปัจจัยด้านผู้ให้บริการมีความสัมพันธ์ทาง

บวกในระดับต่ำกับความร่วมมือในการรักษา และปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรักษา

เดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหิน ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่าง 40 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยใช้แนวคิด Information-Motivation-Behavioral skills Model of Adherence ดำเนินการทดลองโดยนักกลุ่มทดลองมาให้ความรู้ เป็นกลุ่ม ในเรื่องโรคต่อหิน ประโยชน์ในการให้ความร่วมมือในการรักษา ข้อปฏิบัติในการหยอดยา สอนทักษะในการหยอดยาและอภิปรายกลุ่มเพื่อค้นหาแรงจูงใจในการให้ความร่วมมือในการรักษา ให้คู่มือการปฏิบัติตัวกับผู้ป่วย และอุปกรณ์ช่วยในการหยอดยา จากนั้นผู้วิจัยมีการเยี่ยมบ้านสลับกับการโทรศัพท์ติดตามในทุกสัปดาห์ เพื่อกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างร่วมมือในการรักษา โดยเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง โทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้ง และประเมินผลในสัปดาห์ที่ 5 ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหินหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($p < .05$) และความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหินกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($p < .05$)

Taylor, Galbraith, Mill (2002) ศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคต่อหินไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา สรุปได้ว่า ผู้ป่วยลืมหยอดยา โดยเฉพาะยาที่ต้องใช้ ระหว่างวัน เนื่องจากต้องปฏิบัติงาน, ส่วนหนึ่งตอบไม่ได้ว่าทำไมไม่หยอดยาตามแผน การรักษา ทั้งๆที่รู้ว่าจำเป็น, ไม่หยอดยาเนื่องจากผลข้างเคียงของยา เช่น แสบตา ปวดศีรษะ, ผู้ป่วยอยากรักษาวิธีใหม่ที่ไม่ต้องใช้ยาหยอดตา และการวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะว่า ทีมสุขภาพมีส่วนในการทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา โดยทีมสุขภาพควรปฏิบัติดังนี้ คือ สอนวิธีการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้อง อย่าคิดว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เนื่องจากปฏิบัติอยู่แล้ว ควรสอนผู้ป่วยเป็นขั้นตอน และมีการสาธิตให้ดู บอกผู้ป่วยถึงความจำเป็นในการทิ้งระยะห่างของยาแต่ละตัว ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเมื่อใช้ยา เช่น อาการข้างเคียงจากการใช้ยา ต้องสอบถามทุกครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยบางรายจะไม่แจ้งให้ทราบถ้าไม่ได้สอบถาม ผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษาโรคต่อหิน ฉะนั้นต้องอธิบายทุกครั้งเมื่อมียาตัวใหม่ๆเพื่อเป็นทางเลือกในการรักษา รวมทั้งการเลเซอร์หรือการผ่าตัด สุดท้ายควรทำตารางเวลาในการหยอดยา จำนวนการใช้ยา เทคนิค ผลข้างเคียง ให้ผู้ป่วยทราบ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพที่ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาที่ดี

Ritch, Jamal, Liebmann (2003) ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการหยอดยาในผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มีข้อจำกัดในการมองเห็น เพื่อเพิ่มความถูกต้องแม่นยำในการหยอดยาด้วยตนเอง ในกลุ่มตัวอย่าง 200 คน โดยการให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตวิธีการหยอดยาที่ปฏิบัติอยู่ที่บ้าน ด้วยน้ำตาเทียม บันทึกเวลาในการหยอดยาแต่ละหยด จำนวนหยดที่بيبจากขวด และตำแหน่งที่ยาหยดลง บนหน้าหรือลงดวงตา หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำและสาธิตการหยอดยาตาแต่ละชั้นต่อน และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติจนเกิดความชำนาญ จากนั้นวัดซ้ำอีกครั้ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการหยอดยาน้อยลง อัตราเฉลี่ยจำนวนหยดที่بيبจากขวดลดลง และความแม่นยำของตำแหน่งยาที่หยดลงในดวงตาเพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้นและประเมินว่าจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษา

Tsai et al. (2003) ศึกษาปัญหาอุปสรรคที่เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา โดยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา หมายถึง การหยอดยา/การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 48 คน ให้ตอบแบบสอบถามที่เป็นคำถามปลายเปิด โดยกลุ่มตัวอย่างเขียนตอบ บอกถึงเหตุการณ์ในแต่ละวันที่เป็นอุปสรรคต่อการหยอดยา แล้วนำผลมาจัดเป็นหมวดหมู่ ได้ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา 4 ด้าน คือ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม พบว่าปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อมนี้ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต้อหินมากที่สุด โดยวิธีชีวิตมีผลอย่างมากในการให้ความร่วมมือในการหยอดยา โดยเฉพาะยาที่ต้องหยอดระหว่างวัน กลุ่มตัวอย่างมักลืมหยอดยา เนื่องจากมีกิจกรรมต้องปฏิบัติอยู่ตลอดเวลา

Olthoff, Schouten, Borne, Webers (2005) ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยทบทวนจากงานวิจัย 29 เรื่อง พบว่า อัตราความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน อยู่ระหว่างร้อยละ 5 ถึง ร้อยละ 80 ที่มีสุขภาพดีมีการประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยน้อย หรือไม่มีการประเมินเลย การประเมินไม่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละคนที่มีความแตกต่างกัน และหลายการวิจัยมีผลพบว่าการให้ความรู้เรื่องโรคต้อหินกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มการวินิจฉัย และการให้ยาสม่ำเสมอจะเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย และการให้ความรู้ร่วมกับวิธีการป้องกันการใช้ยา จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือที่ดีได้

Kholdebarin, Campbell, Jin, Buys (2008) ศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 500 คน โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ใช้เกณฑ์การให้ความหมายการไม่ร่วมมือในการรักษา คือการลืมหยอดยาน้อย 1 ครั้งในรอบสัปดาห์ และหรือการไม่สามารถอธิบายการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย ไม่ให้ความร่วมมือ

ในการใช้ยา ร้อยละ 27.9 ลืมหยอดยาร้อยละ 25.6 ไม่สามารถอธิบายการใช้ยาของตนเองได้ร้อยละ 4.2 หยอดยามืดข้าง ร้อยละ 6.8 ทำปากขวดยาปนเปื้อน ร้อยละ 28.8 แสดงการหยอดยาไม่ถูกวิธี ร้อยละ 33.8 และข้อมูลยังพบว่าผู้มีอายุมากกว่า 60 ปี จะมีปัญหาในการใช้ยาเนื่องจากสภาพร่างกาย ส่วนผู้ที่ได้รับการรักษามานานกว่า 5 ปี จะมีความร่วมมือในการรักษาที่ดี

Juliette et al. (2008) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน ความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคต้อหิน และความต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับโรคต้อหิน กับความร่วมมือในการรักษา ของผู้ป่วยโรคต้อหิน จำนวน 166 คน จากการศึกษาพบว่าระดับการศึกษา ไม่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน แต่การมีความรู้เรื่องโรคต้อหินและการรู้วิธีการรักษาโรคต้อหิน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา ดังนั้นวิธีการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ต้องให้คำแนะนำผู้ป่วยให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหินและวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

Okeke et al. (2009) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต้อหิน จำนวน 66 คน คัดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการประเมินจากการพูดคุย, สังเกตและตรวจสอบประวัติการรักษาของผู้ป่วย ผู้ที่มีคะแนนความร่วมมือในการรักษาต่ำกว่าร้อยละ 75 ได้รับการสุ่มเข้าเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคต้อหิน ความสำคัญของการใช้ยาหยอดตาอย่างสม่ำเสมอ และการจัดบันทึกการใช้ยาในสมุดบันทึกเพื่อป้องกันการลืม รวมทั้งการช่วยเตือนความจำในการหยอดตาจากครอบครัว โดยเปิดวิดีโอทัศน์ให้ดู 10 นาที จากนั้นพยาบาลจะเป็นผู้สอนสาธิตการหยอดตาที่ถูกวิธี และพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างถึงอุปสรรคในการใช้ยาหยอดตาของแต่ละคน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และช่วยกันแก้ปัญหา มีการติดตามทางโทรศัพท์จากทีมสุขภาพเพื่อกระตุ้นเตือนการหยอดตาและสอบถามพฤติกรรมกรการหยอดตา สอบถามความยุ่งยากในการใช้ยาหยอดตา อาการข้างเคียงจากการใช้ยาและปัญหาต่างๆ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำถึงความสำคัญของการใช้ยาหยอดตาอย่างเดียว เมื่อครบระยะเวลาการทดลอง 3 เดือนพบว่ากลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการรักษามากกว่ากลุ่มควบคุม

Regnault, Danten, Gilet, Berdeaux (2010) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีความร่วมมือในการรักษาที่ดี กับกลุ่มที่ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการรักษา จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวม 113 คน โดยให้ตอบแบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน วิธีการรักษาโรคต้อหินที่ได้รับ ความพึงพอใจต่อการบริการของทีมสุขภาพ ทักษะคิดต่อโรคต้อหิน และการรับรู้ความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษาที่ได้รับ พบว่ากลุ่มที่ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการรักษามีความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน

การรับรู้วิธีการรักษาที่ได้รับ และความพึงพอใจในบริการของทีมนุภาพ ต่ำกว่ากลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการรักษาดี, กลุ่มที่ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการรักษามีทัศนคติต่อโรคต่อหินไม่ดี ไม่รู้ประโยชน์ของการให้ความร่วมมือในการรักษา คิดว่าการรักษาไม่ทำให้อาการของโรคดีขึ้นและรู้สึกว่าการรักษายุ่งยากซับซ้อน

Mansouri, Iliev, Rohrer, Shaarawy (2011) ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้เรื่อง โรคต่อหินต่อความร่วมมือในการรักษา โดยให้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมตนเอง โดยการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 200 คน ในโรงพยาบาลตติยภูมิในประเทศสวีเดน วัดความไม่ร่วมมือโดยให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง ถ้าขาดยา 2 ครั้งใน 1 สัปดาห์ ถือว่าขาดความร่วมมือในการรักษา จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 81 รายงานว่ามีความร่วมมือในการรักษาดี สาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษา พบว่าจากการลืมหยอดยามากที่สุด ร้อยละ 63 แม้ว่า ร้อยละ 90.5 ของผู้ป่วยเชื่อว่าการหยอดยามีความจำเป็น ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน และวิธีการบริหารยา ฉะนั้นทีมนุภาพควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน และบอกถึงความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการรักษาตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเริ่มเป็นโรคต่อหิน

6.2 งานวิจัยที่นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ ในการศึกษาความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วย

นภาพร พรหมคำซาว (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ ซึ่งประกอบด้วยความพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา ปัจจัยร่วมและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา โดยผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการรักษาจากพฤติกรรมการหยอดยาและการมาตรวจตามนัด ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีความจำเป็นสำหรับการรักษาโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน โดยกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ผลการวิจัยพบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป, การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด, การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ($r = .5643$, $r = .5175$, $r = .3532$ และ $r = .5878$ ตามลำดับ)

ชลธิชา พรอาทิตย์ (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน โดยศึกษาความสัมพันธ์ทางปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน จำนวนตัวอย่าง 159 คน อายุตั้งแต่ 36 – 83 ปี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางชีวสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

โรคต่อหิน ได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้ในครอบครัว , ปัจจัยภายในตัวบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ได้แก่ เจตคติต่อการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง , ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง 200 คน ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยา โดยผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระดับน้อย มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2.15 เท่า ของผู้ที่รับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระดับมาก, ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในระดับน้อย มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 3.25 เท่า ของผู้ที่รับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในระดับมาก และผู้สูงอายุที่มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในระดับมาก มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 6.16 เท่า ของผู้ที่รับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในระดับน้อย

รติพร คำทัง, นันทวัน สุวรรณรูป, นริศ กิจฉกรงค์, นันทิยา วัฒมา (2554) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารและพฤติกรรมกำบังโรคต่อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการทางด้านสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกำบังโรคต่อหิน และความรู้เรื่องโรคต่อหินในระดับปานกลาง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อหินในระดับมาก ,การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหินในระดับน้อย และความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำบังโรคต่อหินอย่างมีนัยสำคัญ

วัลลยา ทองน้อย (2554) ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางด้านสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 74 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 37 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการบรรยายประกอบวีดิทัศน์ การสาธิต การให้แรงสนับสนุนทางด้านสังคมโดยการแจกเอกสารแผ่นพับ การเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ

อาสาสมัครสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังครบระยะเวลาของโปรแกรม 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุม ศรัณยา เพิ่มศิลป์ (2554) ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรม การบรรยายประกอบวีดิทัศน์ ภาพพลิก เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนร่วมกับการอภิปรายกลุ่มในสัปดาห์แรก สัปดาห์ที่ 2 สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยใช้ตัวแบบการอภิปรายและการสาธิต สัปดาห์ที่ 3 สร้างการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 4 ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายร่วมกับการทำความสะอาดเท้า และนวดเท้า ส่วนสัปดาห์ที่ 5-10 ติดตามกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ เมื่อครบระยะเวลาดำเนินการ 10 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมระดับน้ำตาล มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น และมีระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ลดลง

สุวิมล เพิ่มพูน (2554) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกวัณโรค จำนวน 18 คน ทำการศึกษาแบบกลุ่มเดี่ยววัดก่อนและหลังการทดลอง โดยการให้โปรแกรมความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดเป็นรายบุคคล ทั้งหมด 3 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 2 เดือน ผลการศึกษานี้สรุปได้ว่าโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคปอด มีพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาสม่ำเสมอต่อการรับประทานยา การมาตรวจและรับยาตามนัด อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งจะนำไปสู่การรักษาโรคให้หายขาดได้

Kartal and Ozsoy (2006) ศึกษาระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 จำนวน 352 คน โดยใช้วิธีสัมภาษณ์ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อันได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค/ การเกิดภาวะแทรกซ้อน, การรับรู้ความรุนแรงของโรค, การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้อุปสรรคในการรักษา มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมีความเชื่อและทัศนคติอย่างไรต่อการเจ็บป่วย สามารถนำไปสร้างโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า โรคต่อหินจัดเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร แต่อย่างไรก็ตามพบว่าสามารถชะลอการสูญเสียการมองเห็นได้ถ้าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา ทั้งนี้วิธีการรักษามีทั้งการใช้ยาลดความดันในลูกตา การใช้แสงเลเซอร์ และการผ่าตัด ในการรักษาเบื้องต้นจักษุแพทย์จะให้การรักษาโดยใช้ยา เพื่อควบคุมระดับความดันในลูกตาเป็นหลัก ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินจึงมีความจำเป็น และจากการวิจัยที่ผ่านมาทำให้เราทราบปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย และการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ ส่งผลให้เพิ่มระดับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยทั้งในผู้ป่วยโรคต่อหินและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาพัฒนากิจกรรมบำบัดทางการพยาบาล ในการให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น แม้การวิจัยนี้จะมีความคล้ายคลึงกับการวิจัยของ เดือนเพ็ญ ตั่งเมตตาคิจิตตกุล (2554) ในการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต่อหินเช่นเดียวกัน แต่ของเดือนเพ็ญ ตั่งเมตตาคิจิตตกุล (2554) ทำในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ส่วนการวิจัยในครั้งนี้ทำในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใหญ่ ซึ่งกิจวัตรประจำวันจะแตกต่างกับผู้สูงอายุ และวัยผู้ใหญ่ยังเป็นวัยที่ต้องปฏิบัติงาน ทำให้มีโอกาสที่จะขาดความร่วมมือในการรักษาได้ง่าย เนื่องจากต้องปฏิบัติงาน (Kholdebarin et al., 2008) และเนื่องจากโปรแกรมของ เดือนเพ็ญ ตั่งเมตตาคิจิตตกุล (2554) จะมีการกระตุ้นเตือนโดยการโทรศัพท์และเยี่ยมบ้าน ซึ่งการเยี่ยมบ้านอาจจะประยุกต์ใช้ได้โรงพยาบาลชุมชน แต่ไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้กับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีบุคลากรจำกัด ไม่สามารถที่จะไปติดตามเยี่ยมบ้านได้ ผู้วิจัยจึงเลือกการติดตามทางโทรศัพท์เพียงอย่างเดียว และส่งเสริม สนับสนุนความร่วมมือในการใช้ยาโดยการให้สื่อ “สติ๊กเกอร์ตารางการหยอดยา” เพื่อเตือนความจำให้กลุ่มตัวอย่างหยอดยาตามเวลา ตามแผนการรักษา ติดตามบริเวณที่สามารถเห็นได้ชัด และให้สื่อ “โปสเตอร์วิธีปฏิบัติในการใช้ยาหยอดตา” เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทบทวนได้ตลอดเวลาเมื่อไรก็ได้เมื่อต้องหยอดยา และสมุดบันทึกขั้นตอนการปฏิบัติในการใช้ยาหยอดตาเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนด้วยว่าตนเองปฏิบัติขั้นตอนได้ครบถ้วนและถูกต้อง รวมทั้งบันทึกเวลาการหยอดยาจริงในแต่ละวัน เพื่อเป็นการช่วยเตือนการหยอดยาให้กับกลุ่มตัวอย่างอีกทางหนึ่ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มระดับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน โดยแสดงได้ดังกรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1. **ประเมินความพร้อม** ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ วิเคราะห์อุปสรรคในการปฏิบัติตัวในปัจจุบัน เพื่อประเมินความพร้อมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา
2. **การให้ข้อมูล** ให้ข้อมูลเป็นรายกลุ่มย่อย 3-5 คน เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคต่อหิน รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดการสูญเสียสายตาอย่างถาวร, รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และรับรู้ประโยชน์ของการให้ความร่วมมือในการรักษา โดย
 - 2.1 ให้ข้อมูลเรื่อง “โรคต่อหิน” เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน ประโยชน์ของการรักษา วิธีการรักษา และการป้องกันการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรจากโรคต่อหิน
 - 2.2 ให้ข้อมูลการใช้ยาที่ถูกต้อง อาการข้างเคียงจากการใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติ ชนิดของยาและวิธีปฏิบัติในการใช้ยา
3. **การพัฒนาทักษะการใช้ยาหยอดตา** เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้ยาได้อย่างมั่นใจว่าปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และให้สื่อช่วยเตือนความจำวิธีปฏิบัติในการหยอดตา ลดอุปสรรคในเรื่องการใช้ยาไม่ถูกวิธีโดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการหยอดตาที่ถูกต้อง การทบทวนชื่อยา ลักษณะขวดยา เวลาในการใช้ ปริมาณการใช้ และการปฏิบัติตัวหลังการหยอดตา
4. **การติดตามและการกระตุ้นเตือน** โดยผู้วิจัยติดตามกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตามคำแนะนำทางโทรศัพท์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างบอกปัญหาและอุปสรรคที่พบ ช่วยให้คำแนะนำ และแก้ปัญหาให้กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อลดอุปสรรคในการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ ทุกสัปดาห์ หลังได้รับโปรแกรม รวมทั้งหมด 3 ครั้ง

ความร่วมมือในการรักษา

- พฤติกรรมการใช้ยาหยอดตา
- การมาตรวจตามนัด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และเพื่อศึกษาเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยมีรูปแบบการวิจัยดังแผนภาพ ดังนี้

| | | | |
|-------------|----------------|---|----------------|
| กลุ่มทดลอง | O ₁ | X | O ₂ |
| กลุ่มควบคุม | O ₃ | | O ₄ |

X หมายถึง โปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

O₁ หมายถึง ระดับความร่วมมือของผู้ป่วยโรคต่อหินก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

O₂ หมายถึง ระดับความร่วมมือของผู้ป่วยโรคต่อหินหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

O₃ หมายถึง ระดับความร่วมมือของผู้ป่วยโรคต่อหินก่อนได้รับการพยาบาลปกติ

O₄ หมายถึง ระดับความร่วมมือของผู้ป่วยโรคต่อหินหลังได้รับการพยาบาลปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคต่อหินวัยผู้ใหญ่ อายุตั้งแต่ 20-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อหิน รับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุกรรม แผนกผู้ป่วยนอก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคต่อหินวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 20-59 ปี รับการตรวจรักษาห้องตรวจจักษุกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ว่าเป็นโรคต่อหิน รับการรักษาด้วยการใช้ยาหยอดตามาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน

2. มีปัญหาใช้ยาไม่ต่อเนื่อง ได้แก่ ลืมใช้ยาหยุดตาโรคต้อหินและหรือใช้ยาไม่ตรงเวลา อย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ ได้ข้อมูลจากการซักประวัติผู้ป่วยย้อนหลังภายใน 2 เดือน และ/หรือเคยมีประวัติไม่มาตรวจตามแพทย์นัด โดยดูจากแฟ้มประวัติและซักถามผู้ป่วยย้อนหลังภายใน 1 ปี

3. สามารถติดต่อสื่อสารได้ดี ไม่มีข้อจำกัดในการได้ยิน การมองเห็นไม่เป็นอุปสรรคในการอ่านหนังสือ

4. มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อเพื่อติดตามและกระตุ้นเตือนได้

6. ยินดีเข้าร่วมการทำวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Burn & Grove, 2009) โดยผู้วิจัยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ยอมรับได้ คือ 80% ระดับนัยสำคัญที่ .05 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ 0.5 เปิดตารางอำนาจทดสอบ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 22 คน และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหาย ผู้วิจัยจึงเก็บตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน รวมเป็น 50 คน ผู้วิจัยจับคู่ (Matched pair) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ให้คล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็นโรคต้อหิน และจำนวนของยาหยุดตาโรคต้อหิน (ดังแสดงในตารางที่ 5 ภาคผนวก ข หน้า 124) เนื่องจากเพศ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโรคต้อหิน โดยในเพศหญิงมีลักษณะความร่วมมือในการรักษามากกว่าเพศชาย (Friedman et al., 2008) อายุ แตกต่างกันไม่เกิน 10 ปี โดยพบว่าผู้ที่มีอายุมากขึ้นมีความเสื่อมถอยด้านร่างกาย และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา, มีการศึกษาพบว่าบุคคลที่มีการศึกษาระดับสูงจะมีทักษะในการแสวงหาความรู้ ข้อมูล และซักถามปัญหาเกี่ยวกับโรค มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแผนการรักษา รวมทั้งสามารถใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่า (Tsai, 2006) และจากการศึกษาความร่วมมือในการหยุดยารักษาโรคต้อหินในผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหยุดยาตาอย่างถูกวิธีในผู้สูงอายุ คือ ระดับการศึกษา โดยในผู้ที่มีการศึกษาน้อยจะหยุดยาไม่ถูกวิธีตามที่บุคลากรทางการแพทย์ได้อธิบายและสาธิตให้ดู (Khodebarin et al., 2008) , ระยะเวลาของการเป็นโรคต้อหินแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี (Khodebarin et al., 2008) และจำนวนของยาหยุดตาโรคต้อหินแตกต่างกันไม่เกิน 1 ชนิด เนื่องจากผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีจำนวนยาหยุดตาน้อยกว่า จะมีความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีการใช้ยาหลายชนิด (Robin and Grover, 2011)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 1.2 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา

ชุดที่ 2 เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

- 2.1 วิดีทัศน์ เรื่อง “โรคต่อหิน”
- 2.2 แผนการสอน เรื่อง “ ทำอย่างไร..ห่างไกลตาบอด”
- 2.3 สื่อภาพนิ่งคอมพิวเตอร์ (power point) เรื่อง “ ทำอย่างไร..ห่างไกลตาบอด”
- 2.4 คู่มือประจำตัวผู้ป่วยโรคต่อหิน (บันทึกการใช้ยาและตรวจสอบทักษะการใช้ยาตามขั้นตอน)

- 2.5 โปสเตอร์ภาพขั้นตอนการหยอดยาตา
- 2.6 สติกเกอร์ตารางการหยอดยา

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

- 3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน
- 3.2 แบบประเมินทักษะการใช้ยาหยอดตา

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุดดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว จำนวนการรักษาโรคประจำตัว ระยะเวลาการเป็นโรคต่อหิน และจำนวนของการรักษาโรคต่อหิน

2. แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ซึ่งผู้วิจัยปรับมาจาก แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาของ เบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรหยอดยาที่ถูกต้องตามจำนวน เวลา ขนาด และวิธีการหยอด รวมถึงการมาตรวจตามนัด ซึ่งได้สร้างแบบสอบถามตามข้อคำถามของ Tsai และคณะ (2003) มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.82 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 โดยผู้วิจัยได้นำข้อคำถามมาปรับให้กระชับและระบุเวลาในการปฏิบัติในการหยอดยาให้เห็นชัดเจน เช่น หลังการหยอดยาต้องหลับตาพัก 3-5 นาที จากเดิมไม่ได้ระบุเวลา ตัดข้อคำถามที่ประเมินความร่วมมือได้ยาก ได้แก่ ข้อ

คำถาม “ยาหยอดตาที่แพทย์ให้มักจะหมดก่อนถึงวันนัด” เนื่องจากการแปลผล อาจแปลได้ว่าถ้า ยาหมดก่อนถึงวันนัดแสดงว่าผู้ป่วยมีการใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง แต่สาเหตุจริงๆผู้ป่วยอาจหยอด ยาหกออกนอกตาได้ ซึ่งทั้ง 2 กรณี สามารถประเมินได้จากข้อคำถาม “ท่านใช้ยาแต่ละครั้งมากกว่า 1 หยดเนื่องจากยาไม่หยดลงตา” และข้อคำถาม “ท่านเพิ่มจำนวนหยดยาที่ใช้ด้วยตนเอง” ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตัดข้อคำถามนี้เพื่อลดการซ้ำซ้อนและเพิ่มข้อคำถามวิธีการหยอดยาที่ถูกต้อง ได้แก่ การใช้ นิ้วกดตรงหัวตาหลังจากหยอดยาเพื่อลดอาการแทรกซ้อนทางร่างกายจากยาหยอดตา ดังนั้น ข้อคำถามในแบบประเมินความร่วมมือในการรักษายังคงมี 15 ข้อ โดยข้อคำถามมีทั้งข้อคำถามเชิง บวกและข้อคำถามเชิงลบ โดยข้อคำถามเชิงบวกได้แก่ข้อ 4, 9, 10, 12, 13, 14, 15 ข้อคำถามเชิง ลบได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 11 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

| | | |
|-----------|---------|---|
| เป็นประจำ | หมายถึง | ทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา |
| บ่อยครั้ง | หมายถึง | ทำกิจกรรมนั้น โดยเฉลี่ย 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์ |
| บางครั้ง | หมายถึง | ทำกิจกรรมนั้น โดยเฉลี่ย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ |
| น้อยครั้ง | หมายถึง | ไม่ทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่ ทำเฉลี่ย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ |
| ไม่เลย | หมายถึง | ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลยในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา |

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน ดังนี้

| | | | |
|-----------|----------|---|-------|
| เป็นประจำ | ให้คะแนน | 5 | คะแนน |
| บ่อยครั้ง | ให้คะแนน | 4 | คะแนน |
| บางครั้ง | ให้คะแนน | 3 | คะแนน |
| น้อยครั้ง | ให้คะแนน | 2 | คะแนน |
| ไม่เลย | ให้คะแนน | 1 | คะแนน |

ข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนนในทางตรงข้าม ดังนี้

| | | | |
|-----------|----------|---|-------|
| เป็นประจำ | ให้คะแนน | 1 | คะแนน |
| บ่อยครั้ง | ให้คะแนน | 2 | คะแนน |
| บางครั้ง | ให้คะแนน | 3 | คะแนน |
| น้อยครั้ง | ให้คะแนน | 4 | คะแนน |
| ไม่เลย | ให้คะแนน | 5 | คะแนน |

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

พิสัยของคะแนนรวมมีค่า 15-75 คะแนน แบ่งระดับ (Class interval) ได้ดังนี้
สูตร Class interval (Best, 1970 อ้างใน สมหมาย คชนาม, 2552)

$$\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Class number}} = \frac{75 - 15}{3} = 20$$

คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความร่วมมือในการรักษาสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความร่วมมือในการรักษาต่ำ ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งระดับความร่วมมือในการรักษาเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ฉะนั้นจะได้ช่วงคะแนนแต่ละช่วงห่างกัน 20 คะแนน ดังนี้

| ช่วงคะแนน | ระดับความร่วมมือในการรักษา |
|-----------|----------------------------|
| 15 – 35 | ระดับต่ำ |
| 36 – 56 | ระดับปานกลาง |
| 57 – 75 | ระดับสูง |

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้ง 2 ชุด ให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมและความครอบคลุมของข้อคำถาม แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคต่อหิน จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคต่อหิน จำนวน 2 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคต่อหิน จำนวน 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1 คน

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 2 ชุด ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ที่ยอมรับได้ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 (Polit and Beck, 2008) ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา พบว่า แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีค่า CVI เท่ากับ 1 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา มีค่า CVI เท่ากับ .93 โดยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ทรงคุณวุฒิ เสนอแนะให้ มีการระบุตัวอย่างอาชีพในแบบสอบถาม เพื่อสะดวกในการลงข้อมูล

และข้อมูลบางอย่างที่ไม่มีผลต่อการวิเคราะห์ให้ตัดออก เช่น อายุ ให้ระบุเป็นปี เป็นต้น ส่วนแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ได้ปรับปรุงการใช้ภาษาให้เข้าใจง่าย ระยะเวลาให้ชัดเจนเพื่อกลุ่มตัวอย่างจะได้ประเมินได้ถูกต้อง

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ที่ได้รับการปรับปรุงแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่แผนกจักษุกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 20 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) โดยใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้ มากกว่าหรือเท่ากับ 0.7 (Burns and Grove, 2009) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .78 (ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในภาคผนวก ข หน้า 132)

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Rosenstock (1974) เน้นหาประกอบด้วย การส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตาบอด, การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรค, การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนสื่อต่างๆ เพื่อลดอุปสรรคในการปฏิบัติในการร่วมมือในการรักษา ได้แก่ การหยอดยาและการมาตรวจตามนัด โดยเนื้อหาข้อเสนอแนะในการประเมินและส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาแนวคิดและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวปฏิบัติต่างๆ ในการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต่อหินทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อนำแนวคิดและแนวปฏิบัติมาใช้ในการกำหนดเนื้อหาสาระของโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

2. สร้างโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยโปรแกรมมีการจัดกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประเมินความพร้อม 2) การให้ข้อมูล 3) การพัฒนาทักษะการใช้ยาหยอดตา 4) การติดตาม การกระตุ้นเตือน

3. สื่อการสอน ประกอบด้วย

- 3.1 วิดีทัศน์ เรื่อง “โรคต่อหิน” มีความยาว 11 นาที ผู้วิจัยได้สื่อมาจากโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน ประโยชน์ของการรักษา วิธีการรักษา และการป้องกันการสูญเสียสายตาอย่างถาวรจากโรคต่อหิน

3.2 แผนการสอน และสื่อภาพนิ่งจากคอมพิวเตอร์ประกอบการสอน เรื่อง “ ทำอย่างไร..ห่างไกลตาบอด” เนื้อหาประกอบด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง ทั้งวิธีการหยอด จำนวนหยอดยา เวลาในการหยอดยาแต่ละชนิด และการปฏิบัติเมื่อหยอดยาเสร็จ เพื่อป้องกันอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่จะเกิดต่อระบบร่างกาย การสังเกตอาการผิดปกติ และชนิดของยาที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนได้รับ

3.3 คู่มือประจำตัวผู้ป่วยและแผนพับความรู้เรื่องโรคต้อหิน เนื้อหาประกอบด้วย ชื่อยาหยอดตาที่ผู้ป่วยได้รับ การปฏิบัติในการหยอดยาที่ถูกต้อง ตารางบันทึกข้อมูลผลความดันในลูกตาและค่าสายตา ตารางบันทึกการใช้ยาในแต่ละวัน และตารางการนัดหมายของแพทย์

3.4 สื่อช่วยเตือนความจำในการหยอดยา “สติ๊กเกอร์ตารางการหยอดยา” เพื่อเป็นตัวช่วยเตือนความจำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ลืมหยอดยา โดยแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างติดในจุดที่เห็นชัด และเป็นจุดที่กลุ่มตัวอย่างต้องเห็นทุกวัน เช่น หัวเตียงนอน ประตูตู้เย็น หรือโต๊ะทำงาน

3.5 สื่อช่วยเตือนความจำขั้นตอนการใช้ยาหยอดตา “โปสเตอร์ขั้นตอนการหยอดตา” เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติวิธีการหยอดยาได้ถูกต้องตามขั้นตอน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ดำเนินการทดลอง ให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมและความครอบคลุมของข้อคำถาม แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง เหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม และความเหมาะสมของสื่อต่างๆที่จะให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคต้อหิน จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคต้อหิน จำนวน 2 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคต้อหิน จำนวน 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการสอนส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1 คน

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จากข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อเสนอแนะเพื่อปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือ ดังนี้

- 1) ปรับตัวหนังสือในคู่มือผู้ป่วย ให้มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างอ่านได้ชัดเจน
- 2) ปรับลดเนื้อหาในแผนพับเรื่องโรคต้อหินให้น้อยลง และตัวหนังสือใหญ่ขึ้น เพื่อให้อ่านได้สะดวกและไม่น่าเบื่อเกินไป

3) ผู้วิจัยทำสถิติเกอ์ตารางการหยอดยาสีต่างๆ ทั้งหมด 5 สี ไปทดลองให้ผู้ป่วยโรคต้อหินจำนวน 15 ราย (ก่อนการทดลอง) เลือกว่าสีไหนที่กระตุ้นให้มองเห็นได้อย่างชัดเจน และสามารถเห็นชื่อยาในตารางได้อย่างชัดเจน แล้วจึงจัดทำสถิติเกอ์สีที่ผู้ป่วยเลือกมากที่สุด มาใช้ในโปรแกรม

4) โปสเตอร์ขั้นตอนการหยอดยา ผู้วิจัยได้แก้ไขโดย ทำแถบที่ปิดชื่อยาในภาพตัวอย่าง เพื่อป้องกันการเข้าใจผิดว่าเป็นการโฆษณาและมีผลประโยชน์กับบริษัทฯ จากนั้นนำไปทดลองให้ผู้ป่วยโรคต้อหินดู ซึ่งผู้ป่วยประเมินว่าสามารถมองเห็นขั้นตอนได้ชัดเจน

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

1. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนนจะให้คะแนนข้อละ 1 คะแนน หากตอบคำถามได้ถูกต้อง และเกณฑ์การประเมินคะแนนผ่าน คือ ได้มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหินในระดับสูง เป็นผู้ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง

2. แบบประเมินทักษะการใช้ยาหยอดตา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นการประเมินทักษะด้านการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้อง ขณะอยู่โรงพยาบาลประเมินโดยผู้วิจัย เมื่อกลับไปบ้านประเมินโดยกลุ่มตัวอย่างเอง โดยประเมินตาม ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็น ปฏิบัติ หรือ ไม่ปฏิบัติ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกลงใน “สมุดประจำตัว” เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าปฏิบัติให้ 1 คะแนน ,ไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์ประเมิน คือ

ปฏิบัติ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาหยอดตาอย่างถูกวิธี

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาหยอดตาไม่ถูกวิธี

การประเมินคะแนนผ่าน คือ ได้เท่ากับ ร้อยละ 100 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีทักษะการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้อง เป็นผู้ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ซึ่งประกอบด้วย แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหินและแบบประเมินทักษะการใช้ยาหยอดตา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคต้อหิน 1 คน

อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการวิจัย 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคไต 2 คน โดยกำหนดค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ที่ยอมรับได้ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 (Polit and Beck, 2008)

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือกำกับการทดลอง สรุปผลได้ดังนี้ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไต มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .93 มีข้อเสนอแนะคือให้ตัดข้อคำถามที่ยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจนออก ได้แก่ คำถามที่ระบุว่าผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคไตมากกว่าคนปกติ และแบบประเมินทักษะการใช้ยาหยอดตา มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 มีข้อเสนอแนะให้เพิ่มระยะเวลาในการจดหัวข้อจากที่ไม่ระบุ ระบุเป็น 1 นาที

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไต นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร Kuder Richardson-20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุกรรม ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยมีขั้นตอนดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการทดลอง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

ระยะที่ 3 ระยะหลังการทดลอง

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการทดลอง

1. เตรียมความพร้อมผู้วิจัย โดยการ ทบทวนความรู้เรื่องโรคไต จากหนังสือและการทบทวนวรรณกรรม ทำแผนการสอนและฝึกสอนตามแผนการสอน, ดูงานระบบบริการผู้ป่วยจักษุกรรมที่โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เพื่อหาแนวคิดใหม่ ๆ มาประยุกต์ใช้

2. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สื่อการสอน และสื่อที่จะให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อสนับสนุนความร่วมมือในการรักษา

3. ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอความเห็นชอบให้เก็บข้อมูลวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หลังจากได้รับอนุมัติให้

ดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

4. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติ จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้วิจัยนำหนังสืออนุมัติ ยื่นเสนอแก่หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และหัวหน้าหอผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอกจักษุกรรม เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

5. ก่อนการทดลอง 1 วัน ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากทะเบียนประวัติผู้ป่วยตามรายชื่อที่แพทย์นัดตรวจ

6. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการเก็บและรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบตามจำนวน คือ 25 คน หลังจากนั้น จึงจะเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองอีก 25 คน โดยจับคู่ (Matched pair) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ให้คล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ, อายุ แตกต่างกันไม่เกิน 10 ปี, ระดับการศึกษา, ระยะเวลาของการเป็นโรคต้อหินแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และจำนวนของยาหยอดตาโรคต้อหินแตกต่างกันไม่เกิน 1 ชนิด

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตั้งแต่วันที่ 18 กรกฎาคม พ.ศ.2556 ถึงวันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2556 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. กลุ่มตัวอย่างที่มารับการตรวจตามนัดที่คลินิกโรคต้อหิน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลส่วนตัว และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา

3. ผู้วิจัยแนะนำการใช้ยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ และให้แผ่นพับความรู้เรื่อง “โรคต่อหิน” แก่กลุ่มตัวอย่าง แจกให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า จะได้รับการพยาบาลปกติจากพยาบาลประจำการ และนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในอีก 4 สัปดาห์ เพื่อประเมินความร่วมมือในการรักษาจากแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา จากนั้นส่งกลุ่มตัวอย่างพบแพทย์ตามนัด

กลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่างที่มารับการตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาประมาณ 90 นาที และเพื่อไม่เป็นการรบกวนเวลาของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้ช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างรอพบแพทย์ โดยปกติผู้ป่วยจะมาก่อนเวลานัดตั้งแต่เช้า แต่คลินิกตรวจโรคต่อหินจะมีในช่วงบ่าย ทำให้กลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นอย่างดี ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตามโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว แจกวัสดุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (5 นาที)

2. ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคต่อหิน และแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา (10 นาที)

3. ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ตามโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มย่อย 3-5 คน ดังนี้

กิจกรรมที่ 1. ประเมินความพร้อม เพื่อวิเคราะห์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง, อุปสรรคในการปฏิบัติตัวในปัจจุบัน เพื่อประเมินความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นตั้งเป้าหมายร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา (10 นาที)

กิจกรรมที่ 2. การให้ข้อมูล (20-25 นาที) ให้ข้อมูล เรื่อง “โรคต่อหิน” โดยการเปิด วิดีทัศน์ให้ดู (11 นาที) เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน ประโยชน์ของการรักษา วิธีการรักษา และการป้องกันการสูญเสียสายตาจากโรคต่อหิน จากนั้นผู้วิจัย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง อาการข้างเคียงจากการใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติ ชนิดของยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับโดยใช้สื่อภาพนิ่งจากคอมพิวเตอร์ (10-15 นาที)

กิจกรรมที่ 3. การพัฒนาทักษะการใช้ยาหยอดตา (30-40 นาที) ฝึกทักษะการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้อง การทบทวนชื่อยา ลักษณะขวดยา พร้อมทั้งบอกเวลาในการใช้ ปริมาณการใช้ในแต่ละวัน และการปฏิบัติตัวหลังการหยอดยา โดยการปฏิบัติดังนี้

- 1) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแสดงวิธีการใช้ยาหยอดตา ที่ปฏิบัติ ณ ปัจจุบัน และผู้วิจัยประเมินทักษะการใช้ยาหยอดตาของกลุ่มตัวอย่าง
- 2) ผู้วิจัยสาธิตให้กลุ่มตัวอย่างดู พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างดูขั้นตอนตามโปสเตอร์รูปภาพขั้นตอนการใช้ยาหยอดตา
- 3) ให้กลุ่มตัวอย่างแสดงวิธีการใช้ยาหยอดตาให้ผู้วิจัยประเมินอีกครั้ง จนกว่าจะผ่านเกณฑ์ประเมินทักษะการใช้ยาหยอดตา 100 %

ผู้วิจัยประเมินความรู้กลุ่มตัวอย่างหลังให้ข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคต้อหิน นัยต้อหิน การตรวจวัดความดันตาและกระตุ้นเตือน เมื่อครบ 1 สัปดาห์

ภายหลังการดำเนินกิจกรรมที่ 1-3 ซึ่งเป็นขั้นตอนการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน ข้อมูลเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา และการฝึกปฏิบัติการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้อง พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจ และให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี จากการซักถามและจากแบบประเมินความรู้ ความร่วมมือในการรักษา และทักษะการใช้ยาหยอดตาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน ความร่วมมือในการรักษาและทักษะในการใช้ยาหยอดตาที่ยังไม่ถูกต้อง ภายหลังการให้ความรู้และฝึกทักษะในการใช้ยาหยอดตา กลุ่มตัวอย่างทุกคนผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง โดยประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหินผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ส่วนทักษะการใช้ยาหยอดตาหลังประเมินรอบแรกมีคนยังไม่ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลองคือต้องผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 อยู่ 5 คน ผู้วิจัยได้สาธิตและให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกปฏิบัติซ้ำ และประเมินจนผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง (ผลการประเมินความรู้และทักษะดังตารางในภาคผนวก ข หน้า 128-130)

กิจกรรมที่ 4 การติดตาม การกระตุ้นเตือน โดยผู้วิจัยติดตามกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตามคำแนะนำทางโทรศัพท์

การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1 เมื่อครบการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 1 ใช้เวลา 15-20 นาที

- 1) ผู้วิจัยแนะนำตัวเองและสอบถามความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างก่อนพูดคุย

2) ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหिनในเรื่องความรุนแรงของโรคที่เสี่ยงต่อการสูญเสีย หากไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และประโยชน์ในการให้ความร่วมมือในการรักษา

3) ชักถามการใช้ยาหยอดตา ว่าปฏิบัติได้ตามแผนการรักษาทุกครั้งหรือไม่ และมีปัญหาในการปฏิบัติหรือไม่ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างบอกเล่า ชักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งช่วยแก้ปัญหาในกรณีมีปัญหา ชมเชยและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างหากปฏิบัติได้ตามแผนการรักษา

4) กระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญของการใช้ยาอย่างเข้มงวดตามแผนการรักษาและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่เข้มงวดในการใช้ยา

5) สอบถามการบันทึกการใช้ยาและขั้นตอนปฏิบัติถูกต้องหรือไม่ สามารถปฏิบัติตามรูปขั้นตอนการหยอดยาในโปสเตอร์หรือไม่ ในการปฏิบัติสามารถบันทึกได้ทุกครั้งหรือไม่ และ “สติ๊กเกอร์ตารางการหยอดยา” สามารถช่วยเตือนให้กลุ่มตัวอย่างไม่ลืมหยอดยาได้หรือไม่

6) นัดหมายการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ครั้งต่อไป อีก 1 สัปดาห์

จากการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง บางคนมีปัญหาจากอาการข้างเคียงของยาหยอดตา โดยเฉพาะคนที่เพิ่งได้รับการเปลี่ยนชนิดของยาหยอดตา อาการที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ แสบตา ตาแดง ตาสู้แสงไม่ค่อยได้ ซึ่งอาการไม่รุนแรง และกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดีว่าเป็นอาการปกติของยาหยอดตารักษาโรคต่อหिनและรับรู้ถึงประโยชน์ของการให้ความร่วมมือในการใช้ยาเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 คน ยังมีลืมหยอดยา แต่พอเห็นสื่อเตือนความจำคือ สติ๊กเกอร์ตารางการหยอดยาซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะติดไว้หน้าตู้เย็นและแช่ยาหยอดตาไว้ในตู้เย็น เมื่อเห็นสติ๊กเกอร์ทำให้กลุ่มตัวอย่างนึกได้ว่าต้องหยอดยา และจากการต้องบันทึกการใช้ยาหยอดตาทุกวัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้ยาได้ครบแต่ยังไม่ตรงเวลาเดียวกันในทุกๆวัน ส่วนทักษะการใช้ยาหยอดตากลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองได้ 100 % เนื่องจากขณะหยอดยา กลุ่มตัวอย่างได้ดูโปสเตอร์ขั้นตอนการหยอดยาและปฏิบัติตามทุกครั้งที่ยอดยา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้กล่าวขอบคุณที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างใช้ยาได้ถูกต้องและสม่ำเสมอมากขึ้น และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกกลัวการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรมากขึ้นจากเดิมที่คิดว่าตนเองไม่น่าจะมีความเสี่ยงมากเพราะสายตายังเห็นดีอยู่

การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2 เมื่อครบการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 2 ใช้เวลา 10-15 นาที โดยผู้วิจัยชักถามการใช้ยาหยอดตา ปัญหาในการปฏิบัติ และชักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งช่วยแก้ปัญหากระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างใช้ยาอย่างเข้มงวดตามแผนการรักษา และย้ำความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นถ้าไม่เข้มงวดในการใช้ยา สอบถามการบันทึกการใช้ยา และการหลงลืมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง

ในการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาหยอดตาแต่ไม่เป็นอุปสรรคในการใช้ยา เพราะกลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์และความจำเป็นของการใช้ยาหยอดตา กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอทุกวัน แต่บางคนยังหยอดยาไม่ตรงเวลา

การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 3 เมื่อครบการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 3 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 3 ใช้เวลา 5-10 นาที โดยซักถามการใช้ยาหยอดตา ปัญหาในการปฏิบัติ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งช่วยแก้ปัญหากรณีกลุ่มตัวอย่างมีปัญหา ชมเชยและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างหากปฏิบัติได้ตามแผนการรักษา กระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างใช้ยาอย่างเข้มงวดตามแผนการรักษา และนัดหมายการประเมินผลความร่วมมือในการรักษาเมื่อครบสัปดาห์ที่ 4

ในการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาหยอดตาแต่ไม่เป็นอุปสรรคในการใช้ยา กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอเกือบทุกคนมีกลุ่มตัวอย่างเพียงคนเดียวที่ต้องเดินทางไปทำงานต่างจังหวัดแล้วลืมนำยาหยอดตาติดตัวไป แต่กลุ่มตัวอย่างนำคู่มือประจำตัวผู้ป่วยโรคต้อหินติดตัวไปด้วย จึงได้แวะไปโรงพยาบาลใกล้ๆ แล้วนำคู่มือให้แพทย์ดูเพื่อขอซื้อยา เนื่องจากต้องทำงานที่ต่างจังหวัดหลายวันเกรงว่าถ้าไม่ได้หยอดยาแล้วตนเองจะมีความดันในลูกตาสูงขึ้นมาก ซึ่งแพทย์ได้จ่ายยาให้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับยาหยอดตาอย่างต่อเนื่อง ในเรื่องการบันทึกการใช้ยาหยอดตาและการประเมินทักษะการใช้ยาหยอดตา กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้บันทึกทุกวัน แต่ยังมีบางคนหยอดยาไม่ตรงเวลาอยู่บ้างเนื่องจากต้องเดินทาง แต่ได้รับการหยอดยาครบจำนวนครั้งตามแผนการรักษา

ระยะที่ 3 ระยะหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 4) ผู้วิจัยประเมินผลการทดลอง ดำเนินตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมตามนัด และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา (Post-test)

2. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง “โรคต้อหิน” โดยการเปิด วิดีทัศน์ให้ดู เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน ประโยชน์ของการรักษา วิธีการรักษา และการป้องกันการสูญเสียสายตาดาวจากโรคต้อหิน จากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง อาการข้างเคียงจากการใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติ และสาธิตวิธีการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้อง พร้อมทั้งให้สื่อช่วยเตือนความจำได้แก่ “สติ๊กเกอร์ตารางการหยอดยา” “โปสเตอร์ขั้นตอนการใช้ยาหยอดตา” พร้อมคู่มือประจำตัวผู้ป่วย

3. ผู้วิจัยแจ้งกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงการสิ้นสุดการวิจัย พร้อมแสดงความขอบคุณ
4. นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

ทางสถิติ

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองตามนัด และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา (Post-test)

2. ผู้วิจัยแจ้งกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงการสิ้นสุดการวิจัย พร้อมแสดงความขอบคุณ

3. นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

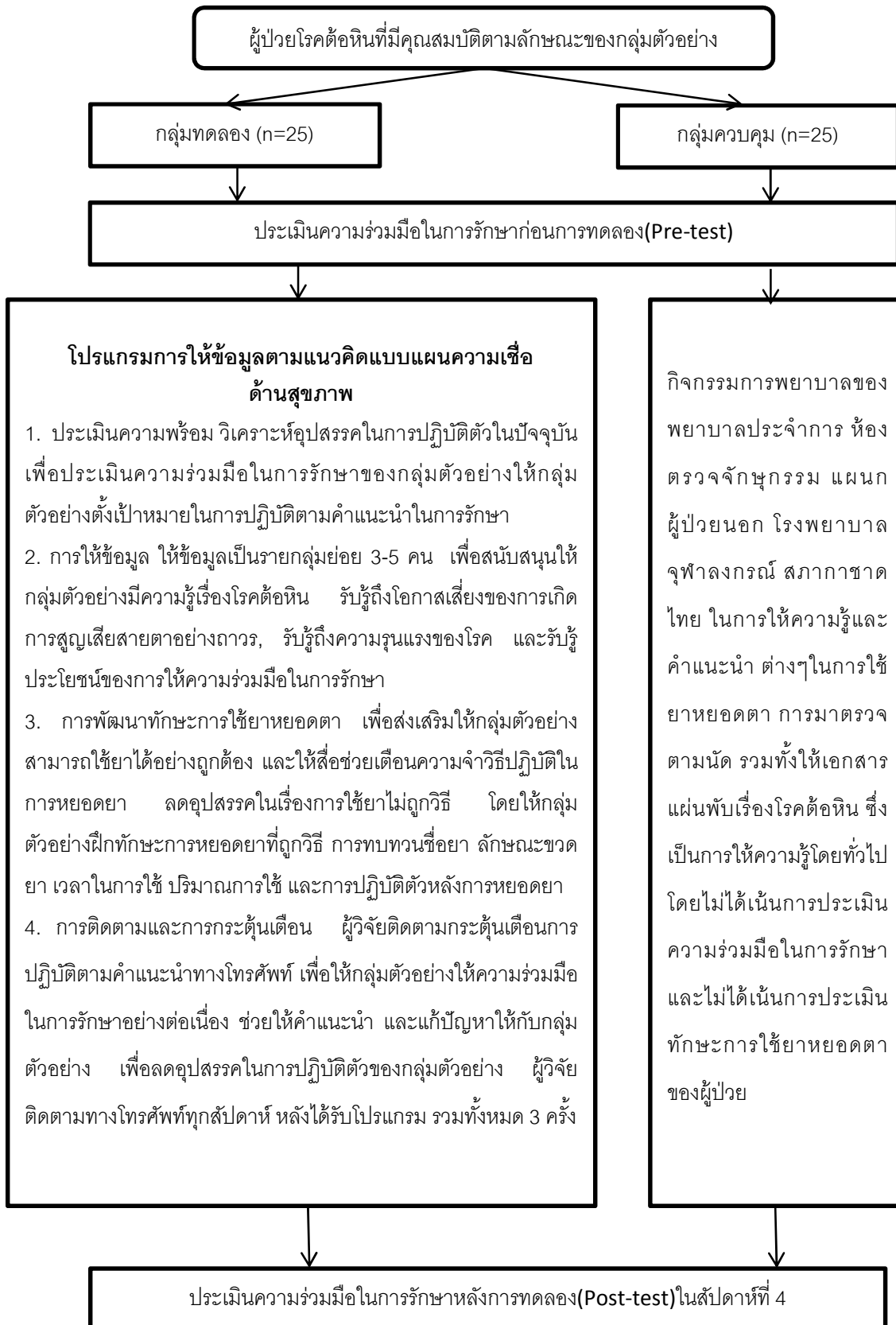
ผู้วิจัยทำหนังสือขอความเห็นชอบ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หลังจากผ่านการเห็นชอบแล้ว ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยหลักความเคารพในบุคคล เริ่มจากการแนะนำตัวของผู้วิจัย ผู้วิจัยให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจเป็นอย่างดีและตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการบริการพยาบาล หรือการรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่ จะทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น โดยการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะปฏิบัติในสิ่งที่เป็ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ในช่วงระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย ถ้าผู้เข้าร่วมวิจัย ไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยต่อจนครบตามกำหนดเวลา สามารถบอกเลิกได้ทันที โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล หรือการบริการที่ได้รับ หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยผู้เข้าร่วมวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หลังจากผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลและพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างเห็นยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ด้วยสถิติบรรยาย (Descriptive Statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติ Paired t-test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้ รับการพยาบาลปกติ โดยใช้สถิติ Paired t-test
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจจักษุกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน โดยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างโรคต่อหิน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิในการรักษา

| ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง | กลุ่มควบคุม (n = 25) | | กลุ่มทดลอง (n = 25) | | รวม (n = 50) | |
|-------------------------|-------------------------|--------|------------------------|--------|-----------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| เพศ | | | | | | |
| ชาย | 10 | 40.00 | 10 | 40.00 | 20 | 40.00 |
| หญิง | 15 | 60.00 | 15 | 60.00 | 30 | 60.00 |
| อายุ (ปี) | | | | | | |
| 20-30 | 2 | 8.00 | 2 | 8.00 | 4 | 8.00 |
| 31-40 | 3 | 12.00 | 3 | 12.00 | 6 | 12.00 |
| 41-50 | 6 | 24.00 | 7 | 28.00 | 13 | 26.00 |
| 51-59 | 14 | 56.00 | 13 | 52.00 | 27 | 54.00 |
| สถานภาพสมรส | | | | | | |
| โสด | 7 | 28.00 | 8 | 32.00 | 15 | 30.00 |
| คู่ | 15 | 60.00 | 13 | 52.00 | 28 | 56.00 |
| หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่ | 3 | 12.00 | 4 | 16.00 | 7 | 14.00 |
| ระดับการศึกษา | | | | | | |
| ประถมศึกษา | 4 | 16.00 | 3 | 12.00 | 7 | 14.00 |
| มัธยมศึกษา | 7 | 28.00 | 9 | 36.00 | 16 | 32.00 |
| ปวส./อนุปริญญา | 5 | 20.00 | 4 | 16.00 | 9 | 18.00 |
| ปริญญาตรี | 8 | 32.00 | 9 | 36.00 | 17 | 34.00 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 1 | 4.00 | 0 | 0.00 | 1 | 2.00 |
| สิทธิในการรักษา | | | | | | |
| บัตรประกันสุขภาพ | 9 | 36.00 | 10 | 40.00 | 19 | 38.00 |
| เบิกราชการ | 3 | 12.00 | 5 | 20.00 | 8 | 16.00 |
| รัฐวิสาหกิจ | 3 | 12.00 | 2 | 8.00 | 5 | 10.00 |
| ประกันสังคม | 4 | 16.00 | 3 | 12.00 | 7 | 14.00 |
| ชำระเงินเอง | 6 | 24.00 | 5 | 20.00 | 11 | 22.00 |

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างโรค ต้อหินกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิในการรักษาผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองต่างมีอายุอยู่ในช่วง 51-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.0 และร้อยละ 52.0 รองลงมา อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 24.0 และร้อยละ 28.0 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.0 และร้อยละ 52.0 ในกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาปริญญาตรี และระดับการศึกษามัธยมในอัตราส่วนใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 32.0 และร้อยละ 28.0 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาปริญญาตรีและระดับการศึกษามัธยมในอัตราส่วนเท่ากันคือ ร้อยละ 36 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล เช่น บัตรประกันสุขภาพ, สิทธิเบิกราชการ เป็นต้น มีเพียงร้อยละ 24.0 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 20.0 ในกลุ่มทดลอง ที่ชำระค่ารักษาพยาบาลเอง

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างโรคต้อหิน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม โรคประจำตัว จำนวนยาที่ใช้รักษาโรคประจำตัว ตาข้างที่เป็นโรคต้อหิน จำนวนยาที่ใช้รักษาโรคต้อหิน อาการข้างเคียงหลังใช้ยาหยอดตา ระยะเวลาการเป็นโรคต้อหิน และระดับความดันในลูกตา

| ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง | กลุ่มควบคุม (n = 25) | | กลุ่มทดลอง (n = 25) | | รวม (n = 50) | |
|--|-------------------------|--------|------------------------|--------|-----------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| | โรคประจำตัว | | | | | |
| ไม่มี | 19 | 76.00 | 21 | 84.00 | 40 | 80.00 |
| มีโรคประจำตัว ≥ 1 | 6 | 24.00 | 4 | 16.00 | 10 | 20.00 |
| จำนวนยาที่ใช้รักษาโรคประจำตัว | | | | | | |
| ไม่มี | 19 | 76.00 | 21 | 84.00 | 40 | 80.00 |
| มี | 6 | 24.00 | 4 | 16.00 | 10 | 20.00 |
| ตาข้างที่เป็นโรคต้อหิน | | | | | | |
| ตาซ้าย | 4 | 16.00 | 7 | 28.00 | 11 | 22.00 |
| ตาขวา | 7 | 28.00 | 9 | 36.00 | 16 | 32.00 |
| ทั้ง 2 ตา | 14 | 56.00 | 9 | 36.00 | 23 | 46.00 |
| จำนวนยาที่ใช้รักษาโรคต้อหิน(ชนิด) | | | | | | |
| 1 | 3 | 12.00 | 4 | 16.00 | 7 | 14.00 |
| 2 | 15 | 60.00 | 16 | 64.00 | 31 | 62.00 |
| 3 | 6 | 24.00 | 4 | 16.00 | 10 | 20.00 |
| 4 | 1 | 4.00 | 1 | 4.00 | 2 | 4.00 |
| อาการข้างเคียงหลังใช้ยาหยอดตา | | | | | | |
| ไม่มีอาการ | 7 | 28.00 | 10 | 40.00 | 17 | 34.00 |
| มีอาการ | 18 | 72.00 | 15 | 60.00 | 33 | 66.00 |

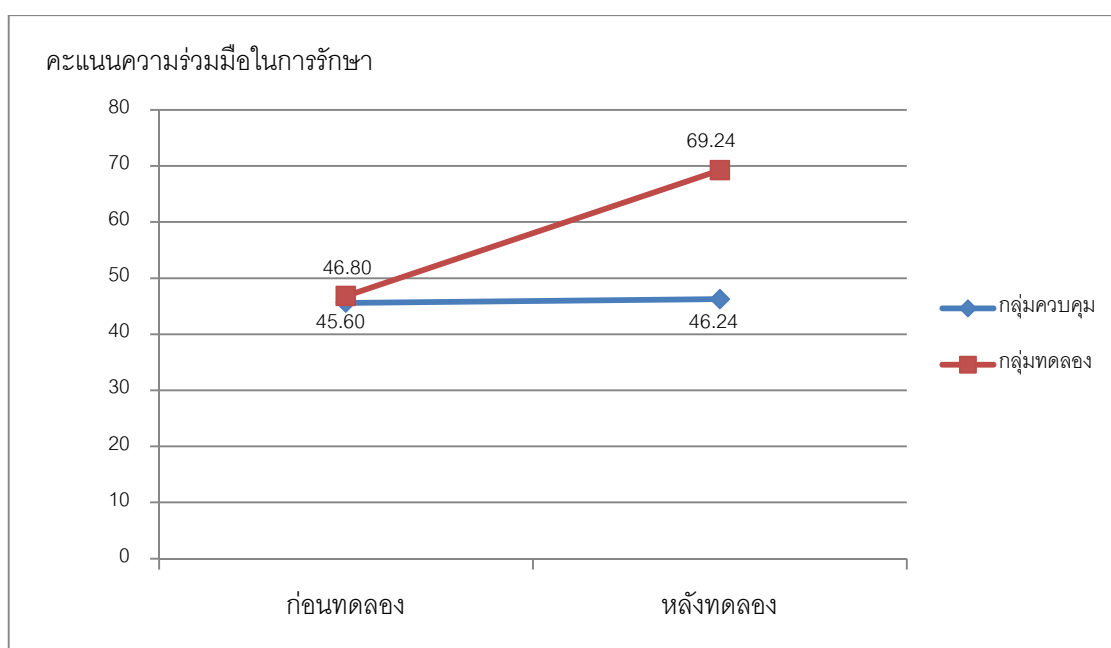
ตารางที่ 2(ต่อ)

| ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง | กลุ่มควบคุม | | กลุ่มทดลอง | | รวม | |
|---------------------------------|-------------|--------|------------|--------|----------|--------|
| | (n = 25) | | (n = 25) | | (n = 50) | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ระยะเวลาการเป็นโรคต้อหิน | | | | | | |
| น้อยกว่า 1 ปี | 9 | 36.00 | 11 | 44.00 | 20 | 40.00 |
| 1 – 2 ปี | 7 | 28.00 | 8 | 32.00 | 15 | 30.00 |
| 2 – 3 ปี | 6 | 24.00 | 2 | 8.00 | 8 | 16.00 |
| มากกว่า 3 ปี | 3 | 12.00 | 4 | 16.00 | 7 | 14.00 |

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีโรคประจำตัวนอกเหนือจากโรคต้อหิน ในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 76.0 กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 84.0 เมื่อพิจารณาตาข้างที่เป็นโรคต้อหิน ในกลุ่มควบคุมพบว่าเกินครึ่งพบเป็นโรคต้อหินในตาทั้ง 2 ข้าง (ร้อยละ 56.0) ส่วนกลุ่มทดลอง มีอัตราการเป็นโรคต้อหิน ในตาข้างซ้าย ตาข้างขวา และเป็นทั้ง 2 ตา ในอัตราส่วนเท่าๆกัน จำนวนยาหยอดตารักษาโรคต้อหินของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีจำนวน 2 ชนิดมากที่สุดคือร้อยละ 60.0 และร้อยละ 64.0 กลุ่มควบคุมมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาหยอดตาคิดเป็น ร้อยละ 72.0 ส่วนกลุ่มทดลองมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาหยอดตาคิดเป็น ร้อยละ 60.0 กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีระยะเวลาการเป็นโรคต้อหินมาแล้วน้อยกว่า 1 ปี จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.0 และร้อยละ 44.0 นอกจากนี้จากการตรวจสอบข้อมูลในแฟ้มประวัติการรักษา พบว่า กลุ่มควบคุมเคยได้รับการรักษาด้วยการยิงเลเซอร์ จำนวน 3 คน ไม่มีคนที่เคยได้รับการผ่าตัด ส่วนกลุ่มทดลอง เคยได้รับการยิงเลเซอร์จำนวน 1 คน เคยได้รับการผ่าตัดจำนวน 1 คน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แผนภูมิที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n_1 = n_2 = 25$)



กลุ่มควบคุม : $t = 1.85$, $p\text{-value} = 0.077$, $SD = 1.73$, กลุ่มทดลอง: $t = 16.95$, $p\text{-value} = 0.0001$, $SD = 6.62$

จากแผนภูมิกราฟ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนการทดลองเท่ากับ 46.80 อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง เท่ากับ 69.24 อยู่ในระดับสูงเมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงว่าผู้ป่วยโรคต่อหินมีความร่วมมือในการรักษาภายหลังการทดลองอยู่ในระดับที่ดีกว่าก่อนการทดลอง

ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันโดยระดับความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n_1 = n_2 = 25$)

| | ความร่วมมือในการรักษา | | | | t | df | p-value |
|-----------|-----------------------|------|------------|------|-------|----|---------|
| | กลุ่มควบคุม | | กลุ่มทดลอง | | | | |
| | \bar{X} | SD | \bar{X} | SD | | | |
| ก่อนทดลอง | 45.60 | 6.07 | 46.80 | 6.95 | .650 | 48 | .336 |
| หลังทดลอง | 46.24 | 5.78 | 69.24 | 2.05 | 18.74 | 48 | .0001 |

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน ทั้งกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุม เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าคะแนนไม่แตกต่างกันแต่หลังจากทำการทดลองแล้ว พบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงว่าผู้ป่วยโรคต้อหินกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความร่วมมือในการรักษาดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคต่อหินวัยผู้ใหญ่ ที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ระหว่างวันที่ 18 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 ถึงวันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2556 จำนวน 50 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน โดย

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยโรคต่อหินที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยโรคต่อหินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
2. ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สรุปผลการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีนหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Rosenstock (1974) มาใช้กับผู้ป่วยโรคต่อหีนวัยผู้ใหญ่ สามารถอภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยพบว่า คะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 จึงอภิปรายผลของการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคต่อหีน ได้ว่า การให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ซึ่งเชื่อว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้นั้น บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิต การปฏิบัติพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษามีผลดีต่อตนเองในการช่วยลดความรุนแรงของโรค และในการปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้ไม่ควรมีอุปสรรคในการปฏิบัติ ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินโปรแกรมผ่านวิธีการต่างๆ เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น ประกอบด้วย การให้ข้อมูล โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหีน การวินิจฉัยโรคต่อหีน วิธีการรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรจากโรคต่อหีน และผู้วิจัยบรรยายให้ข้อมูลการใช้ยาที่ถูกต้อง ทั้งขนาด จำนวน เวลา วิธีการ และอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดจากการใช้ยา เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูล ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ ความเข้าใจ

เกี่ยวกับโรคต่อหินเพิ่มขึ้น รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร รับรู้ความรุนแรงของโรคที่จะดำเนินไปหากไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และรับรู้ประโยชน์ที่จะเกิดกับตนเองหากให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ทั้งการใช้จ่ายหยุดตาและการมาตรวจตามนัด ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการรักษาและปฏิบัติพฤติกรรมร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้พัฒนาทักษะในการใช้จ่ายหยุดตาให้กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อลดอุปสรรคในการใช้จ่ายไม่ถูกวิธี โดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการหยุดตาที่ถูกวิธี การพบทวนชื่อยา ลักษณะขวดยา เวลาในการใช้ ปริมาณการใช้ และการปฏิบัติตัวหลังการหยุดตา และสนับสนุนโดยให้สื่อโปสเตอร์รูปภาพขั้นตอนการใช้จ่ายหยุดตาที่ถูกวิธี ให้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อช่วยเตือนความจำวิธีปฏิบัติในการหยุดตา การพัฒนาทักษะนี้ส่งผลต่อความเชื่อมั่นในการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง ว่าตนสามารถใช้จ่ายหยุดตาได้อย่างถูกต้อง ในเรื่องอุปสรรคจากการใช้จ่ายเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างลืมหยุดยาตามแผนการรักษา ผู้วิจัยสนับสนุนสื่อช่วยเตือนความจำ ได้แก่ สติกเกอร์ช่วยเตือนความจำ ที่จะระบุเวลาและชื่อยาที่ต้องหยุด ให้กลุ่มตัวอย่างนำไปติดในจุดที่เห็นได้ชัดเพื่อช่วยเตือนการหยุดยา และให้คู่มือผู้ป่วยโรคต่อหิน ซึ่งจะมีการบันทึกเวลาในการใช้จ่ายจริงในแต่ละวันของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อช่วยเตือนการใช้จ่ายให้กับกลุ่มตัวอย่างอีกทางหนึ่ง หลังจากกิจกรรมที่ได้รับจากผู้วิจัยที่โรงพยาบาลแล้ว กลุ่มตัวอย่างยังได้รับการติดตามเพื่อกระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา โดยผู้วิจัยติดตามกระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ ในการติดตามนี้ผู้วิจัยติดตามทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละครั้ง เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้คำแนะนำ และแก้ปัญหาให้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อลดอุปสรรคในการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่าง ให้การเสริมแรงด้วยการกล่าวชมเชยกรณีที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ให้คำปรึกษาแนะนำร่วมกับแก้ไขปัญหาลดอุปสรรคที่เกิดขึ้น

จากกิจกรรมทั้งหมดที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการมาตามโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยโรคต่อหินวัยผู้ใหญ่ มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาได้จริง การวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยของ สุวิมล เพิ่มพูน (2554) ที่นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปศึกษาเช่นเดียวกัน โดย ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกวัณโรค โดยการให้โปรแกรมความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดเป็น

รายบุคคล ทั้งหมด 3 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 2 เดือน ผลการศึกษาสรุปได้ว่าโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอด มีพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ วัลลยา ทองน้อย (2554) ได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ร่วมกับส่งเสริมแรงสนับสนุนทางด้านสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 74 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 37 คน ภายหลังครบระยะเวลาของโปรแกรม 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ การศึกษาของ ศรัณยา เพิ่มศิลป์ (2554) ในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ระยะเวลาดำเนินการ 10 สัปดาห์ หลังการทดลองพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น และมีระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ลดลง

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยโรคต่อหีนวัยผู้ใหญ่ มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม ในเรื่องรูปแบบของโปรแกรมในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีน ที่ผู้วิจัยได้จัดกระทำกับกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้พบว่า มีการวิจัยที่จัดกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต่อหีน ในทำนองเดียวกันนี้ และได้ผลสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ ดังเช่น การวิจัยของ Okeke et al. (2009) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต่อหีน โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคต่อหีน ความสำคัญของการใช้ยาหยอดตาอย่างสม่ำเสมอ และการจัดบันทึกการใช้ยาในสมุดบันทึกเพื่อป้องกันการลืมรวมทั้งการช่วยเหลือความจำในการหยอดยาจากครอบครัว พยาบาลเป็นผู้สอนสาธิตการหยอดยาที่ถูกต้อง และพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างถึงอุปสรรคในการใช้ยาหยอดตาของแต่ละคน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และช่วยกันแก้ปัญหา มีการติดตามทางโทรศัพท์จากทีมสุขภาพเพื่อกระตุ้นเตือนการหยอดยาและสอบถามพฤติกรรมกรหยอดยา สอบถามความยุ่งยากในการใช้ยาหยอดตา อาการข้างเคียงจากการใช้ยาและปัญหาต่างๆ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำถึงความสำคัญของการใช้ยาหยอดตาอย่างเดียว พบว่ากลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการรักษามากกว่ากลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

เมื่อพิจารณาผลการวิจัย พบว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคต่อหินที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐาน การวิจัยข้อที่ 2 อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หลังจากได้รับข้อมูลกลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักและรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการสูญเสียสายตาทันทีอย่างรวดเร็ว รับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหิน ประโยชน์ที่ตนจะได้รับจากการให้ความร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งมีการลดอุปสรรคในการใช้ยาทั้งการฝึกทักษะการใช้ยาหยอดตาและสื่อช่วยเตือนความจำต่างๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลปกติ ในการได้รับความรู้และคำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ประกอบด้วย การให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ และตอบข้อซักถามหรือปัญหาตามที่ผู้ป่วยแต่ละรายซักถาม โดยไม่ได้มีการประเมินความร่วมมือในการรักษาในปัจจุบัน และไม่มีการประเมินการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการใช้ยาหยอดตาของกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาไม่ถูกต้อง รวมทั้งไม่ได้เน้นให้กลุ่มตัวอย่าง เห็นถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการสูญเสียสายตาทันทีอย่างรวดเร็ว ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ในการให้ความร่วมมือในการรักษา และไม่ได้ลดอุปสรรคในเรื่องการใช้ยาทั้งทักษะการใช้ยาที่ถูกต้อง การลืมหยอดยา และการกระตุ้นเตือน จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลปกติ มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาน้อยกว่ากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับอุปสรรค ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล นับเป็นอุปสรรคด้านจิตวิทยาอย่างหนึ่งที่ Rosenstock มองว่าส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มของการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ คิดเป็นร้อยละ 78.0 (กลุ่มควบคุมร้อยละ 38, กลุ่มทดลองร้อยละ 40) ซึ่งทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน อุปสรรคในเรื่องค่ารักษาพยาบาลจึงไม่น่าส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จับคู่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ให้มีความ

คล้ายคลึงกันมากที่สุดในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรคต่อหีน และจำนวนยาหยอดตาการรักษาโรคต่อหีน เพื่อให้ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคต่อหีนวัยผู้ใหญ่ มีความร่วมมือในการรักษาสูงขึ้น และมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สนับสนุนแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) และคะแนนความร่วมมือในการรักษาที่สูงขึ้นนี้ คาดว่าผู้ป่วยจะตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการรักษาและมีพฤติกรรมในการให้ความร่วมมือในการรักษาที่ดีขึ้นตลอดไป ส่งผลให้ช่วยชะลอการเสื่อมของการมองเห็น และชะลอการเกิดการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ โปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคต่อหีนวัยผู้ใหญ่มีความร่วมมือในการรักษาสูงขึ้น และมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะที่จะนำไปประยุกต์ใช้ ดังนี้

1. ด้านการบริหารทางการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรสนับสนุนในการนำโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ โดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทและพื้นที่ของหน่วยงาน สนับสนุนให้มีพื้นที่ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่อหีนกับผู้ป่วย เช่น ขณะที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์ จัดให้มีการฉายสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคต่อหีน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคต่อหีนมีความรู้เกี่ยวกับโรคและเข้าใจวิธีการรักษาเพิ่มขึ้น เพื่อเป็นการส่งเสริมและกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง และควรมอบหมายงานให้มีพยาบาลปฏิบัติการเชิงรุกในการประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยใหม่ ที่อาจจะมีทักษะในการใช้ยาหยอดตา การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรและการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อหีนยังไม่ถูกต้อง เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วย และเป็นการส่งเสริมให้ทีมการพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพในการบริการให้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งประสานงานกับทีม PCT (Patient Care Team) จักษุกรรม ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเป็นทีม ในกรณีแพทย์ประเมินพบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาไม่ดี ควรส่งพบพยาบาลเพื่อรับคำแนะนำตามโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลการรักษาที่ดีต่อผู้ป่วย

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลปฏิบัติการ ให้ตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคต่อหีนมีความร่วมมือในการรักษา และประยุกต์สื่อต่างๆ ที่ใช้ในโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาใช้กับผู้ป่วยโรคต่อหีน ในการนำโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ ควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้

2.1 กลุ่มผู้ป่วยที่จะให้โปรแกรม เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างโรคต่อหีนวัยผู้ใหญ่ การมองเห็นและการช่วยเหลือตนเองยังสามารถปฏิบัติได้ดี กรณีพบผู้ป่วยโรคต่อหีนวัยผู้ใหญ่ สามารถนำโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ได้เลย แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยโรคต่อหีนกลุ่มผู้สูงอายุ ที่ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง อาจพิจารณานำญาติเข้ามาช่วยโปรแกรมในส่วนของการฝึกทักษะการใช้ยาหยอดตาให้ผู้ป่วย และอาจต้องปรับตัวหนังสือในคู่มือต่างๆ ให้มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อเพิ่มความชัดเจนในการอ่านของผู้ป่วยวัยผู้สูงอายุ

2.2 ในกรณีถ้ามีข้อจำกัดด้านบุคลากรในการให้ข้อมูลและการพัฒนาทักษะ อาจจัดทำสื่อวีดิทัศน์ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่อหีน และวิธีการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้อง ให้อยู่ในสื่อเดียวกัน แล้วนำมาเปิดในขณะที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์ เพื่อเป็นการให้ข้อมูลได้พร้อมกันหลายคน และควรมีการติดตามประเมินผลความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2.3 การนำแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ที่ใช้ในโปรแกรมการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ เนื่องจากแบบประเมินความร่วมมือมีข้อคำถามหลายข้อ การตอบคำถามต้องใช้เวลาในการประเมินค่อนข้างนาน แต่เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรพยาบาล และจำนวนผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก ควรมีการปรับปรุงข้อคำถามในการประเมินให้สั้น และจำนวนข้อคำถามน้อยลง ใช้เวลาในการประเมินไม่นาน เพื่อสามารถประเมินผู้ป่วยได้ครบทุกคน และให้การพยาบาลตรงกับปัญหาของผู้ป่วย

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การนำเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ ควรมีการปรับเกณฑ์ในแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา เนื่องจากเกณฑ์ในการประเมินความร่วมมือในการรักษา มีเกณฑ์ระยะเวลาที่ประเมินไม่เหมือนกัน นำมาเปรียบเทียบกันไม่ได้ เช่น คำว่า “เป็นประจำ” และ “ไม่เลย” กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่เกณฑ์ประเมินคำว่า “บ่อยครั้ง” “บางครั้ง” “น้อยครั้ง” ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างสับสนในการประเมินตนเอง ควรเขียนระบุให้ชัดเจนว่า “เป็นประจำ” เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมในทุกวัน เพื่อให้

กลุ่มตัวอย่างเห็นระยะเวลาที่ชัดเจน เนื่องจากแต่ละบุคคล อาจให้ความหมายของคำว่า “เป็นประจำ” ในระยะเวลาที่ต่างกัน

2. การประเมินในส่วนของ การมาตรวจตามนัดยังไม่สามารถประเมินได้ดีนัก เนื่องจากเป็นการประเมินในช่วงการทดลอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างต้องมาพบผู้วิจัยตามนัดทุกคนอยู่แล้ว ในกรณีนี้ กลุ่มตัวอย่างก็จะประเมินการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง ได้คะแนนเต็ม ซึ่งอาจไม่ใช่พฤติกรรมที่แท้จริงในการปฏิบัติปกติของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มการติดตามเพื่อประเมินผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ โดยอาจแบ่งการประเมินเป็น ประเมินทุก 3 เดือน จนครบ 1 ปี หลังจากนั้น ประเมินทุก 6 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิผลความยั่งยืนของโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และเพิ่มการประเมินผลทางคลินิกของผู้ป่วย เช่น ลานสายตาระดับความดันในลูกตา เป็นต้น

2. ควรพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในเรื่องของการติดตามและกระตุ้นเตือนให้ทันสมัยยิ่งขึ้น โดยอาจใช้สื่อเทคโนโลยีการสื่อสารในปัจจุบัน ในการช่วยเตือนในการใช้ยาให้ตรงเวลา ซึ่งอาจจะเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นวัยทำงาน และมีเทคโนโลยีเหล่านี้ใช้ในชีวิตประจำวันอยู่แล้ว เพื่อประสิทธิผลในการกระตุ้นเตือนได้มากยิ่งขึ้น

3. การให้สื่อความรู้ ควรพัฒนาให้ทันสมัยกับเทคโนโลยีในปัจจุบันและวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ในกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงานอาจพัฒนาสื่อ โดยจัดทำเป็นวีดิทัศน์ให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปดูที่บ้านเพื่อเป็นการทบทวน หรือ ในกรณีกลุ่มตัวอย่างวัยผู้สูงอายุที่อาจมีข้อจำกัดในการใช้สายตา อาจจัดทำเป็นสื่อเทปเสียง ในการให้ผู้สูงอายุฟังทบทวนและปฏิบัติตาม

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- โกศล คำพิทักษ์. (2548) ต้อหินและการรักษา. ในศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ และ โกศล คำพิทักษ์ (บรรณาธิการ), **ตำราจักษุวิทยา**. หน้า 124-136. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน
- ขวัญตา เกิดชูชื่น, สุจินดา ริมศรีทอง. (2546). **การพยาบาลจักษุวิทยา 1**. หน้า 88-99. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขนิษฐา คุณส่วาง. (2544). **ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหินปฐมภูมิ มุมเปิดโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหิดล. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทนา สกุลแรมรุ่ง. (2553). ต้อหิน. ใน **รู้ไว้ไกลหมอ**. หน้า 117-119. กรุงเทพมหานคร : เวิร์คพอยท์พับลิชชิ่ง
- ชลธิชา พรอาทิตย์. (2549). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุแผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหิดล. สาขาวิชาสุขภาพพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล. (2554). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน. **วารสารวิชาการแพทย์**. 26, 3: 577-590
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2555). **สถิติชนใช้**. 1,000, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไอคอนพริ้นติ้ง
- นงเยาว์ ภูริวัฒน์กุล วิลาวรรณ ทิพย์มงคล และกาญจนา วงษ์เลี้ยง. (2549). ผลการให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกฟิเมอร์หักกระยะพักฟื้น. **สงขลานครินทร์เวชสาร**. 25, 1: 19-27
- นภาพร พรหมคำขาว . (2541). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหิดล. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2553). **การสร้างเสริมสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่.1 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นวรรตน์ สมเพชร, ชิดชนก เรือนก้อน และอัญชลี เพิ่มสุวรรณ. (2549). ผลการเตือนทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก. **สงขลานครินทร์เวชสาร** 25, 2: 89-97
- เบญจมาศ รอดแผ้วพาล, จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2553). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน. **วารสารพญาภิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. 11, 2: 25-36
- ปิยนุช เสาวภาคย์. (2549). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- มัณฑิมา มะกรวัฒน์. (2549). Glaucoma Medication Update. **วารสารจักษุธรรมศาสตร์**. 1, 1: 35-40
- มัณฑิมา มะกรวัฒน์. (2553). ตำรา “ต้อหิน” Basic Glaucoma. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ยุพิน ลีละชัยกุล. (2550). **การรักษาต้อหินโดยใช้ยา**. กรุงเทพมหานคร : กอไม่การพิมพ์.
- รจิต ตู๋จินดา. (2549). ต้อหิน. ในอภิชาติ สิงคาลวณิช, **จักษุวิทยา**, หน้า176-189. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก แพบลิชซิง.
- รจิต ตู๋จินดา และอังคณา เมธีไตรรัตน์. (2552). ต้อหิน. ใน อภิชาติ สิงคาลวณิช, **จักษุวิทยา**, หน้า 272 - 291. กรุงเทพมหานคร: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์.
- รติพร คำทัง, นันทวัน สุวรรณรูป, นริศ กิจณรงค์ และนันทิยา วัฒมา . (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสารและพฤติกรรมกำป้องกันโรคต้อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยง. **Journal of Nursing Science**. 29, 2 (Apr-Jun): 93-101
- รัชณี ศรีหิรัญ. (2544). **ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วาสนา ชนะพลพัฒน์. (2548). **ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ต่อความรู้เรื่องเบาหวานพฤติกรรมกำดูแลตนเองการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

- วชิราพร พันธชัย. (2548). โรคของจอประสาทตาและวุ้นลูกตา. ใน ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ และ โสศล คำพิทักษ์ (บรรณาธิการ), **ตำราจักษุวิทยา**. หน้า 124-136. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน
- วรางคณา ทองคำใส. (2552). รายงานการสำรวจสภาวะตาบอดและโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญในพื้นที่ชนบทห่างไกลและขาดแคลนจักษุแพทย์. **วารสารจักษุธรรมศาสตร์**. 4, 1: 11-21
- ศุภวรรณ พิมพ์ใจใส. (2548). **ผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคสำหรับส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันตาบอดในผู้ป่วยที่มา รับการรักษาในคลินิกต้อหินโรงพยาบาลขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ และศุภชัย กิจศิริไพบูลย์. (2550). **คู่มือสุขภาพตาดี**. 3,000, พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน
- ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์. (2551). **ตำราพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา**. 1,000, พิมพ์ครั้งที่ 1. พิมพ์ดี กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน
- ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์. (2552). **แนวทางจักษุวิทยาสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป**. 3,000, พิมพ์ครั้งที่ 1. พิมพ์ดี กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน
- สุวิมล เพิ่มพูล. (2554). **ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- หทัยกาญจน์ เขาวกิจ . (2553). **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรค ต้อหิน**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิชาติ สิงคาลวณิช. (2552). **จักษุวิทยา**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ศิริวัฒนาอินเตอร์พรีนซ์

ภาษาอังกฤษ

- Allingham et al. (2011). **Shields Textbook of Glaucoma**. 6th. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Blondeau,P., Esper,P. and Mazerolle,E. (2007). An information session for glaucoma patients. **CAN J Ophthalmol**. 42 (6) : 816-820.
- Brannon,L., Feist,J. (2007). Adhering to Medical Advice. **Health Psychology : An Introduction to Behavior and Health**. 6th Thomson Wadsworth. USA.
- Budenz,D.L. (2009). A Clinician's Guide to the Assessment and Management of Nonadherence in Glaucoma. **American Academy of Ophthalmology**. 116: S43-47
- Bulletin of the World Health Organization. (2004). **Glaucoma is second leading cause of blindness**. Available from www.who.int/bulletin/volumes/82/11/en/infocus.
- Burns, N and Grove,S.K. (2009). **The Practice of Nursing Research: Appraisal , Synthesis, and Generation of Evidence**. 6th ed. Missouri : Saunders, an imprint of Elsevier.
- Burns, N and Grove,S.K. (2007). **Understanding Nursing Research: Building an Evidence-Based Practice**. 4th ed. Missouri : Saunders, an imprint of Elsevier.
- Cate,H., Bhattacharya,D., Clark,A., Fordham,R., Notley,C., Broadway,D.C. (2012). Protocol for a randomized controlled trial to estimate effects and costs of a patient centred educational intervention in glaucoma management. **Ophthalmology**. 12: 57
- Cook,P., Bremer,R., Ayala,A., Kahook,M., (2010). Feasibility of motivational interviewing delivered by a glaucoma educator to improve medication adherence. **Clinical Ophthalmology**. Aurora : Dove Medical Press.
- Curtis,C., Lo,E., Ooi,L., Bennett,L., Long,J. (2009). Factors affecting compliance with eye drop therapy for glaucoma in a multicultural outpatient setting. **Contemporary Nurse**. 31 : 121-128
- Friedman., et.al. (2008). Doctor–Patient Communication, Health-Related Beliefs, and Adherence in Glaucoma. **American Academy of Ophthalmology**. 115: 1320-1327

- Friedman., et.al. (2009). Risk Factors for Poor Adherence to Eyedrops in Electronically Monitored Patients with Glaucoma. *American Academy of Ophthalmology*. Elsevier : 1097-1105.
- Glanz, K., Rimer, B.K., & Viswanath,K. (2008). *Health Behavior and Health Education : Theory, Research, and Practice*. 4th ed. San Francisco : Jossey-Bass.
- Goldberg, I. (2000). Feature Article : Compliance with Medical Management in Glaucoma. *Asian Journal of Ophthalmology*. 2: 3-6.
- Gurwitz, J.H., et.al. (1993). Treatment for Glaucoma: Adherence by the Elderly. *American Journal of Public Health*. 83: 711-716.
- Guttman, C. (2005). Multiple factors underlie non-compliance with treatment: Physicians need to determine reasons why glaucoma patients are not taking their medications. *Ophthalmology Times*. 30: 8.
- Hahn et al. (2010). Effect of patient- Centered Communication Training on Discussion and Detection of Nonadherence in Glaucoma. *American Academy of Ophthalmology*. Elsevier: 1339-1347.
- Harvey, J.N., Lawson, V.L. (2008). *The importance of health belief models in determining self-care behavior in diabetes*.
- Hermann, M.M., Diestelhorst, M. (2012). Microprocessor controlled compliance monitor for eye drop medication. *Br J Ophthalmol*. 90: 830-832.
- Hollo, G., Kothy, P. (2008). Can Adherence to topical Glaucoma Medication be Improved by Using an Audible Alarm: A Pilot Study. *Pharmaceutical Medicine*. 22: 175-179.
- Hong, S., Kang, S.Y., Yoon, J.U., Kang, U., Seong, G.J., and Kim, C.Y. (2010). Drug Attitude and Adherence to Anti-Glaucoma Medication. *Yonsei Med J*. 51(2): 261-269.
- Juliette et al. (2008). Will improvement of knowledge lead to improvement of compliance with glaucoma medication. *Acta Ophthalmologica*. 86: 849-855.
- Kahook, M.Y. (2007). Developments in dosing aids and adherence devices for glaucoma therapy : current and future perspectives. *Future drugs*. 2: 261-265.
- Kanfer, F., & Goldstein, A. (1980). *Helping People Change*, 2nd ed. New York: Pergamon.

- Kartal, A., Ozsoy, S.A. (2007). Validity and reliability study of the Turkish version of Health Belief Model Scale in diabetic patients.
- Kholdebarin, R., Campbell, R.J., Jin, Y.P., Buys, Y.M.(2008). Multicenter study of compliance and drop administration in glaucoma. **Can J Ophthalmol.** 43(4)
- Kulkarni,S.V., Damji,K.F., Buys,Y.M. (2008). Medical management of primary open-angle glaucoma: Best practices associated with enhanced patient compliance and persistency. **Patient Preference and Adherence.** 2: 303-313.
- Kowing, et al. (2010). Programs to optimize adherence in glaucoma. **American Optometric Association.** 81: 339-350.
- Lee, P.P., Walt, J.G., Chiang, T.H., Guckian, A., and Keener, J. (2007). A Gap Analysis Approach to Assess Patient Persistence with Glaucoma Medication. **American Journal Ophthalmology.** 144: 520-524.
- Mansberger, S.L. (2010). Are You Compliant With Addressing Glaucoma Adherence. **American Journal Ophthalmology.** 149: 1-3.
- Mansouri, K., Iliev, M.E., Rohrer, K., Shaarawy, T. (2011). Compliance and knowledge about in patients at tertiary glaucoma units. **Int Ophthalmol.** 31 : 369-376. New York: Springer.
- Mark and et al. (2011). **Health Psychology : Theory, Research and Practice.** 3rd. SAGE California.
- Muir, K.W., et.al. (2012). The influence of health literacy level on an educational intervention to improve glaucoma medication adherence. **Patient Education and Counseling.** 87:160-164.
- Nordstrom,B.L., Friedman,D.S., Mozaffari,E., Quigley,H.A., Walker,A.M.(2005). Persistence and Adherence With Topical Glaucoma Therapy. **American Journal Ophthalmology.** 140: 598e1-e9
- Okeke et al. (2009). Interventions Improve Poor Adherence with Once Daily Glaucoma Medication in Electronically Monitored Patients. **NIH : Ophthalmology.**116: 2286-2293.

- Okeke et al. (2009). Adherence with Topical Glaucoma Medication Monitored Electronically. *American Academy of Ophthalmology*. Elsevier : 191-199.
- Olthoff, C.M., Schouten, J.S., Borne, B.W., Webers, C.A. (2005). Noncompliance with Ocular hypotensive Treatment in Patients with Glaucoma or Ocular Hypertension. *American Academy of Ophthalmology*. Elsevier : 953-961.
- Osterberg, L., Blaschke, T., (2005). Adherence to Medication: Drug Therapy. *The New England Journal of Medication*. **Massachusetts Medical Society**. 4: 487-497.
- Phillips, L.A., Leventhal, E.A., Leventhal, H. (2011). Factors associated with the accuracy of physicians predictions of patient adherence. *Patient Education and Counseling*. 85: 461-467.
- Polit, D.F., Beck, C.T. (2008). *Nursing Research : Generating and Assessing evidence for Nursing Practice*. 8th. Lippincott Williams & Wilkins.
- Reardon, G., Kotak, S., Schwartz, G.F. (2011). Objective assessment of compliance and persistence among patients treated for glaucoma and ocular hypertension: a systematic review. *Patient Preference and Adherence*. 5: 441-463.
- Regnault, A., Danten, M.V., Gilet, H., Berdeaux, G. (2010). Scoring and psychometric properties of the Eye-Drop Satisfaction Questionnaire (EDSQ), an instrument to assess satisfaction and compliance with glaucoma treatment. *BMC Ophthalmology*. 10: 1
- Ritch, R., Jamal, K.N., Liebmann, J.M. (2003). An improved technique of eye drop self-administration for patients with limited vision. *American Academy of Ophthalmology*. 135: 530-533
- Robin, A., Grover, D.S. (2011). Compliance and adherence in glaucoma management. *Indian Journal Ophthalmology*. 59, 1: S93- 96.
- Schwartz, G.F., Quigley, H.A. (2008). *Adherence and Persistence with Glaucoma Therapy* : S57-S68
- Shu, E., Mermina, Z., & Nystrom, K. (1996). Telephone reassurance program for elderly home care clients after discharge. *Home Healthcare Nurse* 14(3): 155-161.

- Shumaker,S.A.,(2009).**The Handbook of Health Behavior Change.**3rd ed. New York: Springer.
- Sleath,B., Robin,A.L., Covert,D., Byrd,J.E., Tudor,G., Svarstad,B. (2006). Patient-Reported Behavior and Problems in Using Glaucoma Medications. **American Academy of Ophthalmology.** Elsevier : 431-436.
- Sleath,B., Ballinger,R., Covert,D., Robin,A.L., Byrd,J.E., Tudor,G. (2009). Self-Reported Prevalence and Factors Associated With Nonadherence With Glaucoma Medications in Veteran Outpatients. **The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy.** 7: 67-73.
- Sleath,B. et.al. (2011). The Relationship between Glaucoma Medication Adherence, Eye Drop Techique, and Visual Field Defect Severity. **American Academy of Ophthalmology.** Elsevier : 2398-2402.
- Stamper,R.L., Lieberman,M.F., Drake,M.V.(2009). **Diagnosis and Therary of the Glaucomas.** San Francisco.USA.: Mosby Elsevier.
- Tappen, R.M., (2011). **Advanced Nursing Research.** London : Jones & Bartlett Learning.
- Taylor, S.A., Galbraith, S.M., Mills, R.P.,(2002). Causes Of Non-Compliance With Drug Regimens In Glaucoma Patients A Qualitative Study. **Journal of Ocular Pharmacology and Therapeutic.** 18: 401-409.
- Tsai,J.C., Mcclure,C.A., Ramos,S.E., Schlundt,D.G., Pichert,J.W.(2003). Compliance barriers in glaucoma : a systematic classification. **Journal of Glaucoma.**12: 393-398
- Tsai,J.C. (2006). Medication adherence in glaucoma : approaches for optimizing patient compliance. **Current Opinion in Ophthalmology.** 17: 190-195.
- Tsai,J.C. (2009). A Comprehensive Perspective on Patient Adherence to Topical Glaucoma Therapy. **Academy of Ophthalmology.** Elsevier :S30- S36
- Vohs, K.D. and Baumeister, R.F., (2011). **Handbook of Self-Regulation: Research,Theory and Applications.** 2nd ed. New York: The Guilford Press.
- Williams, K.Y. (2005). Compliance, Adherence and Persistency. **Optometric Glaucoma society/ Review of Optometry.** 21-23.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ และ
จดหมายขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผศ.พญ.อนิตา มนัสสากร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคต้อหิน
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผศ.ดร.ทัศนาศูววรรณปะกรณ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผศ.ดร.ศิริลักษณ์ กิจศิริไพศาล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
4. น.ส.มาณีย์ อภัยเจริญพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ระดับ8)
หน่วยส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพ แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
5. นางเบญจมาศ รอดแผ้วพาล พยาบาลชำนาญการด้านจักษุวิทยา
โรงพยาบาล เมตตาประชารักษ์



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/ 0๖๑4

วันที่ 21 พฤษภาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววันทนา รัตนมณี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง อนิตา มนัสสาร อาจารย์จักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เรื่องโรคต่อหิน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรียพร ชนศิลป์)

รองคณบดี

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง อนิตา มนัสสาร

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์ โทร. 0 - 2218 - 1150

ชื่อนิสิต

นางสาววันทนา รัตนมณี โทร. 089 - 193 - 2225



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/0694

วันที่ 21 พฤษภาคม 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววันทนา รัตนมณี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์ โทร. 0 - 2218 - 1150

ชื่อนิสิต

นางสาววันทนา รัตนมณี โทร. 089 - 193 - 2225

ที่ ศธ 0512.11/0694



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒/ พฤษภาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววันทนา รัตนมณี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และสูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรภัทร ธนศิลป์)

รองคณบดี

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

| | |
|------------------|--|
| สำเนาเรียน | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล |
| ฝ่ายวิชาการ | โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0 - 2218 - 1130 |
| อาจารย์ที่ปรึกษา | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์ โทร. 0 - 2218 - 1150 |
| ชื่อนิสิต | นางสาววันทนา รัตนมณี โทร. 089 - 193 - 2225 |

ที่ ศธ 0512.11/0694



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒/ พฤษภาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววันทนา รัตนมณี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคไตหิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ นางสาวมานีย์ อ้อยเจริญพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ระดับ 8 หน่วยส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพ แผนกผู้ป่วยนอก เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)

รองคณบดี

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวมานีย์ อ้อยเจริญพงษ์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0 - 2218 - 1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0 - 2218 - 1150

ชื่อนิสิต

นางสาววันทนา รัตนมณี โทร. 089 - 193 - 2225

ที่ ศธ 0512.11/0694



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๙/ พฤษภาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววันทนา รัตนมณี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียน นางเบญจมาศ รอดแผ้วพาล พยาบาลชำนาญการพิเศษ ด้านจักษุวิทยา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีรพร ชนศิลป์)

รองคณบดี

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

| | |
|------------------|--|
| สำเนาเรียน | นางเบญจมาศ รอดแผ้วพาล |
| ฝ่ายวิชาการ | โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0 - 2218 - 1130 |
| อาจารย์ที่ปรึกษา | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์ โทร. 0 - 2218 - 1150 |
| ชื่อนิสิต | นางสาววันทนา รัตนมณี โทร. 089 - 193 - 2225 |

ภาคผนวก ข

หนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรม และหนังสือขอความอนุเคราะห์
ทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/07444

วันที่ 5 มิถุนายน 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. Submission form 4 ชุด
 2. Self – Assessment Form 4 ชุด
 3. Information sheet 4 ชุด
 4. Consent form 4 ชุด
 5. โครงร่างการวิจัย 4 ชุด
 6. ประวัติผู้วิจัย 4 ชุด
 7. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 4 ชุด
 8. CD เอกสารการขอจริยธรรม 1 ชุด
 9. โครงร่างวิจัยฉบับย่อ 4 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววันทนา รัตนมณี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง วิศนี ดันติเสวี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัยเพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววันทนา รัตนมณี เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-1150

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง วิศนี ดันติเสวี

นางสาววันทนา รัตนมณี โทร. 089 - 193 - 2225

ที่ ศธ 0512.11/ 0744



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๕ มิถุนายน 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววันทนา รัตนมณี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง วิศนีย์ ดันดีเสวี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคต่อหินวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 20 - 59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ว่าเป็นโรคต่อหิน รับการรักษาด้วยการใช้ยาหยอดตา และรับประทานยา มาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน จำนวน 80 คน โดยใช้ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน แบบประเมินทักษะการหยอดตา คู่มือประจำตัวผู้ป่วยโรคต่อหิน แผ่นพับความรู้เรื่องโรคต่อหิน โปสเตอร์ขั้นตอนการใช้ยาหยอดตา และสติ๊กเกอร์ตารางการหยอดตา ทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววันทนา รัตนมณี ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. รวราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-1150
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง วิศนีย์ ดันดีเสวี
นางสาววันทนา รัตนมณี โทร. 089 - 193 - 2225

ภาคผนวก ค

เอกสารวิจัยธรรม



COA No. 468/2013

IRB No. 302/56

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาววันทนา รัตนเมธี

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีบทวน : แบบเร่งด่วน

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี


เอกสารรับรอง :

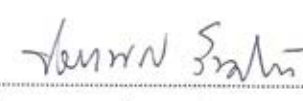
1. โครงร่างการวิจัย Version 2.0 Date 5 July 2013
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1.0 Date 28 May 2013
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Dated 5 July 2013
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 1.0 Date 28 May 2013
5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
 - แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา
 - แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน



- แบบประเมินทักษะการหยอดยา
- คู่มือประจำตัวผู้ป่วยโรคคอตีบ
- แผ่นพับความรู้เรื่องโรคคอตีบ
- โปสเตอร์ขั้นตอนการให้อาหยอดตา
- สติกเกอร์ตารางการหยอดยา

6. ประวัติผู้วิจัย

ลงนาม 
 (รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรณพ ใจสำราญ)
 รองประธานปฏิบัติหน้าที่แทนประธาน
 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม 
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ.ประภาพรณ รัชตะปิติ)
 กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการ
 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 16 กรกฎาคม 2556

วันหมดอายุ : 15 กรกฎาคม 2557

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



COA No. 468/2013

IRB No. 302/56

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493 ext 14, 15

Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : THE EFFECT OF INFORMATION PROGRAM APPLYING HEALTH BELIEF MODEL ON MEDICATION ADHERENCE OF GLAUCOMA PATIENTS.

Study Code : -

Principal Investigator : Miss Wantana Rattanamanie

Study Center : Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

Review Method : Expedited



Continuing Report : At least once annually or submit the final report if finished.

Document Reviewed :

1. Protocol Version 2.0 Date 5 July 2013
2. Protocol Synopsis Version 1.0 Date 28 May 2013
3. Information sheet for research participant Version 2.0 Dated 5 July 2013
4. Informed Consent Version 1.0 Date 28 May 2013
5. Tools used in the research
 - A record of personal information
 - An assessment of the adherence to treatment
 - A test of knowledge about glaucoma
 - An assessment of the capsule
 - Manual glaucoma patient



- Leaflets knowledge of glaucoma
 - Poster procedure for eye drops
 - Sticker bable drops
6. Curriculum Vitae


Signature:  Signature: 
(Associate Professor Unnop Jaisamrarn MD, MHS) (Assistant Professor Prapapan Rajatapiti MD, PhD)
Vice-Chairman, Acting Chairman Member and Assistant Secretary, Acting
The Institutional Review Board Secretary The Institutional Review Board

Date of Approval : July 16, 2013

Approval Expire Date : July 15, 2014

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

ภาคผนวก ง
ใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่าง
และข้อมูลสำหรับประชากรกลุ่มตัวอย่าง

| | | |
|---|--|--|
|  | <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> | <p style="text-align: right;">AF 10-05/4.0</p> <p style="text-align: center;">เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p> |
|---|--|--|

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคคอตีบ

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
ที่อยู่..... ได้อ่านรายละเอียด
จากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้า
ยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย โดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมใน โครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ
วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการ
วิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย
อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และ
แนวทางการรักษา โดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความ
เข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการ
รักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมใน โครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และ
การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการ
ยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม
การวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูล
ของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการค
งลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของ
ข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วม
โครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัว
ข้าพเจ้าได้


ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถ
ยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

หน้า 1.....



| | |
|---|--------------|
| INSTITUTIONAL REVIEW BOARD | |
| Faculty of Medicine, Chulalongkorn University | |
| IRB No. | 302, 56 |
| Date of Approval | 16 ก.ค. 2556 |

Version 1.0 Dated 28 May 2013

| | |
|--|--|
|  <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> | <p style="text-align: right;">AF 10-05/4.0</p> <p style="text-align: center;">เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p> |
|--|--|

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มี การเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....


ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยคานานามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสาร แสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....



| |
|---|
| <p>INSITTUTIONAL REVIEW BOARD</p> <p>Faculty of Medicine, Chulalongkorn University</p> <p>IRB No. <u>302</u> , <u>56</u></p> <p>Date of Approval <u>16</u> <u>ก.ค.</u> 2556</p> |
|---|

| | | |
|---|-------------------------------------|--------------|
|  | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | AF 10-04/4.0 |
| เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant) | | |

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคคอตีบ

ชื่อผู้วิจัย นางสาววันทนา รัตนมณี นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย แคนเตอร์ผู้ป่วยนอกจักษุกรรม ๓.พระราม4
แขวง/เขต ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-2565202-3 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08-9193-2225 E-mail : annwanrat@yahoo.com

ที่ปรึกษาโครงการวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภินดา ปรีชาวงษ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวิชนี ดันดิเสวี คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยโรคคอตีบที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาหยอดตาหรือได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาหยอดตาพร้อมกับรับประทานยา ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อ่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

โรคคอตีบ เป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาดต้องได้รับการหยอดตาเพื่อควบคุมระดับความดันในลูกตาไปตลอดชีวิต จึงมีโอกาสที่การรักษาจะไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ประกอบกับอาการของโรคคอตีบไม่สามารถสังเกตการเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการรักษา ผู้ป่วยจะตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการรักษาต่อเมื่อเส้นประสาทตาถูกทำลายไปมากจนลานสายตาคงแคบลง ซึ่งอาจจะสายเกินไป เนื่องจากเส้นประสาทตาที่ถูกทำลายไม่สามารถรักษาให้กลับมามีชีวิตได้ ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาทั้งการใช้ยาและการมาตรวจติดตามนัดทุกครั้งมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพื่อป้องกันการสูญเสียสายตาวางยาวของผู้ป่วย


ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความร่วมมือในการรักษาได้แก่ ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรคคอตีบ การไม่ทราบถึงความรุนแรงของโรคคอตีบที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการสูญเสียสายตาวางยาวได้ ความสำคัญในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ อาการข้างเคียงจากยาที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ในบางรายที่มีการสูญเสียการมองเห็นไปแล้ว ก็ขาดแรงจูงใจในการใช้ยาหยอดตา ขาดทักษะการใช้ยาที่ถูกต้อง ได้แก่ การหยอดตาที่ไม่ถูกต้อง ทั้งจำนวน ขนาด เวลา และวิธีการหยอดตา

หน้า 1...



| | |
|---|-------------|
| INSTITUTIONAL REVIEW BOARD | |
| Faculty of Medicine, Chulalongkorn University | |
| IRB No. | 302 / 56 |
| Date of Approval | 1.6.0. 2556 |

Version 2.0 Dated 5 July 2013

| | |
|--|--|
|  <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> | <p style="text-align: right;">AF 10-04/4.0</p> <p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p> |
|--|--|

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) เชื่อว่า การที่บุคคลใดจะปฏิบัติหรือกระทำสิ่งใดเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรค นั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตคน และการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะมีผลดีต่อตนเอง ในการช่วยลด โอกาสเสี่ยงหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยโรคคือหินรับรู้ว่าเป็นอยู่เป็นโรคที่ อันตราย พยาธิสภาพของโรคส่งผลให้เกิดความพิการ คือตาบอดได้ การรับรู้นี้จะทำให้เกิดแรงผลักดันทำให้ผู้ป่วย เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น ประกอบกับการลดอุปสรรคในการปฏิบัติ เช่น การฝึกทักษะที่ทำ ให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาหยอดตาได้ถูกต้อง, มีสื่อช่วยเหลือความจำในการใช้ยาหยอดตา ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคคือ หินมีความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดนี้มาพัฒนากิจกรรมบำบัดทางการ พยาบาล เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคคือหิน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคคือหิน ก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และเพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือใน การรักษาของผู้ป่วยโรคคือหิน ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคคือหินวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 20-59 ปี จำนวน 50 คน ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาหยอดตาหรือได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาหยอดตา ร่วมกับการรับประพาทยา เพื่อควบคุมความดันในลูกตา และมีปัญหาใช้ยาไม่ต่อเนื่อง ได้แก่ ลืมใช้ยาหยอดตาและ/หรือ ใช้ยาหยอดตาโรคคือหินไม่ตรงเวลา อย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ และ/ หรือ เคยมีประวัติไม่มาตรวจตามแพทย์ นัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง สามารถติดต่อสื่อสารได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน หรือการพูด การมองเห็น ไม่เป็นอุปสรรคในการอ่านหนังสือ สะดวกให้ผู้วิจัยติดต่อโดยการใช้อีเมลเพื่อติดตามและกระตุ้นเตือนได้ โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 คน และกลุ่มทดลอง 25 คน โดยผู้วิจัยจะเก็บและรวบรวมข้อมูลในกลุ่ม ควบคุมจนครบตามจำนวนก่อน หลังจากนั้นจึงจะเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองในสัปดาห์ต่อไป ผู้วิจัยจะจับคู่ กลุ่ม ตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ให้คล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ, อายุ แยกต่างหากไม่เกิน 10 ปี, ระดับการศึกษา, ระยะเวลาของการ เป็นโรคคือหินแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และจำนวนของยาหยอดตาโรคคือหินแตกต่างกันไม่เกิน 1 ชนิด


กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่จะได้รับการจัดกิจกรรมได้แก่ การให้ความรู้เรื่อง “โรคคือหิน” ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคคือหิน โอกาสเกิดตาบอดจากโรคคือหิน การรักษา ประโยชน์ในการใช้ยาหยอดตา อาการ ช้างเคี้ยวที่เกิดจากการใช้ยา ข้อมูลประโยชน์/ อุปสรรคของความร่วมมือในการรักษา การปฏิบัติในการใช้ยา หยอดตา และสถิติการตรวจการหยอดตา พร้อมคู่มือประจำตัวผู้ป่วย เนื้อหาประกอบด้วย ชื่อยาหยอดตาที่ผู้ป่วย

หน้า 2..



| | |
|---|--------------|
| INSITTUTIONAL REVIEW BOARD | |
| Faculty of Medicine, Chulalongkorn University | |
| IRB No. | 302, 5๕ |
| Date of Approval | 16 ก.ค. 2556 |

Version 2.0 Dated 5 July 2013

| | |
|--|--|
|  <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> | <p style="text-align: right;">AF 10-04/4.0</p> <p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p> |
|--|--|

ได้รับ การปฏิบัติในการหยอดยาที่ถูกวิธี อาการข้างเคียงจากการใช้ยา ตารางบันทึกข้อมูลผลความดันในลูกตและค่าสายตา ตารางบันทึกการใช้ยาในแต่ละวัน ตารางการนัดหมายของแพทย์ ในวันที่ประเมินกิจกรรมคือภายหลังจากการตอบแบบสอบถามครั้งแรกอีก 4 สัปดาห์

กลุ่มทดลอง หรือกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยได้รับกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 90 นาที เป็นช่วงเวลาก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะเข้าพบแพทย์

กิจกรรมที่ 1. ประเมินความพร้อม เพื่อวิเคราะห์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง, อุปสรรคในการปฏิบัติตัวในปัจจุบันเพื่อประเมินความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นตั้งเป้าหมายร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา (10 นาที)

กิจกรรมที่ 2. การให้ข้อมูล (20-25 นาที) ให้ข้อมูล เรื่อง “โรคต้อหิน” โดยการเปิดวิดีโอให้ดู (11 นาที) เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน ประโยชน์ของการรักษา วิธีการรักษา และการป้องกันตาบอดจากต้อหิน จากนั้นผู้วิจัย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง อาการข้างเคียงจากการใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติชนิดของยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับโดยใช้สื่อภาพนิ่งจากคอมพิวเตอร์ (10-15 นาที)

กิจกรรมที่ 3. การพัฒนาทักษะการใช้ยาหยอดตา (30-40 นาที) ฝึกทักษะการใช้ยาหยอดตาที่ถูกวิธี การทบทวนข้อยา ลักษณะขวดยา พร้อมทั้งบอกเวลาในการใช้ ปริมาณการใช้ในแต่ละวัน และการปฏิบัติตัวหลังการหยอดยา โดยการปฏิบัติดังนี้

- 1) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแสดงวิธีการใช้ยาหยอดตา ที่ปฏิบัติ ณ ปัจจุบัน
- 2) ผู้วิจัยสาธิตให้กลุ่มตัวอย่างดู พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างดูขั้นตอนตามโปสเตอร์รูปภาพขั้นตอนการใช้ยาหยอดตา
- 3) ให้กลุ่มตัวอย่างแสดงวิธีการใช้ยาหยอดตาให้ผู้วิจัยประเมินอีกครั้ง จนกว่าจะผ่านเกณฑ์ประเมินทักษะการใช้ยาหยอดตา 100 %


ผู้วิจัยประเมินความรู้กลุ่มตัวอย่างหลังให้ข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคต้อหิน นัดหมายการโทรศัพท์ติดตามและกระตุ้นเตือน เมื่อครบ 1 สัปดาห์

กิจกรรมที่ 4 การติดตาม การกระตุ้นเตือน โดยผู้วิจัยติดตามกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตามคำแนะนำทางโทรศัพท์

สัปดาห์ที่ 2 การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1 เมื่อครบการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 1 ใช้เวลา 15-20 นาที

- 1) ผู้วิจัยแนะนำตัวเองและสอบถามความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างก่อนพูดคุย



| | | |
|---|-------------------------------------|---|
|  | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | AF 10-04/4.0 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant) |
|---|-------------------------------------|---|

2) ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคคอตีบในเรื่องความรุนแรงของโรคที่เสี่ยงต่อการสูญเสียสาขาคา หากไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และประโยชน์ในการให้ความร่วมมือในการรักษา

3) ซักถามการใช้ยาหยอดตาหรือยารับประทาน ว่าปฏิบัติได้ตามแผนการรักษาทุกครั้งหรือไม่ และมีปัญหาในการปฏิบัติหรือไม่ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างบอกเล่า ซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งช่วยแก้ปัญหาในกรณีมีปัญหา ชมเชยและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างหากปฏิบัติได้ตามแผนการรักษา

4) กระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญของการใช้ยาอย่างเข้มงวดตามแผนการรักษาและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่เข้มงวดในการใช้ยา

5) สอบถามการบันทึกการใช้ยาและขั้นตอนปฏิบัติถูกต้องหรือไม่ สามารถปฏิบัติตามรูปขั้นตอนการหยอดตาในโปสเตอร์หรือไม่ ในการปฏิบัติสามารถบันทึกได้ทุกครั้งหรือไม่ และ“สติ๊กเกอร์ตารางการหยอดตา” สามารถช่วยเตือนให้กลุ่มตัวอย่างไม่ลืมหยอดตาได้หรือไม่

6) นัดหมายการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ครั้งต่อไป อีก 1 สัปดาห์ที่

สัปดาห์ที่ 3 การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตาม ใช้เวลา 10 -15 นาที พูดคุยสอบถามการใช้ยาหยอดตา ซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งช่วยแก้ปัญหาในกรณีมีปัญหา ชมเชยและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างหากปฏิบัติได้ตามแผนการรักษา กระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญของการใช้ยาอย่างเข้มงวดตามแผนการรักษา และนัดหมายการประเมินผลความร่วมมือในการรักษา เมื่อครบสัปดาห์ที่ 4

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ


ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไปหรือจะถอนตัวออกจากกรวิจัย



| | |
|---|---------------|
| INSTITUTIONAL REVIEW BOARD Faculty of Medicine, Chulalongkorn University | |
| IRB No. | 302 / 58 |
| Date of Approval..... | 1 6 ก.ค. 2556 |

| | |
|--|---|
|  <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> | <p>AF 10-04/4.0</p> <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p> |
|--|---|

การพบแพทย์นอกตารางนัดหมายในกรณีที่เกิดอาการข้างเคียง

หากมีอาการข้างเคียงใด ๆ เกิดขึ้นกับท่าน ขอให้ท่านรีบมาพบแพทย์ที่สถานพยาบาลทันที ถึงแม้ว่าจะอยู่นอกตารางการนัดหมาย เพื่อแพทย์จะได้ประเมินอาการข้างเคียงของท่าน และให้การรักษาที่เหมาะสมทันที หากอาการดังกล่าวเป็นผลจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่าย

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้จะช่วยทำให้ท่านมีการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้การรักษาโรคต่อหินของท่านได้ผลดีขึ้น หรืออาจจะลดความรุนแรงของโรคได้ แต่ไม่ได้รับรองว่าสุขภาพของท่านจะต้องดีขึ้นหรือความรุนแรงของโรคจะลดลงอย่างแน่นอน และผลการรักษาที่ได้จะสามารถนำไปเป็นรูปแบบการพยาบาล ที่ส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคต่อหินสามารถมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นได้

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความคิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบทันที หากท่านได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นนอกเหนือจากการได้รับยาหยอดตาและ/หรือยารับประทาน เพื่อลดความดันในลูกตา
- ขอให้ท่านนำยาหยอดตาและ/หรือยารับประทาน ที่ใช้ในการศึกษาของท่านทั้งหมดที่เหลือจากการรับประทานหรือ การหยอดตา มาให้ผู้ทำวิจัยทุกครั้งทันทีที่มาหาพบ

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับ โครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาววันทนา รัตนมณี ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย


ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่ท่านจะได้รับเฉพาะค่าเดินทาง จำนวน 300 บาท ในกรณีเข้าสู่วิจัยนัดท่านมาพบเพื่อประเมินผลการวิจัยเมื่อครบระยะเวลาของโครงการแล้ว ไม่ตรงกับวันที่แพทย์นัดตรวจท่านตามปกติ

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงมือออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด



| | |
|---|---------------|
| INSITUATIONAL REVIEW BOARD | |
| Faculty of Medicine, Chulalongkorn University | |
| IRB No. | 302 / 56 |
| Date of Approval | ๗ ๖ ก.ค. 2556 |

| | |
|--|--|
|  <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> | <p>AF 10-04/4.0</p> <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p> |
|--|--|

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

หากท่านขอลงเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการ โดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสาร ใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชัดเจนอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สึกอานันท์มทคตชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4493 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณ ในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

หน้า ๒..



| | |
|---|----------------|
| INSITTUTIONAL REVIEW BOARD | |
| Faculty of Medicine, Chulalongkorn University | |
| IRB No. 302 | 56 |
| Date of Approval | 13 6 ค.ศ. 2556 |

Version 2.0 Dated 5 July 2013

ภาคผนวก จ

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตัวอย่างเครื่องมือดำเนินการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 1.2 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา

ชุดที่ 2 เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

- 2.1 วิดีทัศน์ เรื่อง “โรคต่อหิน”
- 2.2 แผนการสอน เรื่อง “ ทำอย่างไร..ห่างไกลตาบอด”
- 2.3 สื่อภาพนิ่งคอมพิวเตอร์ เรื่อง “ ทำอย่างไร..ห่างไกลตาบอด”
- 2.4 คู่มือประจำตัวผู้ป่วย (บันทึกการใช้ยาและตรวจสอบทักษะการใช้ยาตามขั้นตอน)
- 2.5 ไปสเตอร์ภาพขั้นตอนการหยอดยาตา
- 2.6 สติกเกอร์ตารางการหยอดยา
- 2.7 แผ่นพับเรื่องโรคต่อหิน

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

- 3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน
- 3.2 แบบประเมินทักษะการใช้ยาหยอดตา

เลขที่แบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำลงในช่องว่าง

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 โสด คู่ หม้าย/ แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
 ไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา
 อนุปริญญา ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
 อื่นๆ ระบุ.....
5. โรคประจำตัว
 โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง
 โรคไขมันในเลือด โรคหัวใจ อื่นๆ ระบุ.....
6. จำนวนยาที่ใช้รักษาโรคประจำตัวที่ไม่ใช่โรคติดต่อ มี.....ชนิด
7. สิทธิในการรักษา
 บัตรประกันสุขภาพ เบิกราชการ รัฐวิสาหกิจ
 ประกันสังคม ชำระเงินเอง อื่นๆ ระบุ.....
8. ระยะเวลาที่เป็นโรคติดต่อ.....ปี
9. จำนวนยาที่ใช้รักษาโรคติดต่อ.....ชนิด
10. ตาข้างที่เป็นต้อหิน ตาซ้าย ตาขวา ทั้ง 2 ข้าง
12. อาการข้างเคียงหลังใช้ยาหยอดตา
 แสบเคืองตา ตาแห้ง ตาพรั่มัว ตาแดง
 ปวดศีรษะ คลื่นไส้/อาเจียน อื่นๆ ระบุ.....

แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการหยุดยาตา, การมาตรวจตามนัด โปรดตอบแบบสอบถามในส่วนต่อไปนี้ และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่กำหนดให้ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านปฏิบัติ โดย

| | | |
|-----------|---------|---|
| เป็นประจำ | หมายถึง | ทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา |
| บ่อยครั้ง | หมายถึง | ทำกิจกรรมนั้น โดยเฉลี่ย 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์ |
| บางครั้ง | หมายถึง | ทำกิจกรรมนั้น โดยเฉลี่ย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ |
| น้อยครั้ง | หมายถึง | ไม่ทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่ ทำเฉลี่ย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ |
| ไม่เลย | หมายถึง | ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลยในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา |

| ข้อคำถาม | เป็นประจำ | บ่อยครั้ง | บางครั้ง | น้อยครั้ง | ไม่เลย |
|---|-----------|-----------|----------|-----------|--------|
| 1. ท่านหยุดหยอดยาเอง | | | | | |
| 2. ท่านเพิ่มจำนวนหยอดยาที่ใช้ด้วยตนเอง | | | | | |
| 3. ท่านลืมหยอดยา | | | | | |
| 4. ท่านหยอดยาตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง | | | | | |
| 5. จำนวนครั้งในการหยอดยาของท่านน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง | | | | | |
| 6..... | | | | | |

เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

1. การให้ข้อมูลเรื่อง “โรคต่อหิน”
2. การให้ข้อมูลเรื่อง “ ทำอย่างไร..ห่างไกลตาบอด”
3. กิจกรรมฝึกทักษะการใช้ยาหยอดตา

วิธีการสอน

1. ให้ดูวีดิทัศน์ เรื่อง “โรคต่อหิน”
2. บรรยาย พร้อมฉายภาพนิ่งทางคอมพิวเตอร์ประกอบการสอน เรื่อง “ ทำอย่างไร..ห่างไกลตาบอด”
3. สาธิต และดูภาพประกอบ ในการฝึกทักษะการใช้ยาหยอดตา

เวลา 90 นาที

ผู้สอน ผู้วิจัย

ผู้เรียน ผู้ป่วยโรคต่อหินวัยผู้ใหญ่

การจัดกิจกรรม ประกอบด้วย

1. สร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตัวและพูดคุยสอบถามภาวะสุขภาพ
2. ประเมินความร่วมมือในการรักษาและความรู้เรื่องโรคต่อหิน
3. ให้ข้อมูลเรื่อง “โรคต่อหิน” โดยการให้ดูวีดิทัศน์
4. ให้ข้อมูลเรื่อง “ ทำอย่างไร..ห่างไกลตาบอด” โดย บรรยาย พร้อมฉายภาพนิ่งทางคอมพิวเตอร์ประกอบการสอน
5. ประเมินทักษะการใช้ยาหยอดตา สาธิต และให้ฝึกทักษะการใช้ยาหยอดตา
6. ประเมินผลความรู้เรื่องโรคต่อหิน และข้อปฏิบัติในการใช้ยาหยอดตาจากแบบกำกับการทดลอง

วัตถุประสงค์ เมื่อสิ้นสุดการจัดกิจกรรมผู้เรียนสามารถ

1. บอกความหมายของโรคต่อหินได้
2. บอกเกี่ยวกับการรักษาโรคต่อหินได้
3. บอกเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาหยอดตาได้
4. บอกประโยชน์ของการใช้ยารักษาโรคต่อหินได้
5. บอกการปฏิบัติตัวในการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคต่อหินได้
6. สาธิตวิธีการใช้ยาหยอดตาได้อย่างถูกต้อง

| กิจกรรม | ระยะเวลา (นาที) | สื่อ/อุปกรณ์ |
|--|--------------------|--|
| 1.สร้างสัมพันธ์ภาพ โดยการแนะนำตัวและพูดคุย สอบถามภาวะสุขภาพ ประเมินความร่วมมือในการรักษา | 10 | แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา |
| 2.ให้ข้อมูลเรื่อง “โรคต่อหิน” โดยการให้ดูวีดิทัศน์ | 15 | วีดิทัศน์ เรื่อง “โรคต่อหิน” |
| 3.ผู้วิจัยให้ความรู้ตามแผนการสอน เรื่อง “ ทำอย่างไร..ห่างไกลตาบอด” | 15 | -แผนการสอนและสื่อภาพนิ่งทางคอมพิวเตอร์ประกอบการสอน เรื่อง “ ทำอย่างไร..ห่างไกลตาบอด” -มอบคู่มือประจำตัวผู้ป่วย -สติ๊กเกอร์ตารางการหยอดยา |
| 4.การพัฒนาทักษะการใช้ยาหยอดตา ประเมินทักษะการใช้ยาหยอดตา สาธิต และให้ ฝึกทักษะการใช้ยาหยอดตา | 40 | -โปสเตอร์ภาพขั้นตอนการใช้ยาหยอดตา -น้ำตาเทียมใช้ฝึกการหยอดยา |
| 5.ประเมินผลความรู้เรื่องโรคต่อหิน และข้อปฏิบัติในการใช้ยาหยอดตา | 10 | ประเมินจากแบบกำกับการทดลอง |

ตัวอย่างแนวคำถามที่ใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์

1. “สวัสดิ์ค่ะ ดิฉันนางสาววันทนา รัตนมณี คุณ.....สะดวกพูดโทรศัพท์ขณะนี้หรือไม่คะ”
2. “สบายดีหรือเปล่าคะ”
3. “การใช้ยาหยุดตาเป็นอย่างไรบ้างคะ”
4. “คุณ.....หยุดตา (เช้า เทียง เย็น) รียังคะ หยุดตรงเวลาทุกครั้งหรือเปล่าคะ”
5. “หยุดตาชนิดไหนบ้างคะ”
6. “คุณ.....วันที่การหยุดตาและวิธีการหยุดตาได้ถูกต้องหรือเปล่าคะ”

ตัวอย่างตารางเวลาการโทรศัพท์ติดตาม

| คนที่ | ครั้งที่ | วันที่ | เวลา | หมายเหตุ |
|-------|----------|--------|------|----------|
| 1 | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| 2 | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| 3 | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

ตัวอย่างสื่อวีดิทัศน์



เนื้อหาประกอบด้วย

1. อุบัติการณ์การเกิดโรคต่อหีน
2. ชนิดของโรคต่อหีน
3. วิธีการรักษาโรคต่อหีน
4. ประโยชน์ของการรักษา
5. การสังเกตอาการผิดปกติ
6. การใช้ยารักษาโรคต่อหีน
7. การป้องกันตามอดจากโรคต่อหีน

แผนการสอน

| | |
|--------------|--|
| เรื่อง | “ ทำอย่างไร..ห่างไกลตาบอด” |
| วิธีการสอน | บรรยาย |
| ผู้สอน | นางสาววันทนา รัตนมณี |
| ผู้เรียน | ผู้ป่วยโรคต้อหินวัยผู้ใหญ่ |
| สถานที่ | ห้องเรียนนิสิต ประจำตึก ผู้ป่วยนอกจักษุกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ |
| เวลาที่สอน | 15 นาที |
| วัตถุประสงค์ | เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนแล้วผู้เรียนสามารถ <ol style="list-style-type: none"> 1. บอกความหมายของโรคต้อหินได้ 2. บอกเกี่ยวกับการรักษาโรคต้อหินได้ 3. บอกเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาหยอดตาได้ 4. บอกประโยชน์ของการใช้ยารักษาโรคต้อหินได้ 5. บอกการปฏิบัติตัวในการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคต้อหินได้ |

ตัวอย่าง คู่มือประจำตัวผู้ป่วย

คู่มือประจำตัวผู้ป่วยโรคต้อหิน

ชื่อ สกุล.....



จัดทำโดย

นางสาววันทนา รัตนมณี

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิศา ปรีชาวงษ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง วิศนี ตันติเสวี

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางประเมินทักษะการหยอดยา

ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องประเมินที่ทำได้ปฏิบัติ โดยตรวจสอบสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และควรตรวจสอบในวันเดียวกันเสมอ เช่น ทำทุกวันอังคาร เป็นต้น

| สัปดาห์ที่ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ขั้นตอนการหยอดยา | | | | | | | | |
| 1. ตรวจสอบชื่อยา และเวลาในการหยอดบนขวดยา | | | | | | | | |
| 2. ล้างมือให้สะอาดก่อนหยอดยา | | | | | | | | |
| 3. นอนหงายหรือแอมงหน้าขึ้น | | | | | | | | |
| 4. ใช้มือที่ไม่ถนัดดึงเปลือกตาล่างลงและใช้มือที่ถนัดจับขวดยา | | | | | | | | |
| 5. บีบยาหยอดตา ให้อาหยดลงในตา 1 หยด | | | | | | | | |
| 6. หันตาและใช้นิ้วกดหัวตา ประมาณ 1 นาที | | | | | | | | |
| 7. หันตาพัก 3 -5 นาที | | | | | | | | |
| 8. หากมียาหยอดตาหลายตัว ให้ทิ้งช่วงระยะห่างในการหยอดยาแต่ละตัว 5 นาที | | | | | | | | |
| 9. ล้างมือให้สะอาดหลังหยอดยาเสร็จ | | | | | | | | |
| 10. เก็บยาให้มีฉีดยา ในอุณหภูมิ ไม่เกิน 25 องศาเซลเซียส (หรือในตู้เย็นช่องธรรมดา) | | | | | | | | |

รายชื่อยาที่ได้รับ

1. ชื่อยา.....เวลาในการหยอด.....
2. ชื่อยา..... เวลาในการหยอด.....
3. ชื่อยา.....เวลาในการหยอด.....
4. ชื่อยา.....เวลาในการหยอด.....

ตารางนัดจำกุมแพทย์

| วันที่ | ค่าความดันในลูกตา | | วันนัดครั้งต่อไป |
|--------|-------------------|--------|------------------|
| | ตาขวา | ตาซ้าย | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

โปรโตคอลขั้นตอนการใช้ยาหยอดตา

| | |
|---|--|
| <p>1. ตรวจสอบชื่อยา และเวลาในการหยอดบนขวดยา</p>  | <p>2. ล้างมือให้สะอาด</p>  |
| <p>3. นอนหรือนั่งแหงนหน้า</p>  | <p>4. ใช้นิ้วชี้มือข้างที่ไม่ถนัดดึงหนังตาล่างลง และใช้มือที่ถนัดจับขวดยา</p>  |
| <p>5. บีบยาหยอดตา ให้ยาหยดลงในตา 1 หยด</p>  | <p>6. หลับตาและใช้นิ้วกดหัวตาประมาณ 1 นาที</p>  |
| <p>7. หลับตาทิ้ง 3-5 นาที</p>  | <p>8. หากมียาหลายตัว ทิ้งระยะห่างแต่ละตัว 5 นาที</p>  |
| <p>9. ล้างมือให้สะอาดหลังหยอดยาเสร็จ</p>  | <p>10. เก็บยาให้มิดชิด ในอุณหภูมิไม่เกิน 25 องศาเซลเซียส (หรือเก็บในตู้เย็นช่องธรรมดา)</p> |

ตัวอย่าง สติ๊กเกอร์ตารางหยุดยา

| รายชื่อยาหยุดยา | |
|-----------------|-------------------------------------|
| 1. | ชื่อยา..... เวลาในการหยุดยา..... |
| 2. | ชื่อยา..... เวลาในการหยุดยา..... |
| 3. | ชื่อยา..... เวลาในการหยุดยา..... |

| ตารางการหยุดยา | |
|----------------|--------|
| เวลา | ชื่อยา |
| 06.00 | |
| 07.00 | |
| 08.00 | |
| 09.00 | |
| 10.00 | |
| 11.00 | |
| 12.00 | |
| 13.00 | |
| 14.00 | |
| 15.00 | |
| 16.00 | |
| 17.00 | |
| 18.00 | |
| 19.00 | |
| 20.00 | |
| 21.00 | |
| 22.00 | |

แผ่นพับโรคต้อหิน

วิธีการหยอดยา

1. ตรวจสอบชื่อยา และเวลาในการหยอดบนขวดยา
2. ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังหยอดตาทุกครั้ง
3. แยกขนตาหรือเปลือกตาออกด้วยนิ้วชี้และใช้นิ้วโป้งกดขยับขนตา ขยับตาให้ห่างออกเวลา 1 หยอด
4. ขณะหยอดตา เอียงหัวคอห่างจากตา ประมาณ 1-2 เซนติเมตร ระวังอย่าให้สัมผัสตาหรือขนตาเพราะอาจทำให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อโรคเข้าไปในขวดตา หรือปล่อยขวดตาถูกระยะพักตาได้ (รูปที่ 1)
5. หลังหยอดตาให้หลับตาแล้วใช้ปลายนิ้วกบนิ้วหัวแม่มือ ประมาณ 1 นาที จากนั้นหลับตาพัก นาน 3-5 นาที (รูปที่ 2)




ใช้นิ้วกบของคางกดเขมנית ให้ก้มลงทั้งกัน 5 นาที

จัดทำโดย
นางสาววันทนา รัตนมณี

อาจารย์ที่ปรึกษา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุจินดา นีชีวานนท์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง วิศนีย์ ดันตีสวัสดิ์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรคต้อหิน (Glaucoma)



โรคต้อหิน

เป็นโรคที่มีโรคที่เส้นประสาทตา เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา ทำให้ความดันในลูกตาสูง จนทำให้เกิดการทำลายเส้นประสาทตา และมีผลทำให้สูญเสียลานสายตา ถ้าไม่รักษา อาจจะมองไม่เห็นอย่างถาวรก็ได้



ความดันในลูกตา คือ แรงดันของน้ำหล่อเลี้ยงช่องลูกตาด้านหน้า ซึ่งมีการผลิตและมีการระบายน้ำหล่อเลี้ยงออกอย่างสม่ำเสมอตลอดเวลา การสร้างและการขับออกนี้จะต้องสมดุลกัน ความดันในลูกตาจึงจะปกติ



ปัจจัยเสี่ยง

- อายุ พบในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป
- กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีบิดา มารดา เป็นโรคต้อหิน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคนี้น่ากว่าบุคคลอื่น
- ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับ การไหลเวียนเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน
- สายตาสั้นมาก หรืออ้วมมาก

การรักษาโรคต้อหิน

แบ่งออกเป็น 3 วิธี คือ การรักษาโดยการให้ยา , การรักษาโดยใช้แสงเลเซอร์ , การรักษาโดยการทำผ่าตัด

- การให้ยา นิยมมากที่สุด เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่ายและปลอดภัย แพทย์ผู้รักษาจะพิจารณาเลือกชนิดของยาหยอดตามความรุนแรงของโรคต้อหินที่ผู้ป่วยเป็น



- การยิงแสงเลเซอร์ ทำได้ง่าย รวดเร็ว ใช้เวลาในการทำ 15-20 นาที ผู้ป่วยไม่เจ็บ ไม่ต้องฉีดยาชา ผดข้างจึงมีน้อย สามารถทำได้ทั้งที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก



- การผ่าตัด ทำในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถคุมความดันในลูกตาได้ด้วยยาหยอดตา หรือการหยอดตามีผลข้างเคียง มีอาการของการแพ้ยา ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาหยอดตาได้



เป้าหมายในการรักษาโรคต้อหิน คือ การลดความดันในลูกตาให้อยู่ในเกณฑ์ที่ถาวร ผู้ป่วยจำเป็นต้องให้ความร่วมมือในการรักษา โดยการหยอดตาอย่างสม่ำเสมอ ถูกต้องทั้งจำนวน ชนิด เวลา และถูกวิธี เพื่อควบคุมความดันในลูกตา และมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อติดตามผลของการรักษา หากขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง จะทำให้ตาบอดได้

ตัวอย่าง แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคต้อหิน

ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

| ข้อคำถาม | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---|-----|--------|
| 1. โรคต้อหินเป็นโรคที่เกิดจากความดันในลูกตาสูงขึ้นมากกว่าปกติ | | |
| 2. ในโรคต้อหินความดันตาที่สูงจะไปกดประสาทตาจนประสาทตาถูกทำลาย ทำให้การมองเห็นลดลง ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้ตาบอดได้ | | |
| 3. ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคต้อหิน จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคต้อหินมากกว่าคนอื่น | | |
| 4. ผู้ที่เป็นโรคเกี่ยวกับการไหลเวียนเลือดมีโอกาสเป็นโรคต้อหินได้มากกว่าคนปกติ | | |
| 5 | | |
| | | |
| 20. การใช้ยาหยอดตาอย่างสม่ำเสมอตามการรักษาของแพทย์ จะช่วยควบคุมอาการต้อหินและป้องกันมิให้ตาบอดได้ | | |

ตัวอย่าง แบบประเมินทักษะการใช้ยาหยอดตา

ให้ทำเครื่องหมาย / ในช่องที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติ หรือ ไม่ปฏิบัติ

| ทักษะการใช้ยาหยอดตา | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ |
|--|---------|------------|
| 1. ตรวจสอบชื่อยา และเวลาในการหยอดบนขวดยา | | |
| 2. ล้างมือให้สะอาดก่อนหยอดยา | | |
| 3. ขณะหยอดยา นอนหรือแหงนหน้าขึ้น | | |
| 4. ใช้มือที่ไม่ถนัดดึงเปลือกตาล่างลงและใช้มือที่ถนัดจับขวดยา หยอดยาบริเวณกระพุ้งตาล่าง 1 หยด | | |
| 5. ... | | |
| 6. ... | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 10. ล้างมือให้สะอาดหลังหยอดยา | | |

ภาคผนวก จ

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

นำเสนอตารางการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำแนกตาม เพศ อายุ ระยะเวลาของการเป็นโรคต่อหิน และจำนวนยาหยอดตารักษาโรคต่อหิน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลคะแนนความรู้เรื่องโรคต่อหิน ของผู้ป่วยโรคต่อหินกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลคะแนนทักษะการใช้ยาหยอดตาของผู้ป่วยโรคต่อหินกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

5.1 ผลการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค

5.2 ผลการวิเคราะห์คะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินกลุ่มควบคุม

ก่อนและหลังการทดลอง

5.3 ผลการวิเคราะห์คะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินกลุ่มทดลอง

ก่อนและหลังการทดลอง

5.4 ผลการวิเคราะห์คะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินกลุ่มควบคุมกับ

กลุ่มทดลองก่อนการทดลอง

5.5 ผลการวิเคราะห์คะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินกลุ่มควบคุมกับ

กลุ่มทดลองหลังการทดลอง

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำแนกตาม เพศ อายุ

ระยะเวลาของการเป็นโรคต่อหิน และจำนวนยาหยอดตารักษาโรคต่อหิน

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำแนกตาม เพศ อายุ

ระยะเวลาของการเป็นโรคต่อหิน และจำนวนยาหยอดตารักษาโรคต่อหิน

| คู่ที่ | กลุ่มควบคุม | | | | กลุ่มทดลอง | | | |
|--------|-------------|--------------|-----------------------------------|--------------------------------------|------------|--------------|---|--------------------------------------|
| | เพศ | อายุ (ปี) | ระยะเวลาเป็น โรคต่อหิน (ปี) | จำนวนยา หยอดตาโรค ต่อหิน(ชนิด) | เพศ | อายุ (ปี) | ระยะเวลาเป็น โรคต่อหิน (ปี.เดือน) | จำนวนยา หยอดตาโรค ต่อหิน(ชนิด) |
| 1 | ชาย | 45 | 1 | 1 | ชาย | 41 | 1 | 1 |
| 2 | ชาย | 57 | 2 | 2 | ชาย | 59 | 3 | 2 |
| 3 | หญิง | 56 | 5 | 2 | หญิง | 57 | 6 | 1 |
| 4 | หญิง | 56 | 3 | 3 | หญิง | 55 | 3 | 2 |
| 5 | หญิง | 32 | 3 | 2 | หญิง | 36 | 2 | 1 |
| 6 | ชาย | 46 | < 1 | 4 | ชาย | 47 | < 1 | 4 |
| 7 | ชาย | 54 | 1 | 1 | ชาย | 53 | < 1 | 1 |
| 8 | ชาย | 57 | 2 | 2 | ชาย | 59 | < 1 | 2 |
| 9 | หญิง | 57 | 6 | 2 | หญิง | 56 | 4 | 2 |
| 10 | หญิง | 44 | < 1 | 3 | หญิง | 43 | < 1 | 3 |
| 11 | ชาย | 51 | 3 | 2 | ชาย | 48 | 2 | 2 |
| 12 | หญิง | 59 | 1 | 3 | หญิง | 55 | 1 | 2 |
| 13 | หญิง | 41 | < 1 | 3 | หญิง | 44 | < 1 | 3 |
| 14 | หญิง | 58 | 3 | 2 | หญิง | 57 | 4 | 2 |
| 15 | หญิง | 32 | < 1 | 2 | หญิง | 33 | < 1 | 2 |
| 16 | หญิง | 58 | 3 | 2 | หญิง | 54 | 2 | 2 |
| 17 | หญิง | 23 | < 1 | 3 | หญิง | 25 | < 1 | 3 |
| 18 | ชาย | 33 | 2 | 2 | ชาย | 35 | 1 | 2 |
| 19 | หญิง | 52 | 1 | 1 | หญิง | 51 | 1 | 2 |
| 20 | หญิง | 44 | < 1 | 2 | หญิง | 45 | < 1 | 2 |

ตารางที่ 4 (ต่อ)

| คู่ที่ | กลุ่มควบคุม | | | | กลุ่มทดลอง | | | |
|--------|-------------|--------------|-----------------------------------|--------------------------------------|------------|--------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| | เพศ | อายุ (ปี) | ระยะเวลาเป็น โรคต่อหิน (ปี) | จำนวนยา หยอดตาโรค ต่อหิน(ชนิด) | เพศ | อายุ (ปี) | ระยะเวลาเป็น โรคต่อหิน (ปี) | จำนวนยา หยอดตาโรค ต่อหิน(ชนิด) |
| 21 | หญิง | 23 | < 1 | 2 | หญิง | 21 | < 1 | 2 |
| 22 | ชาย | 47 | 4 | 2 | ชาย | 46 | 5 | 2 |
| 23 | หญิง | 59 | < 1 | 3 | หญิง | 59 | < 1 | 3 |
| 24 | ชาย | 54 | < 1 | 2 | ชาย | 57 | < 1 | 2 |
| 25 | หญิง | 59 | 3 | 2 | หญิง | 58 | 2 | 2 |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 5 ข้อมูลคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินกลุ่มควบคุมและกลุ่ม
ทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง

| คนที่ | กลุ่มควบคุม | | | กลุ่มทดลอง | | |
|-------|-------------|-----------|----|------------|-----------|----|
| | Pre-test | Post-test | d | Pre-test | Post-test | d |
| 1 | 39.00 | 41.00 | 2 | 40.00 | 69.00 | 29 |
| 2 | 45.00 | 45.00 | 0 | 49.00 | 67.00 | 18 |
| 3 | 51.00 | 50.00 | -1 | 43.00 | 67.00 | 24 |
| 4 | 41.00 | 45.00 | 4 | 42.00 | 68.00 | 26 |
| 5 | 38.00 | 40.00 | 2 | 48.00 | 67.00 | 19 |
| 6 | 49.00 | 48.00 | -1 | 56.00 | 72.00 | 16 |
| 7 | 55.00 | 56.00 | 1 | 53.00 | 68.00 | 15 |
| 8 | 42.00 | 45.00 | 3 | 50.00 | 67.00 | 17 |
| 9 | 48.00 | 46.00 | -2 | 51.00 | 72.00 | 21 |
| 10 | 56.00 | 55.00 | -1 | 56.00 | 69.00 | 13 |
| 11 | 53.00 | 56.00 | 3 | 39.00 | 68.00 | 29 |
| 12 | 50.00 | 51.00 | 1 | 37.00 | 65.00 | 28 |
| 13 | 51.00 | 50.00 | -1 | 56.00 | 71.00 | 15 |
| 14 | 56.00 | 56.00 | 0 | 51.00 | 69.00 | 18 |
| 15 | 39.00 | 40.00 | 1 | 50.00 | 69.00 | 19 |
| 16 | 37.00 | 35.00 | -2 | 56.00 | 71.00 | 15 |
| 17 | 44.00 | 46.00 | 2 | 40.00 | 72.00 | 32 |
| 18 | 39.00 | 41.00 | 2 | 35.00 | 72.00 | 37 |
| 19 | 47.00 | 48.00 | 1 | 46.00 | 68.00 | 22 |
| 20 | 41.00 | 40.00 | -1 | 41.00 | 68.00 | 27 |
| 21 | 42.00 | 41.00 | -1 | 48.00 | 70.00 | 22 |

ตารางที่ 5 (ต่อ)

| คนที่ | กลุ่มควบคุม | | | กลุ่มทดลอง | | |
|-------|-------------|-----------|------|------------|-----------|-------|
| | Pre-test | Post-test | d | Pre-test | Post-test | d |
| 22 | 51.00 | 50.00 | -1 | 51.00 | 73.00 | 22 |
| 23 | 38.00 | 41.00 | 3 | 56.00 | 71.00 | 15 |
| 24 | 43.00 | 43.00 | 0 | 39.00 | 69.00 | 30 |
| 25 | 45.00 | 47.00 | 2 | 37.00 | 69.00 | 32 |
| รวม | 1140 | 1156 | 38 | 1170 | 1731 | 561 |
| Mean | 45.6 | 46.24 | 0.64 | 46.8 | 69.24 | 22.44 |
| S.D. | 6.07 | 5.78 | 1.73 | 6.95 | 2.05 | 6.62 |
| แปลผล | ปานกลาง | ปานกลาง | | ปานกลาง | สูง | |

ส่วนที่ 3 ข้อมูลคะแนนความรู้เรื่องโรคต่อหิน ของผู้ป่วยโรคต่อหินกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้
ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 6 แสดงคะแนนความรู้เรื่องโรคต่อหิน ของผู้ป่วยโรคต่อหินกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้
ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง

| คนที่ | คะแนนความรู้เรื่องโรคต่อหิน | |
|-------|-----------------------------|-----------|
| | ก่อนทดลอง | หลังทดลอง |
| 1 | 11 | 18 |
| 2 | 16 | 19 |
| 3 | 12 | 18 |
| 4 | 18 | 20 |
| 5 | 10 | 19 |
| 6 | 18 | 20 |
| 7 | 16 | 20 |
| 8 | 15 | 19 |
| 9 | 16 | 18 |
| 10 | 17 | 20 |
| 11 | 11 | 19 |
| 12 | 16 | 18 |
| 13 | 12 | 19 |
| 14 | 17 | 20 |
| 15 | 10 | 17 |
| 16 | 17 | 19 |
| 17 | 10 | 19 |
| 18 | 17 | 19 |
| 19 | 16 | 19 |
| 20 | 11 | 18 |
| 21 | 16 | 20 |

ตารางที่ 6 (ต่อ)

| คนที่ | คะแนนความรู้เรื่องโรคติดต่อ | |
|-------|-----------------------------|-----------|
| | ก่อนทดลอง | หลังทดลอง |
| 22 | 16 | 20 |
| 23 | 18 | 20 |
| 24 | 17 | 19 |
| 25 | 17 | 20 |
| Mean | 14.80 | 19.08 |
| S.D. | 2.87 | 0.86 |

ส่วนที่ 4 ข้อมูลคะแนนทักษะการใช้ยาหยอดตาของผู้ป่วยโรคต้อหินกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 7 แสดงคะแนนทักษะการใช้ยาหยอดตา ของผู้ป่วยโรคต้อหินกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง (ประเมินหลักจากฝีกทักษะรอบแรก)

| คนที่ | คะแนนทักษะการใช้ยาหยอดตา | |
|-------|--------------------------|-----------|
| | ก่อนทดลอง | หลังทดลอง |
| 1 | 7 | 10 |
| 2 | 6 | 10 |
| 3 | 8 | 10 |
| 4 | 5 | 8 |
| 5 | 8 | 10 |
| 6 | 6 | 10 |
| 7 | 5 | 7 |
| 8 | 8 | 10 |
| 9 | 7 | 10 |
| 10 | 6 | 10 |
| 11 | 8 | 10 |
| 12 | 6 | 10 |
| 13 | 7 | 10 |
| 14 | 6 | 10 |
| 15 | 7 | 9 |
| 16 | 7 | 10 |
| 17 | 7 | 10 |
| 18 | 8 | 10 |
| 19 | 7 | 10 |
| 20 | 8 | 10 |
| 21 | 8 | 10 |

ตารางที่ 7 (ต่อ)

| คนที่ | คะแนนทักษะการใช้ยาหยอดตา | |
|-------|--------------------------|-----------|
| | ก่อนทดลอง | หลังทดลอง |
| 22 | 5 | 9 |
| 23 | 7 | 10 |
| 24 | 6 | 8 |
| 25 | 8 | 10 |
| Mean | 6.84 | 9.64 |
| S.D. | 1.03 | 0.81 |

จากการประเมินทักษะการใช้ยาหยอดตาหลังการสาธิต ประเมินรอบแรกมีกลุ่มตัวอย่างไม่ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลองคือต้องผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 อยู่ 5 คน ผู้วิจัยได้สาธิตและให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกปฏิบัติซ้ำและประเมินซ้ำจนผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง ร้อยละ 100

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

5.1 ผลการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | Cronbach's Alpha Based on Standardized Items | N of Items |
|------------------|--|------------|
| .768 | .784 | 15 |

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Ad1 | 44.2000 | 29.833 | .358 | .758 |
| Ad2 | 43.7200 | 30.793 | .515 | .748 |
| Ad3 | 43.6000 | 31.833 | .190 | .773 |
| Ad4 | 43.6800 | 30.810 | .195 | .780 |
| Ad5 | 43.8800 | 31.277 | .179 | .779 |
| Ad6 | 43.3600 | 33.407 | .054 | .782 |
| Ad7 | 44.2800 | 29.793 | .435 | .750 |
| Ad8 | 43.7200 | 28.627 | .638 | .732 |
| Ad9 | 43.7600 | 25.357 | .686 | .715 |
| Ad10 | 44.2800 | 30.377 | .313 | .762 |
| Ad11 | 43.6800 | 30.810 | .195 | .780 |
| Ad12 | 44.0800 | 27.910 | .627 | .729 |
| Ad13 | 43.7200 | 28.627 | .638 | .732 |
| Ad14 | 43.9200 | 29.993 | .568 | .742 |
| Ad15 | 43.7600 | 28.690 | .615 | .733 |

5.2 ผลการวิเคราะห์คะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคไตกลุ่มควบคุม
ก่อนและหลังการทดลอง

Paired Samples Statistics

| | Mean | N | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|--------------------------|---------|----|----------------|-----------------|
| Pair 1 Adherence.Pretest | 45.6000 | 25 | 6.06905 | 1.21381 |
| Adherence.Posttest | 46.2400 | 25 | 5.78273 | 1.15655 |

Paired Samples Correlations

| | N | Correlation | Sig. |
|--|----|-------------|------|
| Pair 1 Adherence.Pretest & Adherence.Posttest | 25 | .959 | .000 |

Paired Samples Test

| | Paired Differences | | | | | t | df | Sig. (2-tailed) |
|---|--------------------|-------------------|--------------------|--|--------|--------|----|--------------------|
| | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean | 95% Confidence Interval of the Difference | | | | |
| | | | | Lower | Upper | | | |
| Adherence.Pretest - Adherence.Posttest | -.64000 | 1.72916 | .34583 | -1.35376 | .07376 | -1.851 | 24 | .077 |

5.3 ผลการวิเคราะห์คะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคไตหิ้นกลุ่ม
ทดลองก่อนและหลังการทดลอง

Paired Samples Statistics

| | Mean | N | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|---------------------------|---------|----|----------------|-----------------|
| Pair 1 Adherence.Prestest | 46.8000 | 25 | 6.95222 | 1.39044 |
| Adherence.Posttest | 69.2400 | 25 | 2.04695 | .40939 |

Paired Samples Correlations

| | N | Correlation | Sig. |
|---|----|-------------|------|
| Pair 1 Adherence.Prestest & Adherence.Posttest | 25 | .305 | .138 |

Paired Samples Test

| | Paired Differences | | | | | t | df | Sig. (2-tailed) |
|--|--------------------|-------------------|--------------------|--|-----------|---------|----|--------------------|
| | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean | 95% Confidence Interval of the Difference | | | | |
| | | | | Lower | Upper | | | |
| Adherence.Prestest - Adherence.Posttest | -22.44 | 6.62118 | 1.32424 | -25.17309 | -19.70691 | -16.946 | 24 | .000 |

5.4 ผลการวิเคราะห์คะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคไตหิน

กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง

Group Statistics

| Status | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|---------------------------|----|---------|----------------|-----------------|
| Adherence.Pre กลุ่มควบคุม | 25 | 45.6000 | 6.06905 | 1.21381 |
| กลุ่มทดลอง | 25 | 46.8000 | 6.95222 | 1.39044 |

Independent Samples Test

| | Levene's Test for Equality of Variances | t-test for Equality of Means | | | | | | | | |
|---------------------|---|------------------------------|------|-------|--------|-----------------|-----------------|---|----------|--------|
| | | | | | | | | 95% Confidence Interval of the Difference | | |
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | Lower | Upper |
| Adherence. Pre-test | Equal variances assumed | .943 | .336 | -.650 | 48 | .519 | -1.20000 | 1.84572 | -4.91106 | 2.5110 |
| | Equal variances not assumed | | | -.650 | 47.140 | .519 | -1.20000 | 1.84572 | -4.91281 | 2.5128 |

5.5 ผลการวิเคราะห์คะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคไตขึ้น

กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองหลังการทดลอง

Group Statistics

| Status | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|--------------------------------|----|---------|----------------|-----------------|
| Adherence.Posttest กลุ่มควบคุม | 25 | 46.2400 | 5.78273 | 1.15655 |
| Adherence.Posttest กลุ่มทดลอง | 25 | 69.2400 | 2.04695 | .40939 |

Independent Samples Test

| | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | | |
|---------------------|---|-------|------------------------------|--------|--------|------|-----------------|---|-----------------------|---------|
| | | | | | | | | 95% Confidence Interval of the Difference | | |
| | | | F | Sig. | T | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | Lower |
| Adherence. Posttest | Equal variances assumed | 18.72 | .000 | -18.74 | 48 | .000 | -23.000 | 1.22687 | -25.466 | -20.533 |
| | Equal variances not assumed | | | -18.74 | 29.921 | .000 | -23.000 | 1.22687 | -25.505 | -20.494 |

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววันทนา รัตนมณี เกิดเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2519 ภูมิลำเนาจังหวัด กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย เมื่อปี พ.ศ. 2542 และได้รับการบรรจุเป็นพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 3 ปฏิบัติงานอยู่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ประวัติการปฏิบัติงาน

พฤษภาคม – ตุลาคม พ.ศ. 2542 ฝึกปฏิบัติงานแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยในชาย ตึกวชิราวุธ

พฤศจิกายน พ.ศ. 2542 – พฤศจิกายน พ.ศ. 2548 ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม

ธันวาคม พ.ศ. 2548 – ปัจจุบัน ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกจักษุกรรม

ปัจจุบัน ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6 ขณะนี้กำลังศึกษาต่อในระดับปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ แขนงการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2554