

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน
โรงพยาบาลราชวิถี

ปริญญานิพนธ์
ของ
ธีรา พงษ์พานิช

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
กุมภาพันธ์ 2544
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

124501

25 (H.B.) 2544

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปฏิญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

.....ประธาน

(รองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัชฌิมามกุล)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์)

คณะกรรมการสอบ

.....ประธาน

(รองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัชฌิมามกุล)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(รองศาสตราจารย์ สุจินต์ ปรีชาमारณ)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรพิมล เพรา ผลเจริญสุข)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปฏิญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

วันที่...๒๕...เดือน...พ.ค. 2544

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ สัตวแพทย์หญิง นภาพร มัชฌิมานุกร ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ และให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจ แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งให้การสนับสนุน และให้กำลังใจตลอดมาจนสามารถดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ ได้เป็นผลสำเร็จ รวมทั้ง รองศาสตราจารย์ สุจินต์ ปรีชามารภ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ พริ้มเพรา ผลเจริญสุข กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม ในการให้คำแนะนำ และแก้ไขข้อบกพร่อง และขอขอบคุณอาจารย์ ทรงพล ต่อนี้ ที่กรุณาให้คำปรึกษา และข้อแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจแก้ไข และให้คำแนะนำในการสร้างเครื่องมือวิจัยให้สมบูรณ์ ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ พงศ์ศักดิ์ บัณฑิติมะกุล ที่กรุณาให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัย พร้อมกันนี้ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมทั้งขอขอบคุณผู้ป่วยโรคต้อหินที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ สุรพงษ์ – คุณแม่ มุกดา พงษ์พานิช และคุณกุลธวัช พงษ์พานิช พี่ชาย ที่คอยให้ความช่วยเหลือ ห่วงใจ เอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย ให้มีความมุ่งมั่นมาโดยตลอด จนทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ธีรา พงษ์พานิช

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
คำนำ.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	5
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	5
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย.....	9
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	9
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	41
การวิจัยในต่างประเทศ.....	41
การวิจัยในประเทศไทย.....	42
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า.....	49
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	50
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง.....	50
ประชากร.....	50
กลุ่มตัวอย่าง.....	50
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล.....	51
ลักษณะของเครื่องมือ.....	51
เกณฑ์การให้คะแนน.....	51
ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ.....	53
การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	53
วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	55
วิธีจัดกระทำกับข้อมูล.....	55
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	58

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า.....	65
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์ และแปลผล.....	65
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
ผลการศึกษาค้นคว้า.....	66
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	89
บทย่อ.....	89
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	89
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	89
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	89
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	91
อภิปรายผล.....	92
ข้อเสนอแนะ.....	107
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป.....	108
บรรณานุกรม.....	109
ภาคผนวก.....	119
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	137

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยโรคต้อหิน จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส.....	67
2	จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยโรคต้อหิน จำแนกตามการดูแลตนเอง.....	70
3	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน...	72
4	จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยโรคต้อหิน จำแนกตามความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต้อหิน และการสนับสนุนทางสังคม.....	73
5	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต้อหิน และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคต้อหิน.....	74
6	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามเพศ.....	75
7	คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามอายุ.....	76
8	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามอายุ.....	76
9	คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามระดับการศึกษา.....	77
10	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามระดับการศึกษา.....	77
11	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีระดับการศึกษาต่างกัน.....	78
12	คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามอาชีพ.....	78

ตาราง	หน้า
13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคต่อหื่นที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหื่น โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามอาชีพ.....	79
14 คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคต่อหื่น ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหื่น โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามรายได้.....	79
15 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคต่อหื่น ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหื่น โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามรายได้.....	80
16 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ ในการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคต่อหื่น ที่มีรายได้ต่างกัน.....	80
17 คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคต่อหื่น ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหื่น โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	81
18 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคต่อหื่นที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหื่น โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	81
19 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ ในการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคต่อหื่น ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน.....	82
20 คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคต่อหื่น ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหื่น โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต่อหื่น.....	82
21 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคต่อหื่นที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหื่น โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต่อหื่น.....	83
22 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ ในการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคต่อหื่น ที่มีความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต่อหื่นต่างกัน.....	84

ตาราง	หน้า
23 คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม.....	84
24 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคต่อหินที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม.....	85
25 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ ในการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน.....	85
26 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ในการทำนายการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี.....	86

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 ชั้นต่าง ๆ ของลูกตา.....	11
2 ชั้นต่าง ๆ ของจอประสาทตา.....	12
3 โครงสร้างของลูกตา.....	14
4 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	49

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

ในปัจจุบัน ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการพัฒนาประเทศ ส่งผลกระทบต่อวิถีทางการดำเนินชีวิต และสิ่งแวดล้อมในประเทศเป็นอย่างมาก แม้แต่ในเรื่องของการเจ็บป่วยก็มีการเปลี่ยนรูปแบบไปจากเดิม ในด้านปัญหาทางการแพทย์ และสาธารณสุขของประเทศ ในอดีตโรคที่เป็นสาเหตุ ทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเสียชีวิตที่สำคัญมักเป็นโรคติดต่อต่าง ๆ ปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์ และสาธารณสุขเจริญก้าวหน้ามากขึ้น ทำให้แนวโน้มการเกิดโรคติดต่อ และอัตราการเสียชีวิตของประชาชนลดลง แต่ขณะเดียวกันการเกิดโรคไม่ติดต้อมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะโรคตา ก็ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลให้โรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทางจักษุเปลี่ยนแปลงไปจากกลุ่มโรคที่เกิดจากสาเหตุที่หลีกเลี่ยงได้ (Avoidable blindness) เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากสาเหตุที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Unavoidable blindness) โดยมีสาเหตุหลักจากโรคไ้เชื้อ หรือโรคไม่ติดต่อ (Non – communicable disease) อันได้แก่ โรคของจอประสาทตา โรคต้อหิน อุบัติเหตุทางตา ความผิดปกติทางสายตา ซึ่งยากต่อการดำเนินการแก้ไข เนื่องจากโรคเหล่านี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่อนข้างสูง (ผ่องพัทตร์ ชูศรี. 2542 : 70) ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญปัญหาหนึ่ง

ในการพัฒนาประเทศ จะมีการพัฒนาที่ดีได้อยู่ที่คนในประเทศ มีคุณภาพดี และสุขภาพของคนนับเป็นปัญหาพื้นฐานอันดับแรกที่จะต้องพัฒนา ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) ได้กำหนดทิศทางการดำเนินงานที่สำคัญ คือการเน้นให้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา โดยมีความมุ่งหมายที่จะพัฒนาศักยภาพของประชาชนเป็นสำคัญ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ มีทักษะที่จำเป็นทางด้านสุขภาพ และส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชน บุคคลและครอบครัวให้สามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพ ตลอดจนมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ สามารถดำรงชีวิตประจำวันอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

ดวงตา เป็นอวัยวะรับสัมผัสที่สำคัญที่สุด เพราะมนุษย์ใช้ประสาทสัมผัสทางตา รับข้อมูลจากสิ่งแวดล้อม และช่วยป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่จะเข้ามากระทบต่อร่างกาย ดวงตา เป็นอวัยวะที่มีความสำคัญในชีวิตของแต่ละคน โรคหรืออันตรายที่มีผลต่อดวงตา จะเป็นที่น่าหว่นเกรงมากที่สุดในชีวิตมนุษย์ การป้องกันดวงตาไม่ให้เกิดอันตรายจนเป็นเหตุให้เกิดความพิการ หรือตาบอดก่อนเวลาอันสมควรจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ที่ตาบอดคือผู้ที่ต้องตกอยู่ในโลกแห่งความมืด นำมาซึ่งความทุกข์ทรมาน ไร้ซึ่งความสามารถต่าง ๆ เกือบทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นในด้านการเรียนรู้ การปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน อย่างปกติย่อมจะต้องลดถอยลง ทำให้ขาดความก้าวหน้าในชีวิต คุณภาพชีวิตลดลง นำมาซึ่งความทุกข์ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ เป็นภาระหนักของครอบครัว และสังคม ที่จะต้องสูญเสียเงินและบุคลากรในการดูแล ทำให้ประเทศขาดกลุ่มประชากรที่จะช่วยพัฒนาประเทศ ในการสร้างผลผลิตอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศเป็นอย่างมาก

โรคต้อหิน เป็นโรคตาที่สำคัญโรคหนึ่งที่เป็นสาเหตุทำให้คนตาบอด จะพบได้ในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทยด้วย จากรายงานขององค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่า มีประชากรที่สงสัยว่าเป็นโรคต้อหินประมาณ 100 ล้านคน และจำนวนกว่า 20 ล้านคนที่ทุกข์ทรมานจากโรคต้อหิน ส่วนอีก 5 ล้านคน ตาบอดจากโรคต้อหิน โดยร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคต้อหิน พบในประเทศที่กำลังพัฒนา (จิตติรักษ์ วิเศษศิลปานนท์ และดวงพร เชี่ยวชาญธนกิจ. 2542 : 100) สำหรับในประเทศไทย มีรายงานการสำรวจของคณะทำงานโครงการป้องกันตาบอด และควบคุมสายตาศาพิกการ พบว่า สาเหตุตาบอดที่พบบ่อยในชุมชน ได้แก่ (ธนารักษ์ สุวรรณประพิศ. 2538 : ไม่มีเลขหน้า)

1. โรคต้อกระจก
2. โรคต้อหิน
3. โรคติดเชื้อที่ตา
4. อุบัติเหตุต่อดวงตา
5. แผลกระจกตาตำ
6. ริดสีดวงตา
7. โรคตาบอดจากการขาดสารอาหาร
8. ต้อเนื้อ
9. สภาวะที่สายตาสั้น น้อยกว่า 3/60

จากรายงานดังกล่าว จะพบว่า โรคต้อหินอยู่ในอันดับ 2 ของโรคที่เป็นสาเหตุตาบอดทั้งหมด การศึกษาสาเหตุที่ทำให้ตาบอดของคุณาวิศรุต และคนอื่น ๆ (Kunavisarut and others. 1981 : 766) ในผู้ป่วยตาบอดจากโรคตาที่รักษาไม่ได้ ซึ่งมารับบริการที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลรามาธิบดี และได้ขึ้นทะเบียนตาบอด ตั้งแต่ พ.ศ. 2521 – 2523 พบว่า มีจำนวน 218 ราย และในจำนวนนี้มี 55 ราย หรือร้อยละ 25.23 เกิดจากโรคต้อหิน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งที่ทำให้ตาบอดจากโรคตา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ญาณี เจียมไชยศรี, รจิต ตูจินดา และปรีชา เมฆานันท์ (2531 : 423 – 424) พบว่า สาเหตุที่ทำให้ตาบอดของผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ. 2531 มีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นต้อหินระยะสุดท้าย 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.21

โรงพยาบาลราชวิถี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้บริการตรวจวินิจฉัย รักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพของโรคทั่ว ๆ ไป และโรคเฉพาะทาง นอกจากนั้น ยังประกอบด้วยคลินิกพิเศษเฉพาะโรค เช่น คลินิกโรคไต คลินิกโรคเบาหวาน คลินิกโรคหัวใจและความดัน คลินิกโรคปอด คลินิกโรคจอประสาทตาและคลินิกโรคต้อหิน เป็นต้น โดยให้บริการแก่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป รวมทั้งผู้ป่วยที่เป็นโรครุนแรง ซึ่งถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อมารับการรักษาพยาบาลด้วยวิธีการที่ซับซ้อน หรือวิธีการที่ทันสมัย ในจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาทั้งหมด โรคตาเป็นโรคหนึ่งที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการตรวจรักษาจำนวนมาก โดยเฉพาะโรคต้อหิน จากสถิติผู้ป่วยต้อหินที่เข้ารับบริการตรวจรักษา ในปี พ.ศ. 2539 พบว่า มีจำนวน 794 รายต่อปี ปี พ.ศ. 2540 จำนวน 816 รายต่อปี และในปี พ.ศ. 2541 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเป็น 1,029 รายต่อปี

จากสถิติที่ปรากฏข้างต้น จะพบว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินมีจำนวนสูงขึ้น และมีแนวโน้มว่า จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี โรคต้อหินเป็นโรคที่มีความสำคัญต่อปัญหาสาธารณสุขมาก เพราะนอกจากจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดตาบอดแล้ว ยังมีความสำคัญในแง่ของผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศชาติ เนื่องจากเป็นโรคที่ต้องการการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องเป็นเวลานานตลอดชีวิตของผู้ป่วย ต้องใช้บุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะด้านตลอดจนเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่าง ๆ ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง

นอกจากนี้ โรคต้อหินยังเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ และสังคมของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เพราะเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องได้รับการรักษา และติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ มีความวิตกกังวลว่า

ดาจะบอดห้อยเท้าสิ้นหวัง ความมีคุณค่าในตนเองลดลง การดำเนินชีวิต และสังคมของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป (สุจินดา ริมศรีทอง และคนอื่น ๆ. 2537 : 4) มีผลกระทบต่องานการทำงานปริมาณและคุณภาพในการทำงานลดลงก่อให้เกิดความกดดันในการทำงานสูงขึ้น อาจต้องมีการเปลี่ยนแปลงงานหรือออกจากงาน ทำให้มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วย กลายเป็นผู้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งผู้อื่น ทำให้เป็นภาระต่อครอบครัว และสังคม (ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และพันธ์ศักดิ์ วรวัศวปติ. 2536 : 64 – 68)

การจะป้องกันไม่ให้ภาวะของโรคต่อหินลุกลามมากขึ้นนั้น ต้องอาศัยการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง การชะลออาการของโรคที่เป็นอยู่ไม่ให้เพิ่มหรือดำเนินความรุนแรงมากขึ้นนั้น จำเป็นต้องมีการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี ซึ่งนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากร ตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – พ.ศ.2544) ได้ให้ความสำคัญของการดูแลตนเอง ไว้ว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี เป็นสิ่งที่ทุกคนต้องกระทำไม่ว่าหญิง ชาย หรือเด็ก ถ้าการดูแลตนเองไม่ได้รับการคงไว้ การเจ็บป่วย การเป็นโรค หรือการตายจะเกิดขึ้น

การดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายและตั้งใจ เพื่อดำรงรักษาชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน ตลอดจนหลีกเลี่ยงจากโรคภัย ภัยอันตรายที่คุกคามชีวิต การที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว บุคคลนั้นจะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem. 1991 : 145) ซึ่งผู้ที่ดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยโอเร็ม (Orem. 1991 : 117) ได้แบ่งการดูแลตนเองที่จำเป็นออกเป็น 3 ด้าน คือ ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self – care requisites) ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental self – care requisites) และความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self – care requisites) ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยโรคต่อหินได้มีการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง และเหมาะสมก็จะช่วยลดความรุนแรง และป้องกันการสูญเสียสายตาไม่ให้ลุกลามมากกว่าที่เป็นอยู่จนกลายเป็นคนตาบอดได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน เพื่อจะได้ทราบข้อมูลอันจะเป็นแนวทางในการหาวิธีป้องกันแก้ไข แนะนำและส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อช่วยลดความรุนแรงของโรค ตลอดจนเป็นแนวทางในการให้สุขศึกษา และแนะนำการดูแลตนเองที่ถูกต้อง แก่ผู้ป่วยต่อหินต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน
2. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน และการสนับสนุนทางสังคม
3. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน และการสนับสนุนทางสังคม

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน
2. นำผลที่ได้จากการศึกษา ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนปฏิบัติงาน และส่งเสริมผู้ป่วยโรคต่อหิน ให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง
3. เป็นข้อมูลให้แก่ทีมงานสุขภาพในการวางแผน และพัฒนา ปรับปรุง จัดดำเนินงานสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคต่อหิน แก่ผู้มารับบริการ และประชาชนทั่วไป เพื่อให้เกิดแนวทางในการป้องกัน และการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม
4. เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่เข้ารับการตรวจรักษาในคลินิกโรคต่อหิน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี โดยได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ว่าเป็นโรคต่อหิน และเป็นผู้ที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตประสาท หรือการสื่อสารภาษา

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 1,029 คน (สถิติจำนวนผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2540 ถึง 30 กันยายน 2541)

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 300 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร ยามาเน่ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2536 : 296 ; อ้างอิงมาจาก Yamane. 1967 : 886 – 887) โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต่อหิน และการสนับสนุนทางสังคม

3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคต่อหินกระทำในชีวิตประจำวัน เพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งประกอบด้วย

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

1.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการของชีวิต ได้แก่ การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะที่มีผลให้พัฒนาการของบุคคลเสื่อมถอย หรือขาดหายไป การบรรเทาความเครียด และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคต่อหิน

1.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ได้แก่ การแสวงหา และได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรที่มสุขภาพ การรับรู้ ความสนใจ และการตระหนักถึงอันตราย และผลเสียที่จะเกิดขึ้น อันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพการปฏิบัติตามแผนการรักษา การปรับและยอมรับภาวะสุขภาพของตน และการเรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขของผู้ป่วยโรคต่อหิน

การดูแลตนเอง สามารถวัดได้โดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. ผู้ป่วยโรคต่อหิน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ว่าเป็นโรคต่อหิน และมาติดตามการรักษาเพื่อควบคุมอาการของโรคที่คลินิกโรคต่อหิน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี

3. อายุ หมายถึง อายุเต็มปีบริบูรณ์ของผู้ป่วยโรคต้อหิน นับถึงวันที่เก็บข้อมูล โดยแบ่งเป็นกลุ่มดังนี้

- 3.1 ต่ำกว่า 30 ปี
- 3.2 30 – 40 ปี
- 3.3 41 – 50 ปี
- 3.4 51 – 60 ปี
- 3.5 61 – 70 ปี
- 3.6 70 ปีขึ้นไป

4. ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยโรคต้อหิน โดยแบ่งระดับการศึกษา ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2529 : 25 – 26)

- 4.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา
- 4.2 ประถมศึกษา
- 4.3 มัธยมศึกษา
- 4.4 อุดมศึกษา

5. อาชีพ หมายถึง ลักษณะงานที่ผู้ป่วยโรคต้อหิน ยึดเป็นหลักในการหาเลี้ยงชีพ ที่เป็นรายได้สูงสุด แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2534 : 6)

- 5.1 ค้าขาย หมายถึง ผู้ทำการค้าทุกชนิด รวมทั้งหาบเร่ แผงลอย
- 5.2 รับจ้าง หมายถึง ผู้รับจ้างรายวัน รายเดือน ซึ่งมีรายได้ไม่แน่นอน
- 5.3 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้ที่มีอาชีพในการทำนา ทำสวน ทำไร่ หรือเลี้ยงสัตว์ เพื่อนำผลผลิตมาจำหน่าย
- 5.4 รับราชการ หมายถึง ผู้ทำงานในสังกัดรัฐบาล หรือรัฐวิสาหกิจ
- 5.5 แม่บ้าน หมายถึง ผู้ที่อยู่บ้านเลี้ยงดูบุตร ไม่มีรายได้เลี้ยงครอบครัว
- 5.6 นักเรียน / นักศึกษา หมายถึง ผู้ที่กำลังศึกษาอยู่

6. รายได้ หมายถึง เงินที่ได้จากการประกอบอาชีพ หรือรายได้อื่น ๆ ของผู้ป่วยโรคต้อหินเฉลี่ยต่อเดือน ซึ่งแบ่งออกได้ดังนี้

- 6.1 ต่ำกว่า 5,000 บาท
- 6.2 5,000 – 10,000 บาท
- 6.3 10,001 – 15,000 บาท
- 6.4 15,000 บาทขึ้นไป

7. สถานภาพสมรส หมายถึง ลักษณะความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตร่วมกันแบบสามี ภรรยา ของผู้ป่วยโรคต่อหินในปัจจุบัน แบ่งได้ดังนี้

7.1 โสด

7.2 คู่

7.3 หม้าย / หย่าร้าง / แยกกันอยู่

8. ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน หมายถึง ความสามารถในการจดจำเกี่ยวกับโรคต่อหินในเรื่อง สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคต่อหิน

9. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการยอมรับ และสนับสนุนให้กำลังใจ เอาใจใส่ดูแล จากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือบุคลากรทางการแพทย์

10. คลินิกโรคต่อหิน หมายถึง คลินิกพิเศษเฉพาะโรคทางจักษุที่ให้บริการตรวจรักษาทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคต่อหิน ของโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งเปิดให้บริการในวันจันทร์ และวันพฤหัสบดี เวลา 13.00 – 16.00 น. ของทุกสัปดาห์

11. โรงพยาบาลราชวิถี หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ให้บริการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของโรคทั่ว ๆ ไป และโรคเฉพาะทาง โดยให้บริการแก่ผู้ป่วย และประชาชนทั่ว ๆ ไป รวมทั้งเป็นสถานที่ดำเนินการศึกษา ค้นคว้า วิเคราะห์ และวิจัยทางวิชาการแพทยด้านโรคทั่วไป และเป็นสถานที่ในการศึกษา ฝึกอบรมศึกษาดูงาน และถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์ ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ทั้งชาวไทยและต่างประเทศ

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า เอกสารที่เกี่ยวข้อง คือ กายวิภาคและสรีรวิทยาของลูกตา ความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต้อหิน การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทฤษฎีการดูแลตนเอง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้ง การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าทั้งต่างประเทศและในประเทศ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

กายวิภาคและสรีรวิทยาของลูกตา (นภาพร มัชฌมางกูร. 2523 : 161 – 165)

ลูกตา (Eye ball) เป็นอวัยวะที่มีรูปร่างเกือบเป็นรูปทรงกลม เส้นผ่าศูนย์กลาง ประมาณ 24 มิลลิเมตร อยู่ในเบ้าตา ส่วนหน้าใสเป็นทางให้แสงสว่างผ่านเข้าตา ทางด้านหลังมีประสาทตา ซึ่งทำหน้าที่นำความรู้สึกการเห็นภาพไปยังสมอง ภายในมีของเหลวบรรจุอยู่เพื่อให้ลูกตากคงรูปร่างเดิม ลูกตาประกอบด้วย เนื้อเยื่อ 3 ชั้น คือ ชั้นนอก ชั้นกลาง และชั้นใน

ชั้นนอก (Fibrous coat)

ชั้นนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ กระจกตา (Cornea) อยู่ทางส่วนหน้า และตาขาว (Sclera) อยู่รอบ ๆ

กระจกตา (Cornea)

อยู่ส่วนหน้าสุด เป็นรูปโค้ง ผิวเรียบ เส้นผ่าศูนย์กลาง 10 – 12 มิลลิเมตร ความหนา ประมาณ 0.8 – 1 มิลลิเมตร ใส และโปร่งแสง ไม่มีเส้นเลือดมาเลี้ยง มีเส้นประสาทรับความรู้สึกมากมาย และประสานกันเป็นร่างแห จึงไวต่อความรู้สึก (ชนารักษ์ สุวรรณประพิศ. 2538 : 4) กระจกตาทำหน้าที่ เป็นตัวหักเหแสงที่ผ่านเข้าตาให้ไปตกบนจอประสาทตา (Retina) มากที่สุด เพื่อให้มองเห็นภาพได้ชัดเจน

ตาขาว (Sclera)

เป็นส่วนที่หุ้มลูกตาไว้ทั้งหมด ยกเว้นกระจกตา ตาขาวมีสีขาวทึบ ประกอบด้วยเนื้อเยื่อผังผืดเหนียว (Fibrous tissue) ทางด้านหน้าของตาขาวจะทำหน้าที่คงรูปร่างของลูกตา ส่วนทางด้านหลังของตาขาวจะหนา และแสงผ่านไม่ได้ นอกจากนี้ ยังมีเส้นประสาทผ่าน เข้ามายัง

ส่วนหลัง ทำให้ส่วนนี้มีผิวเป็นสีน้ำตาล และแยกตัวออกจากส่วนของชั้นกลางของลูกตา ทำให้เกิดช่องว่าง มีน้ำขังอยู่ และมีเส้นเลือดมาเลี้ยงบริเวณนี้เพียงเล็กน้อย

ชั้นกลาง (Vascular coat)

ชั้นนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ขมอยด์ (Choroid) ตัวปรับความโค้งแก้วตา (Ciliary body) และม่านตา (Iris)

ขมอยด์ (Choroid)

เป็นเยื่อบางสีน้ำตาลเข้ม อยู่ติดกับส่วนของตาขาว และด้านหลังของขมอยด์ มีเส้นประสาทตาผ่านเข้าไปเช่นเดียวกับตาขาว ผิวด้านในจะติดกับชั้นสีของจอประสาทตา (Retina) ขมอยด์ จะมีเส้นเลือดฝอย เซลล์เม็ดสี และเซลล์อื่น ๆ มารวมกันเกิดเป็นร่างแห ทำให้มีสีเข้มทึบ เพื่อป้องกันกั้นการหักเหของแสงในลูกตา

ตัวปรับความโค้งแก้วตา (Ciliary body)

เป็นส่วนต่อจาก ขมอยด์ อยู่ในบริเวณใต้ขอบของกระจกตา ส่วนนี้จะมีรอยพับเรียงเป็นรัศมีไปรอบ ๆ แก้วตา ซึ่งประกอบเป็น Ciliary process และ Ciliary muscle ตัว Ciliary muscle จะเป็นตัวควบคุมการปรับผิวแก้วตา โดยมี Suspensory ligament ยึดอยู่ระหว่างกล้ามเนื้อกับแก้วตา

ตัวปรับความโค้งแก้วตา จะทำหน้าที่สร้างน้ำหล่อตา (Aqueous humour) และคอยปรับแก้วตา เพื่อให้ภาพที่ผ่านเข้าตา ตกที่จอประสาทตาพอดี ในกรณีที่ตัวปรับความโค้งแก้วตาผิดปกติ เช่น สร้างน้ำหล่อตาออกมาน้อยก็จะทำให้ลูกตาแฟบ และในทางตรงข้าม ถ้าสร้างน้ำหล่อตามากเกินไป จะทำให้น้ำคั่งอยู่ในลูกตามาก ทำให้ความดันในลูกตาสูง เกิดโรคต้อหินได้

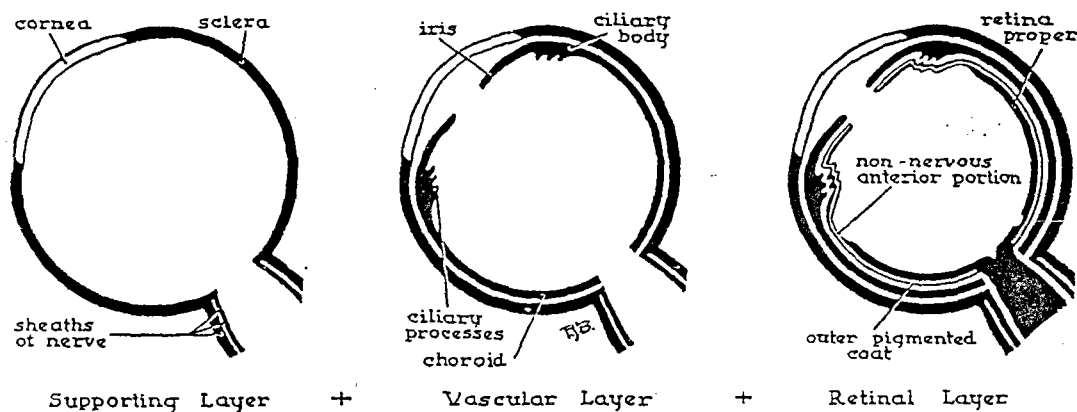
ม่านตา (Iris)

เป็นแผ่นกลมแบนอยู่ด้านหลังกระจกตา และอยู่หน้าแก้วตา ม่านตาจะยึดติดกับ Ciliary process ไว้ และเชื่อมกันตรงรอยต่อของกระจกตา กับตาขาว ตรงกลางม่านตาจะพบรูกลมอยู่ตรงกลาง เรียกรูม่านตา (Pupil) ซึ่งเป็นช่องที่แสงจะผ่านเข้าสู่ภายในลูกตาได้

ม่านตา ประกอบด้วย เนื้อเยื่อประสานเซลล์ เส้นเลือด และเส้นประสาท เซลล์เม็ดสีจะทำให้ม่านตามีสีต่าง ๆ เช่น ดำ น้ำตาล เขียว เป็นต้น ม่านตา จะยืดหดได้ เพื่อช่วยควบคุมแสงที่จะเข้าสู่ภายในลูกตา ให้มีจำนวนพอเหมาะ ทำให้การปรับภาพเห็นชัดมากขึ้น

ชั้นใน (Nervous coat)

ชั้นนี้ เป็นส่วนสำคัญเกี่ยวกับการเห็น มีลักษณะเป็นเยื่อบาง ๆ บ่อยภายในลูกตาเรียกว่า จอประสาทตา (Retina) จอประสาทตา จะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนหน้า และส่วนหลัง ส่วนหน้าจะอยู่ชิดติดกับตัวปรับความโค้งของแก้วตาบางส่วนท้ายของม่านตา ส่วนนี้ไม่ไวต่อแสงสว่าง ส่วนหลังจะเป็นส่วนที่ไวต่อแสงสว่างที่มากกระทบ



ภาพประกอบ 1 ชั้นต่าง ๆ ของลูกตา

ที่มา : Dawson, Helen L. 1974 : 341

จอประสาทตา แบ่งออกเป็น 2 ชั้น ได้แก่

ชั้นนอก ประกอบด้วย เซลล์ทรงกระบอก เรียงตัวกันอยู่ และมีเม็ดสีอยู่ภายในเซลล์
ชั้นนี้จะอยู่ติดกับ หมอรอยด์

ชั้นใน ประกอบด้วย เซลล์ประสาทเรียงตัวกันอยู่มากมาย เซลล์ประสาทเหล่านี้จะไป
รวมกันที่ประสาทตา (Optic nerve)

เซลล์ประสาทในชั้นนี้ จะเรียงตัวกันเป็นชั้น ๆ ดังนี้

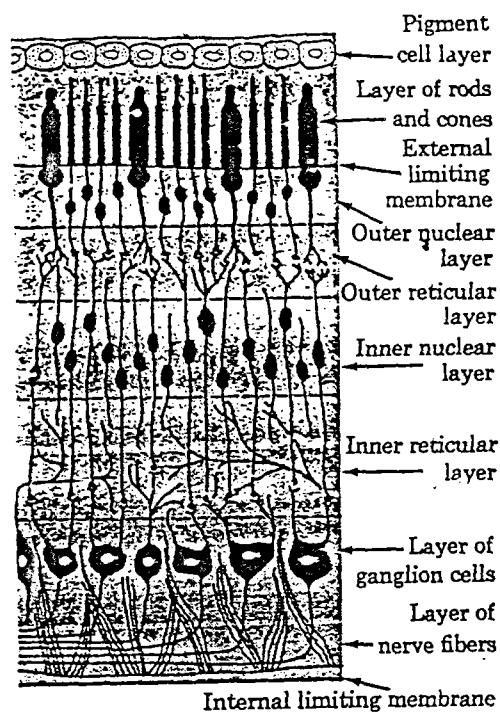
1. ชั้นนอกสุดติดกับเซลล์ที่เป็นทรงกระบอกที่มีเม็ดสีอยู่ภายในเซลล์ ชั้นนี้ประกอบด้วย
เซลล์ประสาทที่ไวต่อแสงสว่าง คือ Rod cell และ Cone cell
2. ชั้นกลาง เป็นชั้นของเซลล์ประสาทที่มี 2 กิ่งแยกจากเซลล์ (Bipolar neuron) ซึ่งเป็น
เซลล์ประสาทที่เชื่อม Rod cell และ Cone cell กับ Ganglion cell
3. ชั้นในสุด เป็นชั้นของ Ganglion cell ซึ่งแขนงเดนไดรต์ของเซลล์จะไปติดกับเซลล์
ชั้นกลาง และแอกซอนของเซลล์ในชั้นนี้จะส่งมารวม ๆ กัน กลายเป็นประสาทตา (Optic nerve)

Rod cell เป็นเซลล์รับรู้ที่สำคัญ เกี่ยวกับการมองเห็นในที่สลัว ภายในเซลล์มีเม็ดสีอยู่
เรียก Visual purple หรือ Rhodopsin เม็ดสีนี้จะจางลงเมื่อโดนแสงสว่าง และจะกลับคืนเมื่ออยู่ใน
ที่มืด Rod cell จะไวต่อแสงสว่างมาก แม้แสงจะมีจำนวนน้อยก็ตาม สารพวกวิตามิน A และ
นิโคตินาไมด์ (Nicotinamide) จำเป็นสำหรับการสร้างเม็ดสีชนิดนี้

Cone cell เป็นเซลล์รับรู้ที่สำคัญเกี่ยวกับการมองเห็น โดยเฉพาะในที่ที่มีแสงสว่างมาก เซลล์นี้จะมีเม็ดสี เรียกว่า Iodopsin หรือ Visual violet ซึ่งสารนี้จะไวต่อแสงสีแดงมากที่สุด สีเขียว และสีน้ำเงิน ร่องลงมา ทำให้สามารถแยกสีจากวัตถุที่มองเห็นได้ดี

ที่ตรงกลางของจอประสาทตา ซึ่งอยู่ทางด้านหลัง จะพบมีรอยบุ๋ม เป็นแอ่งลงไปมีสีเหลือง เรียกว่า Fovea centralis ซึ่งจุดนี้จะอยู่ระดับแกนเดียวกับสายตา บริเวณนี้พบว่ามี Cone cell เพียงอย่างเดียว เมื่อ Cone cell ถูกแสงสว่างที่นำภาพจากวัตถุมากระตุ้น ก็จะส่งสัญญาณกระแสประสาทไปตามเส้นประสาทตา ส่งไปยังสมองทันที และบริเวณที่ไกลออกไปจากจุดนี้ จะมีจำนวน Cone cell ลดลงไปเรื่อย ๆ ขณะเดียวกันก็จะเพิ่มจำนวน Rod cell มากขึ้น

นอกจากนี้ ยังมีบริเวณที่ไม่มี Rod และ Cone cell อยู่เลย ได้แก่ บริเวณจอประสาทตาที่เป็นที่รวมของเส้นประสาท เส้นเลือดมาเลี้ยงลูกตา บริเวณนี้เรียกว่าจุดบอด (Blind spot)



ภาพประกอบ 2 ชั้นต่าง ๆ ของจอประสาทตา

ที่มา : Dawson, Helen L. 1974 : 342

ส่วนที่บรรจุอยู่ในลูกตา (Contents of eyeball)

ภายในลูกตา ประกอบด้วยน้ำหล่อตา (Aqueous humour) แก้วตา (Lens) และน้ำวุ้นตา (Vitreous humour) โดยในลูกตาจะมีช่องว่างแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนด้านหน้า (Anterior part) และส่วนด้านหลัง (Posterior part)

1. ส่วนด้านหน้า (Anterior part) เป็นช่องที่อยู่ระหว่างกระจกตาดำ และม่านตาเรียกว่า ช่องหน้าม่านตา (Anterior chamber) บรรจุด้วยน้ำหล่อตา (Aqueous humour) เป็นน้ำใส ๆ ที่สร้างจากตัวปรับความโค้งแก้วตา (Ciliary body) ซึมออกมาที่ช่องหลังม่านตา ผ่านรูม่านตาไปในช่องหน้าม่านตา ลงสู่ช่องบริเวณมุมลูกตา (Schlemm's canal) สู่อัตตาเพื่อช่วยรักษาระดับความดันภายในลูกตาให้คงที่ ถ้าน้ำหล่อตามีปริมาณน้อย ตาจะมืด ถ้ามีมาก เช่น ถูกผลิตมาก มีการอุดตัน หรือความดันในเส้นเลือดเพิ่มขึ้น จะทำให้ความดันภายในลูกตาเพิ่มขึ้น เกิดโรคต้อหินได้ นอกจากนี้ น้ำหล่อตายังทำหน้าที่หล่อเลี้ยงแก้วตา และกระจกตาด้วย

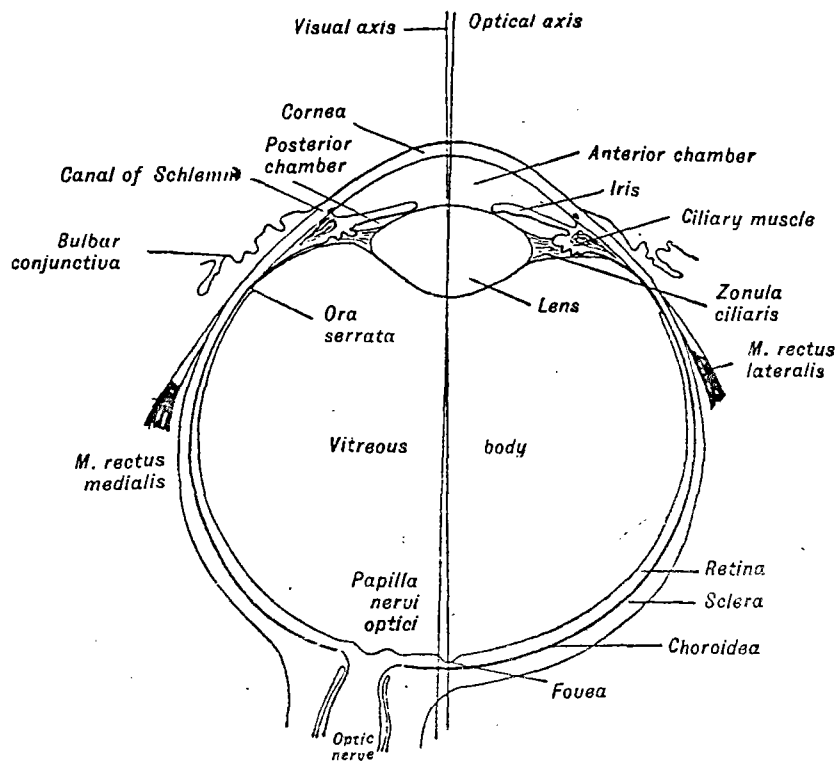
2. ส่วนด้านหลัง (Posterior part) เป็นช่องที่อยู่หลังม่านตา แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

2.1 ช่องหลังม่านตา (Posterior chamber) ช่องนี้อยู่หลังม่านตาเป็นช่องเล็ก ๆ ส่วนขอบล้อมรอบด้วยตัวปรับความโค้งแก้วตา ตรงกลางมีแก้วตาแขวนอยู่ และภายในบรรจุด้วยน้ำหล่อตา

2.2 ช่องน้ำวุ้นตา (Vitreous chamber) เป็นช่องใหญ่อยู่ถัดจากด้านหลังของแก้วตา บรรจุด้วยน้ำลักษณะเหมือนวุ้น เรียกว่า น้ำวุ้นตา (Vitreous humour) อยู่ในโพรงใหญ่ระหว่างแก้วตา กับจอประสาทตา ทำหน้าที่รักษารูปร่างของลูกตาให้คงรูปร่างกลม ไม่เช่นนั้น ลูกตาจะยุบลงไปเมื่อได้รับแรงกดดันจากภายนอก

แก้วตา (Lens)

อยู่หลังม่านตา มีกล้ามเนื้อยึดติดไว้กับลูกตา มีลักษณะคล้าย เลนส์นูนใสโปร่งแสง แก้วตาสามารถโป่งออก หรือแบนลงได้โดยกล้ามเนื้อของตัวปรับความโค้งแก้วตา (Ciliary body) เพื่อปรับให้แสงหักเหตกที่จอประสาทตาพอดี ทำให้มองเห็นภาพได้ชัดเจน



ภาพประกอบ 3 โครงสร้างของลูกตา

ที่มา : Dawson, Helen L. 1974 : 340

ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน

โรคต้อหิน (Glaucoma) เป็นโรคตาที่เกิดจากภาวะความดันภายในลูกตาสองกว่าปกติ (ความดันภายในลูกตปกติ 15 – 20 มิลลิเมตรปรอท) (สุรพงษ์ ดวงรัตน์. 2530 : 103) โดยปกติลูกตาจะมีการสร้างน้ำหล่อตา (Aqueous humour) ไหลเวียนจากช่องหลังม่านตา ผ่านรูม่านตาไปช่องหน้าม่านตา ลงสู่ช่องบริเวณมุมลูกตา (Schlemm's canai) สู่เส้นเลือดดำ เพื่อช่วยรักษาระดับความดันภายในลูกตาให้คงที่เป็นปกติ ลูกตาก็จะคงความสมดุลโดยมีระดับน้ำอยู่ภายในลูกตาด้วยความดันไม่เกิน 20 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งที่ความดันระดับนี้จะไม่มีการทำลายประสาทตาภายในลูกตา แต่เมื่อมีสิ่งผิดปกติ เช่น ทางระบายน้ำอุดตัน น้ำหล่อตาที่ถูกผลิตออกมาไม่มีการหมุนเวียนออก ความดันที่อยู่ในลูกตาจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ เป็น 30, 40 หรือ 50 มิลลิเมตรปรอท ทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะภายในตา ที่สำคัญที่สุด คือ เส้นประสาทที่รับภาพแล้วส่งผลไป

ที่สมอง เส้นประสาทเหล่านี้จะค่อย ๆ ถูกทำลายไป ซึ่งการสูญเสียนี้จะไม่มีการรักษาให้กลับคืนมาได้ ในระยะแรกถ้าเส้นประสาทถูกทำลายไม่มาก ผู้ป่วยอาจจะไม่รู้ถึงการมองเห็นที่ผิดปกติกว่าจะรู้ว่าการมองเห็นไม่ดี เส้นประสาทก็อาจถูกทำลายไปมากแล้ว การรักษา คือ พยายามไม่ให้เส้นประสาทส่วนที่เหลือถูกทำลายเพิ่มขึ้น โดยการรักษาไม่สามารถทำให้ส่วนที่มีดีไปแล้ว กลับคืนมาได้ ผู้ป่วยที่มารับการรักษา มักจะตั้งความหวังว่า รักษาแล้วจะดีกลับคืน เมื่อรักษาไปแล้วไม่ดีขึ้นก็จะเปลี่ยนแพทย์ที่รักษา หรือเลิกรักษาไปโดยไม่รู้ตัว โรคคงดำเนินต่อไป เส้นประสาทก็จะเสียเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนตาบอดสนิท (กิตติพงษ์ ประวีณวงศ์วุฒิ. 2537 : 51)

สาเหตุของการเกิดโรคต้อหิน

ต้อหิน เป็นกลุ่มของโรคที่มีสาเหตุแตกต่างกันได้หลายแบบ แต่ผลสุดท้ายจะมีการทำลายประสาทตา (Optic neuropathy) เหมือนกับการที่มีความดันตาสูง ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่ง สาเหตุของความดันตาสูง อาจเกิดจากความผิดปกติแต่กำเนิด (Congenital glaucoma) เกิดจากความผิดปกติในการระบายน้ำหล่อตา (Primary glaucoma) หรือเกิดจากโรคทางตา หรือทางกายอื่น ๆ (Secondary glaucoma) นอกจากนี้ ผู้ที่มีความดันตาไม่สูงก็มีโอกาสเป็นต้อหินได้เช่นกัน ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของเลือดที่มาเลี้ยงเส้นประสาทตา หรือเกิดจากเซลล์ประสาทตายโดยไม่ทราบสาเหตุ ผลสุดท้ายผู้ป่วยต้อหินทุกราย จะมีลานสายตาเสียไป ซึ่งจะก้าวไปสู่การสูญเสียการมองเห็น ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องตามสาเหตุ (Shields. 1998 : 177)

การวินิจฉัยโรคต้อหิน

การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคต้อหิน มีดังนี้

1. การวัดความดันในลูกตา (Tonometry) เพื่อตรวจความดันภายในลูกตา ค่าความดันปกติภายในลูกตา คือ 15 –20 มิลลิเมตรปรอท มีวิธีการ ดังนี้

1.1 การใช้นิ้วของผู้ตรวจกดลงที่เปลือกตาในขณะที่ผู้ป่วยหลับตา (Digital compression) จากความรู้สึกของปลายนิ้วที่กด จะบอกถึงความดันภายในลูกตาอย่างคร่าว ๆ ว่า สูงหรือต่ำ

1.2 การใช้เครื่องมือวัดความดันในลูกตา โดยวิธีการกดลงที่กระจกตา (Schiotz tonometer)

1.3 การใช้เครื่องมือวัดโดยวิธีการสัมผัสที่กระจกตา (Applanation tonometer)

2. การส่องตรวจภายในลูกตา (Ophthalmoscopy) ตรวจขั้วประสาทตาด้วยออฟทัลโมสโคปดูว่าขั้วประสาทตาเสื่อมมากน้อยเพียงใด

3. การตรวจลานสายตา (Visual field) เพื่อหาขอบเขตการมองเห็น หรือความสามารถในการมองเห็นด้านข้าง ซึ่งภาพของลานสายตา จะช่วยในการวินิจฉัย และพยากรณ์โรคต้อหินได้
4. การตรวจมุมช่องหน้าม่านตา (Gonioscope) ว่า มุมนั้น เป็นมุมเปิด หรือมุมปิด และมีพยาธิสภาพหรือไม่
5. การหาค่าการไหลเวียนของน้ำเลี้ยงลูกตา (Tonography) ด้วยอุปกรณ์ทางอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic tonometer) โดยวัดค่าของความดันภายในลูกตา จากการวางเครื่องมือไว้บนกระจกตาดำ ในระยะเวลา 5 นาที

การจำแนกชนิดของต้อหิน

โรคต้อหิน แบ่งได้เป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. ต้อหินปฐมภูมิ (Primary glaucoma)
 2. ต้อหินทุติยภูมิ (Secondary glaucoma)
 3. ต้อหินโดยกำเนิด (Congenital glaucoma)
1. **ต้อหินปฐมภูมิ (Primary glaucoma)** เป็นโรคต้อหินที่ไม่ทราบสาเหตุ มี 2 ชนิด คือ
 - 1.1 ต้อหินชนิดมุมปิด (Angle closure glaucoma หรือ Acute congestive glaucoma)
 - 1.2 ต้อหินชนิดมุมเปิด (Open angle glaucoma หรือ Chronic simple glaucoma)
- 1.1 **ต้อหินชนิดมุมปิด (Angle closure glaucoma หรือ Acute congestive glaucoma)** เป็นต้อหินที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ฉับพลัน มีอาการปวด และตาบวมอย่างรุนแรง ต้องรีบรักษา
- พบในคนอายุ 40 – 50 ปีขึ้นไป พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ส่วนมากพบในคนที่มีย่านหน้าม่านตาดั้นกว่าปกติ ทำให้มุมช่องหน้าม่านตาแคบ ซึ่งพบได้ในคนสายตายาว คนที่มีตาสั้นกว่าปกติ หรือแก้วตาดำมีขนาดใหญ่กว่าปกติ ผู้มีประวัติครอบครัวเป็นโรคนี้ จะมีโอกาสเป็นโรคนี้สูงกว่าปกติ และมักพบในคนที่ดื่มเหล้า กาแฟ หรือจากยาขยายรูม่านตา ทำให้มุมม่านตาคิดจากโคนม่านตา กันไม่ให้ น้ำภายในลูกตาไหลเวียนได้ตามปกติ ความดันภายในลูกตาจึงขึ้นสูงทันที

อาการ

แบ่งได้เป็น 3 ระยะ (สัญญา ปิลกศิริ. 2522 : 157 – 159)

1. ระยะเริ่มแรก (Prodromal stage) เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว หรืออาจไม่มีเลยก็ได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกตาพร่ามัวไม่มาก เวลามองดวงไฟเห็นเป็นรุ้งรอบดวงไฟ เนื่องจากการบวมของตาตำ ปวดตา และปวดศีรษะข้างเดียวกันเล็กน้อย อาการเหล่านี้ จะเกิดขึ้นชั่วคราว ประมาณ 1 – 2 ชั่วโมง หรือมากกว่า เมื่อผู้ป่วยพักผ่อนอาการก็หายไปเอง แต่ต่อมาหลายอาทิตย์ หรือหลายเดือน อาการจะเกิดขึ้นอีก และเกิดขึ้นเรื่อย ๆ

สาเหตุชักนำ ที่ทำให้เกิดอาการเหล่านี้ ได้แก่ นอนไม่หลับ กังวลใจ อารมณ์ตื่นเต้น รับประทานอาหารมาก และอาหารไม่ย่อย หยอดยาขยายรูม่านตา หรือการอยู่ในที่มีมืดนาน ๆ

2. ระยะรุนแรง (Stage of acute glaucoma) ระยะนี้ จะเกิดอาการรุนแรงของต้อหินชนิดเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะปวดตา และปวดศีรษะข้างเดียวกันอย่างรุนแรง อาจมีคลื่นไส้ อาเจียน ถ้าไม่ได้รับการรักษา การดำเนินของโรคจะกลายเป็น Chronic congestive glaucoma ในรายที่ได้รับการรักษาทันเวลา อาการต่าง ๆ จะหายไป สายตาอาจกลับคืนดีขึ้นเท่าเดิม หรือน้อยกว่า แต่ต่อมาก็จะมีอาการรุนแรงเกิดขึ้นอีก และบ่อยขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งจะทำให้สายตาเสียไปทุกครั้ง จนอาจถึงบอด

3. ระยะสุดท้าย (Stage of absolute glaucoma) ผู้ที่ไม่ได้รับการรักษา หรือรักษาไม่ได้ผล ในระยะนี้ตาจะบอดสนิท อาการปวดอาจหายไป แต่บางรายก็ยังมีอาการปวดเหลืออยู่ และอาจปวดมากเป็นครั้งคราว

การรักษา

ผู้ป่วยที่มีอาการปวดตาอย่างเฉียบพลัน จะได้รับการรักษาด้วยยา (Medical treatment) ก่อนในระยะแรกเพื่อลดความดันในลูกตา และหลังจากนั้นจะต้องทำการรักษาด้วยแสงเลเซอร์ แต่ในบางรายที่การรักษาทางยา และแสงเลเซอร์ไม่ได้ผล จำเป็นต้องรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทันที ก่อนที่จะเกิดการทำลายประสาทตามากขึ้น โดยในรายที่ให้การรักษาทางยาไม่ได้ผลภายใน 24 – 48 ชั่วโมง ก็ให้ทำการผ่าตัด การผ่าตัด Peripheral iridectomy จะรูบนม่านตา ใช้ในรายที่มีอาการแรกเริ่ม หรือมีอาการรุนแรงเกิดขึ้นครั้งแรก เพื่อช่วยให้น้ำหล่อตาไหลจากช่องหลังม่านตา มาสู่ช่องหน้าม่านตาได้สะดวก เป็นผลให้มุมช่องหน้าม่านตาเปิดกว้างขึ้น การไหลเวียนของน้ำเลี้ยงลูกตาได้สะดวกขึ้น การทำผ่าตัด Trabeculectomy or Filtering procedure เป็นการทำให้ทางระบายน้ำเลี้ยงลูกตา (Aqueous humor) จากช่องหน้าม่านตาออกสู่ภายนอกลูกตาบริเวณใต้เยื่อบุตาขาว

หลังจากทำการผ่าตัดตาข้างที่เป็นแล้ว แพทย์อาจป้องกันตาอีกข้างหนึ่ง ด้วยการทำ Prophylactic iridectomy เพราะโรคนี้มักเกิดตามหลังตาแรกได้ถึง 50% (ธนารักษ์ สุวรรณประพิศ. 2538 : 44) โดยมากในระยะ 1 ปี ถึง 3 ปี การผ่าตัดเพื่อป้องกันจึงช่วยป้องกันไม่ให้เกิดโรคนี้ขึ้นได้ (สัญญา ปิลกศิริ. 2522 : 162)

ในโรคต้อหินระยะสุดท้าย ตาจะบอดสนิท มีอาการปวด ความดันในลูกตาสูงมาก การรักษา คือ การควักลูกตา (Enucleation) เพราะผู้ป่วยจะไม่มีอาการปวดตาอีกต่อไป (สัญญา ปิลกศิริ. 2522 : 162)

1.2 ต้อหินชนิดมุมเปิด (Open angle glaucoma)

เป็นต้อหินที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป ในระยะเริ่มแรกจะไม่มีอาการ จนถึงระยะที่มีการทำลายของประสาทตา ผู้ป่วยจะรู้สึกต้อเมื่อมีสายตาคิดปกติไปมาก ไม่สามารถแก้ไขกลับคืนมาได้

อาการ (ธนารักษ์ สุวรรณประพิศ. 2538 : 40)

ผู้ป่วยโรคต้อหินเรื้อรัง ในระยะแรกผู้ป่วยมักจะไม่มีรู้สึกมีอาการผิดปกติ อาจรู้สึกมีสิ่งระแวกเล็กน้อย เวลาอ่านหนังสือรู้สึกปวดเมื่อยตา หรือเพี้ยนตา และตาพร่าเร็วกว่าธรรมดา มีอาการตามัวที่เล็กน้อย บางคนอาจรู้สึกที่ตามัวลงเรื่อย ๆ ต้องคอยเปลี่ยนแว่นตาบ่อย ๆ ก็ไม่ดีขึ้น ต่อมาผู้ป่วยจะมีลานสายตาแคบลง คือ มองได้บริเวณไม่กว้าง การขับรถลำบาก เพราะมองไม่เห็นรถที่อยู่ทางด้านซ้ายและขวา หรือรถแซงสวน เดินชนขอบโต๊ะ ขอบเก้าอี้เสมอบ่อย ๆ ในระยะสุดท้ายลานสายตาจะแคบมาก เหลือเป็นช่องเล็ก ๆ คล้ายมองผ่านท่อน้ำ ผู้ป่วยจะมีอาการตามัวอย่างมาก ประสาทตาเสียจนแก้ไขไม่ได้ และตาบอดในที่สุด มักจะเกิดอาการที่ตาทั้งสองข้างพร้อมกัน

ปัจจัยเสี่ยง ที่ทำให้เกิดโรคต้อหินชนิดมุมเปิด

1. อายุ อุบัติการณ์ของโรคจะสูงขึ้นตามอายุ โดยทั่วไปจะพบในคนที่มียายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป
2. เชื้อชาติ พบในคนผิวดำมากกว่าคนผิวขาว
3. ประวัติครอบครัวในคนที่พบว่า พ่อ แม่ พี่น้อง เป็นโรคนี้ จะมีโอกาสเป็นโรคนี้ได้สูงกว่าปกติ
4. เบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานมีอุบัติการณ์ของโรคนี้สูงกว่าประชากรทั่วไปหลายเท่า
5. สายตาสั้น พบว่ามีโอกาสเป็นสูงกว่าคนสายตาปกติ

การรักษา

โดยการหยอดยา หรือรับประทานยา เพื่อควบคุมความดันในลูกตาให้อยู่ในระดับปกติ รักษาชั่วคราวประสาทดตา และลานสายตาไม่ให้เสื่อมไปกว่าเดิม ในกรณีที่รักษาด้วยยาแล้วความดันตายังสูงกว่าระดับปกติ ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาบางชนิดได้ เนื่องจากผลข้างเคียงของยา หรือสภาพร่างกายของผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาได้สม่ำเสมอ และไม่สามารถติดตามผลการรักษาได้เป็นระยะตลอดชีวิต แพทย์จะทำการผ่าตัดระบายน้ำเลี้ยงลูกตา ที่คั่งอยู่ในลูกตาให้ออกจากลูกตาโดยวิธี Trabeculectomy หรือรักษาด้วยแสงเลเซอร์ (Argon laser trabeculoplasty) ยิงบริเวณช่องลูกตาด้านหน้าให้ช่องบริเวณมุมลูกตา (Schlemm's canal) เปิดกว้างขึ้น ทำให้น้ำเลี้ยงลูกตา สามารถระบายออกนอกลูกตาได้

การรักษาโรคต้อหิน เมื่อสายตาเสื่อมแล้ว การรักษาจะช่วยได้เพียงรักษาไม่ให้สายตาเลลงไปอีกจนถึงกับบอด และการรักษาจะไม่สามารถทำให้สายตาเห็นดีขึ้นอีกได้ เพราะชั้นประสาทตาภายในลูกตาชำรุดไปแล้วจากความดันภายในลูกตาที่ขึ้นสูง (อเนก เพทวณิช. 2523 : 28) การรักษาจำเป็นต้องมีการติดตามผลการรักษา ด้วยการวัดสายตา วัดความดันตา และตรวจลานสายตาเป็นระยะตลอดชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรอยู่ในความดูแลของจักษุแพทย์ เป็นระยะตลอดชีวิต (อาภรณ์ ปราบรูปตูลง. 2538 : 147)

2. ต้อหินทุติยภูมิ (Secondary glaucoma)

สาเหตุที่ทำให้เกิดโรค มีดังนี้

2.1 ม่านตาอักเสบ (Chronic uveitis) ม่านตาส່วนหน้า หรือม่านตาส່วนหลังอักเสบ ทำให้มีเซลล์ที่เกิดจากการอักเสบ หรือหนองในช่องหน้าม่านตา ไปอุดตันบริเวณมุมของช่องหน้าม่านตา หรือช่องบริเวณมุมลูกตา (Schlemm's canal) โดยเฉพาะในโรคม่านตาอักเสบ ทำให้มุมช่องหน้าม่านตาแคบมากขึ้น ทำให้มีการอุดตันของทางเดินน้ำเลี้ยงลูกตา

ในโรคยูเวียอักเสบ อาจทำให้ม่านตาติดกับแก้วตา (Posterior synechia) บริเวณขอบของรูม่านตา และเกิดการตีบตัน (Seclusion) หรือการอุดตัน (Occlusion) ของรูม่านตา ทำให้ความดันภายในลูกตาสูงขึ้น

2.2 ต้อกระจกระยะแรกที่ยังไม่สุก แก้วตาจะบวมดันม่านตาให้อุดกั้นการไหลเวียนของน้ำเลี้ยงลูกตา เรียกโรคต้อหินแบบนี้ว่า Phacomorphic glaucoma หรือต้อกระจกในระยะหลังที่สุกเกิน (Hyperature) ทำให้ม่านตาอักเสบร่วมกับความดันภายในลูกตาขึ้นสูง เรียกโรคต้อหินแบบนี้ว่า Phacolytic glaucoma หรืออาจเกิดขึ้นหลังจากการผ่าตัดต้อกระจกไปแล้ว เกิดความดันภายในลูกตาขึ้นสูง เรียกโรคต้อหินแบบนี้ว่า Aphakic glaucoma (อเนก เพทวณิช. 2523 : 31)

2.3 อุบัติเหตุที่ตา ตาที่ได้รับอุบัติเหตุจากการถูกกระแทก หรือถูกของแหลมทิ่มแทง เกิดมีเลือดออกในช่องหน้าลูกตา (Traumatic hyphema) แก้วตาแตกเกิดเป็นต้อกระจก (Traumatic cataract) แก้วตาเคลื่อนหลุดไปข้างหน้า หรือข้างหลัง (Anterior dislocation หรือ Posterior dislocation of lens) ความดันภายในลูกตาขึ้นสูงเกิดเป็นโรคต้อหินได้

2.4 โรคเบาหวาน หรือหลอดเลือดดำในลูกตาอุดตัน พวกที่เป็นโรคเบาหวานนาน ๆ หรือโรคหลอดเลือดดำในลูกตาอุดตัน (Central vein thrombosis) ที่เป็นนานเกิน 6 สัปดาห์ขึ้นไป จะมีหลอดเลือดฝอยที่ผิวของม่านตา แผ่ไปบริเวณมุมม่านตา ทำให้ความดันภายในลูกตาขึ้นสูง กลายเป็นโรคต้อหินได้

การรักษา

ให้ยาลดความดันในลูกตา แล้วใช้การผ่าตัดรักษาตามสาเหตุที่เกิดขึ้น

3. ต้อหินโดยกำเนิด (Congenital glaucoma)

ต้อหินชนิดนี้ มีการสืบทอดทางกรรมพันธุ์ พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง เกิดกับตาทั้งสองข้าง ร้อยละ 75 พบได้ตั้งแต่แรกคลอด อาการจะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับความผิดปกติมากหรือน้อยบริเวณมุมตา ถ้าต้อหินเกิดภายในเด็กอายุ 3 ปี ลูกตาจะใหญ่ เรียก Buphthalmos แต่ถ้าเกิดภายหลังเด็กอายุ 3 ปี ขนาดของลูกตาจะปกติ ต้อหินชนิดนี้ถ้าพบในวัยหนุ่มสาว เรียก Late onset congenital glaucoma หรือ Juvenile glaucoma (อาภรณ์ ปรารับรูปตูลง. 2538 : 155)

ต้อหินโดยกำเนิดนี้ เกิดจากความผิดปกติของการเจริญเติบโตของลูกตา ทำให้มีความผิดปกติบริเวณมุมม่านตา อุดกั้นการไหลเวียนของน้ำเลี้ยงลูกตา ทำให้ความดันภายในลูกตาสูง

อาการ

อาการสำคัญของโรคนี้ ซึ่งพบตั้งแต่วัยแรก คือ มักกลัวแสง (Photophobia) มีน้ำตาไหลและลืมตาไม่ขึ้น อาจพบมีตาแดงเล็กน้อยรอบ ๆ กระจกตา ลูกตาโตกว่าปกติ เส้นผ่าศูนย์กลางของกระจกตาดำยาวกว่าปกติ (ปกติไม่เกิน 11.5 มิลลิเมตร) ความดันภายในลูกตาจะสูงกว่า 24 มิลลิเมตรปรอท กระจกตาดำจะขุ่นมัวจนถึงทึบแสง รูม่านตาขยาย ช่องหน้าม่านตาลึก เนื่องจากการขยายตัวของลูกตาส่วนหน้า

การรักษา

การรักษาทางยา มักไม่ได้ผล จะใช้ต่อเมื่ออยู่ในภาวะที่ไม่เหมาะสมต่อการผ่าตัด ส่วนใหญ่แล้วจะต้องผ่าตัด การรักษาด้วยการผ่าตัดจะได้ผลควบคุมความดันภายในลูกตาได้ดี การทำ Goniotomy (Trabeculotomy) โดยใช้ใบมีดเล็ก ๆ เจาะผ่านขอบกระจกตาดำ เข้าไปในช่องหน้าม่านตา แล้วใช้มีดกรีดที่บริเวณมุมของช่องหน้าม่านตาด้านตรงข้าม เพื่อให้เนื้อเยื่อที่ผิดปกติที่เกิดขึ้นขาดออก ทำให้น้ำเลี้ยงลูกตา สามารถไหลซึมผ่านได้ ถ้าความดันภายในลูกตา ยังไม่ลดลงสู่ระดับปกติ ก็อาจทำ Trabeculectomy ต่อไป

การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคต้อหิน

1. หยุดยาตาหรือรับประทานยา ตามคำสั่งของแพทย์โดยเคร่งครัด และสม่ำเสมอให้เป็นเวลา ไม่ซื้อยามาใช้เอง หรือเชื่อฟังผู้อื่น ซึ่งไม่ใช่จักษุแพทย์ เพราะการใช้ยาผิด อาจทำให้โรคเป็นมากขึ้น
2. ดูแลรักษาสุขภาพของร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ โดยให้แพทย์ตรวจร่างกายอย่างน้อยปีละครั้ง
3. ควรดื่มน้ำที่ช่วยให้ท้องผูกง่าย เช่น ชา กาแฟ และใช้ยาระบายช่วยเมื่อท้องผูก ส่วนของมีนเมา เช่น เหล้า เบียร์ จะทำให้โลหิตมาคั่งในบริเวณต้อและเบ้าตาได้
4. เครื่องแต่งกาย เช่น เข็มขัด ผ้าผูกคอ ไม่ควรใช้ให้แน่นจนเกินไป จะทำให้การไหลเวียนของโลหิตไม่สะดวก
5. ความวิตกกังวล ความกลัว ความโกรธ ตื่นเต้น ตกใจ จะเป็นเหตุให้โลหิตไปคั่งบริเวณต้อและเบ้าตา ทำให้อาการของโรคต้อหินรุนแรงขึ้น
6. มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง อย่างสม่ำเสมอ
7. ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัว เป็นโรคต้อหิน ควรได้รับการตรวจตา และดูแลหรือสังเกตความผิดปกติของตน เมื่อพบความผิดปกติจะได้รับการรักษาได้ทัน

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน

ผู้ป่วยโรคต้อหิน ต้องอยู่กับภาวะความดันภายในลูกตาที่ไม่คงที่แน่นอน และมีโอกาสสูงขึ้นได้เสมอ ทำให้ประสาทตาถูกทำลายเพิ่มขึ้น มีผลให้การมองเห็นลดลง ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ ในที่สุดตาจะบอด ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้นบุคคลที่ป่วยเป็นโรคต้อหิน จำเป็นต้องมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ในเรื่องความสนใจ การเอาใจใส่ตนเอง แสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค การรักษา และการดูแลตนเอง รวมทั้งสามารถสังเกตอาการผิดปกติของสายตา หรืออาการแสดงร่วมอื่น ๆ เมื่อความดันภายในลูกตาสูงได้ และตัดสินใจได้อย่างมีเหตุผลที่จะรับการ

รักษาเพื่อเป้าหมายที่สำคัญ คือ คงไว้ซึ่งระดับการมองเห็นเท่าที่ยังเหลืออยู่ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินนั้น แบ่งตามประเภทการดูแลตนเองของโอเร็ม มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. ความต้องการดูแลตนเองโดยสม่ำเสมอ หมายถึง ผู้ป่วยโรคต้อหิน สามารถปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตได้ตามปกติ ประกอบด้วย

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ โดยรักษาสุขภาพให้แข็งแรง หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด มีอากาศถ่ายเทที่ดี รักษาอนามัยส่วนบุคคล เช่น รักษาความสะอาดของร่างกาย ปาก และ ฟัน

1.2 โภชนาการ ผู้ป่วยโรคต้อหิน ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และมีคุณค่า แก่ร่างกายสูง เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง

1.3 ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ และปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตามความต้องการของ ร่างกาย

1.4 การขยับถ่าย และการระบายให้เป็นไปตามปกติ โดยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะ ท้องผูก เพราะถ้าท้องผูกจะก่อให้เกิดการเบ่งขณะถ่าย ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะความดันใน ลูกตาเพิ่มสูงขึ้นได้

1.5 การพักผ่อน ควรจัดเวลานอนให้เหมาะสมในแต่ละวัน กลางคืนนอน ไม่ต่ำกว่า 6 – 8 ชั่วโมง และไม่ควรรอนดึก ควรมีการพักผ่อนโดยการใช้เวลาว่าง หรือมีเวลา เป็นส่วนตัวตามสมควร

1.6 การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายตามความสามารถ และเหมาะสมกับ สภาวะของโรค

1.7 การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การที่ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ได้รับการ ช่วยเหลือ และการยอมรับจากบุคคลอื่น รวมทั้งการมีสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว ให้ผู้ป่วย มีกำลังใจ และปรับตัวได้ดีขึ้น

1.8 การป้องกันอันตรายต่อร่างกาย ที่เกิดจากสภาวะการมองเห็นของผู้ป่วยโรค ต้อหิน อุปกรณ์ สิ่งของภายในบ้าน ควรเป็นแบบเรียบ ไม่มีปุ่มยื่น หรือแฉกแหลม และควรมีน้ำ หนักที่ผู้ป่วยสามารถยึดเกาะในการทรงตัวได้ ทางเดินภายในบ้าน ไม่ควรวางสิ่งของกีดขวาง และพยายามวางไว้ประจำที่ ภายในบ้านจัดให้มีแสงสว่างเพียงพอ ห้องน้ำ ห้องส้วม ควรมีราว ติดไว้ที่ผนัง เพื่อใช้เป็นที่ยึดเกาะในการทรงตัว และเมื่อมีความจำเป็นต้องออกนอกบ้าน ควรหลีกเลี่ยงการเดินทางเพียงลำพังคนเดียว

2. ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ หมายถึง ผู้ป่วยโรคต้อหิน สามารถปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมพัฒนาการ โดยการปรับความรู้สึกรับการเปลี่ยนแปลงที่ เกิดขึ้น เนื่องจากโรคต้อหินเป็นโรคที่ไม่สามารถทำให้พยาธิสภาพของการมองเห็นกลับคืนสู่สภาพ

ปกติได้ ความสามารถในการมองเห็นลดลง การรักษาเป็นเวลานานก่อให้เกิดความเครียดวิตกกังวล กลัว เกิดอารมณ์ซึมเศร้า ท้อแท้สิ้นหวังในชีวิต การเรียนรู้ และจัดการกับความเครียดหรือความวิตกกังวล ไม่หมกมุ่นกับตนเอง ผ่อนคลายอารมณ์ ด้วยการทำกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกเพลิดเพลิน การทำสมาธิ การฟังวิทยุ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับสภาพอารมณ์ และจิตใจได้ดีขึ้น

3. ความต้องการการดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ หมายถึง ผู้ป่วยโรคต้อหินสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้าง และการทำหน้าที่ตลอดจนผลจากการวินิจฉัย และการรักษา ประกอบด้วย

3.1 ต้องยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง โดยเฉพาะผู้ที่มีข้อจำกัดในการมองเห็น และยอมรับรู้ถึงความจำเป็นในการมารับการตรวจรักษาตามการนัดของแพทย์ เพื่อไม่ให้โรคลุกลามไปมากขึ้น

3.2 ให้ความสนใจ และรับรู้ผลของโรคที่อาจทำให้ตาบอด ถ้าไม่ร่วมมือในการรักษา ติดตามสอบถามผลการวินิจฉัย แนวทางการรักษา และการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันการลุกลามของโรค

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด การรับประทานยา หรือหยอดยาให้ถูกต้องตามขนาด และเวลาอย่างสม่ำเสมอ ไม่เพิ่มยา ลดยา หรือหยุดยาเอง ต้องอยู่ในการควบคุมดูแลของแพทย์ หลีกเลี่ยงการรับประทานยาดูอื่นนอกเหนือจากแพทย์สั่ง ถ้ามีอาการของฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยาเกิดขึ้น เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปัสสาวะไม่ออก ขาปลายนิ้ว ปลายเท้า ถ้าอาการต่าง ๆ เหล่านี้ไม่ดีขึ้นให้ปรึกษาแพทย์

3.4 รู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น มีอาการตาพร่ามัว ปวดศีรษะ ปวดตา คลื่นไส้ อาเจียน ถ้าพบอาการผิดปกติ ควรรีบไปพบแพทย์ผู้ให้การรักษาที่สถานบริการที่ผู้ป่วยไปรับบริการ

3.5 มารับการตรวจร่างกายตามแพทย์นัดทุกครั้งอย่างสม่ำเสมอ

3.6 ยอมรับ และเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพที่ทำให้การมองเห็นเปลี่ยนแปลงไป หรือเมื่อเกิดภาวะตาบอด สามารถปรับบทบาท หน้าที่ และความต้องการพึ่งพาบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลอื่นในระยะหนึ่ง เมื่อสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้แล้ว จะทำให้มีการเรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข เป็นการลดภาระการดูแลของบุคคลอื่น ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วย ไม่รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง มีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ และคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าในตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคคล เพราะมนุษย์แต่ละบุคคล จะดำเนินชีวิตอยู่เพื่อตนเอง มีธรรมชาติของการพึ่งพาตนเอง และรับผิดชอบต่อการดูแลตนเอง มนุษย์มีความต้องการที่จะดูแลตนเอง เพื่อการดำเนินชีวิต และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ รวมทั้งเพื่อหลีกเลี่ยงภัยอันตรายต่าง ๆ ที่คุกคามชีวิต การดูแลตนเอง (Self - care) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยจิตใจของบุคคลที่มีวุฒิภาวะทำให้มีผลต่อตนเอง หรือสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมชีวิตการทำงาน และความเป็นอยู่ที่ดี (Orem. 1985 : 31 – 32)

ความหมายของการดูแลตนเอง

นอร์ริส (Norris. 1974 : 486 – 489) ให้ความหมายของการดูแลตนเอง คือ กระบวนการที่ให้ประชาชนและครอบครัวได้มีโอกาสนำความคิดริเริ่ม ความรับผิดชอบ และการกระทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพมาใช้ในการพัฒนาความสามารถของตนเองเพื่อสุขภาพอันดี

เลวิน (Levin. 1976 : 11) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นเสมือนกระบวนการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) การป้องกันโรค (Health detection) และการวิเคราะห์โรค (Disease detection) รวมทั้งการรักษา (Treatment) ในขั้นปฐมภูมิด้วยตนเอง

โอเร็ม (Orem. 1985 : 6) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองเป็นเรื่องของธรรมชาติและเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่ม

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 150) ได้กล่าวถึง การดูแลตนเองว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการที่จะดำรงไว้ หรือทำให้ดีขึ้น เกี่ยวกับชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้นการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลและครอบครัวมีความริเริ่มที่จะรับผิดชอบในการพัฒนาการดูแลด้านสุขภาพของตน อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การดูแลตนเองยังหมายถึงสิ่งต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อช่วยลดปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากโรค ตลอดจนเป็นกระบวนการที่บุคคลทำหน้าที่ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและตรวจค้นเกี่ยวกับโรค และการรักษา

ฮิลล์ และสมิท (ทศนา บุญทอง. 2534 : 11 ; อ้างอิงมาจาก Hill and Smith. 1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นผลของการกระทำโดยตรงต่อตนเอง หรือต่อสิ่งแวดล้อมในการที่จะควบคุมการปฏิบัติหน้าที่เพื่อเอื้อประโยชน์ต่อการยังชีพและความผาสุกของบุคคล

เคลนแมน (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. 2530 : 36 ; อ้างอิงมาจาก Kleinman. 1990) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพอนามัยที่เป็นธรรมชาติของมนุษย์เมื่อพบกับความเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับทัศนะของริฟกิน (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. 2530 : 37 ; อ้างอิงมาจาก Rifkin. 1981) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการตอบสนองปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระดับปัจเจกชน จะเห็นได้ว่า ทั้งเคลนแมน และริฟกิน กล่าวถึงการดูแลสุขภาพตนเองเฉพาะในยามเจ็บป่วยเท่านั้น ทัศนะดังกล่าวแตกต่างจากโอเร็ม (Orem. 1985) ผู้ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองไว้อย่างกว้าง ๆ ว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลแต่ละคนเริ่มต้นปฏิบัติและยึดถือเป็นแบบแผนในการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ส่วน เลวิน (Levin. 1976 : 11) ได้กล่าวถึง การดูแลตนเองไว้เด่นชัดขึ้นอีกว่าการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค และการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

องค์การอนามัยโลก ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน โดยรวมความคิด การตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค รวมทั้งการใช้ยาและการปฏิบัติตนหลังรับบริการ (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 10)

ชนินทร์ เจริญกุล (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 11) ได้ประมวลเป็นคำจำกัดความ การดูแลตนเองหมายถึง การกระทำกิจกรรมด้านสุขภาพ และการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของปัจเจกบุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงานที่ครอบคลุมถึง การทำนุบำรุงรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยตนเอง การรักษาตนเอง ซึ่งรวมถึงการใช้ยารักษาตนเอง และการปฏิบัติ ติดตามผลหลังจากได้รับบริการทางสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นได้อย่างมีแบบแผนตายตัว

สมทรง รัชส์เฝ้า (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 10 – 11) ได้กล่าวว่าการดูแลตนเองหมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพในเชิงบวกของตนเอง ของปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่สภาวะที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ภายหลังการเจ็บป่วยหรือมีความพิการเกิดขึ้นโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเอง

ดังนั้น อาจสรุปได้ว่า การดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมใดก็ตามที่บุคคลได้ริเริ่ม และกระทำด้วยตนเอง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่งชีวิต ภาวะความมีสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตน เป็นการกระทำอย่างมีแบบแผน เป็นขั้นตอนและต่อเนื่อง และเมื่อกระทำ

อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้มีโครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดในแต่ละบุคคล

ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self – care)

โดโรธี อี โอเร็ม (Dorothea E. Orem) เป็นผู้สร้างทฤษฎีการดูแลตนเอง โดยมีความเชื่อว่าโดยทั่วไปแล้วมนุษย์มีความต้องการดูแลตนเองเพื่อการดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพสมบูรณ์ตลอดจนเพื่อหลีกเลี่ยงจากโรคภัยหรืออันตรายที่คุกคามชีวิต การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่พัฒนาตั้งแต่วัยเด็ก และค่อย ๆ พัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีความสามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ แต่ความสามารถจะลดลงเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นภายในร่างกายหรือมีการสูญเสียอวัยวะของร่างกาย (Orem. 1980 : 6) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมของคนแต่ละกลุ่ม และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพื่อที่จะจัดการกับตนเอง หรือสิ่งแวดล้อมของตนเอง ซึ่งอาจคงที่หรือมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ การดูแลตนเองจึงเป็นพฤติกรรมที่จงใจ และมีเป้าหมาย (Orem. 1980 : 79 – 82) จุดมุ่งหมายของการดูแลตนเองตามแนวคิดของ โอเร็ม คือ

1. ส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติรวมทั้งพัฒนาการของบุคคลให้มีประสิทธิภาพตามกำหนด
2. ดำรงไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของร่างกายเพื่อการดำเนินชีวิตตามปกติ
3. ป้องกัน ควบคุม หรือบรรเทาอาการตามกระบวนการเกิดโรค
4. ป้องกันความพิการหรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไปแล้ว
5. ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

ความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self – care deficit)

ความบกพร่องในการดูแลตนเองเกิดขึ้น เมื่อความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดในขณะนั้น หรือทำนายได้ว่าจะไม่เพียงพอในอนาคต หรือความสามารถของผู้รับผิดชอบที่จะสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลผู้อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบไม่เพียงพอ ดังนั้นบุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล ซึ่งพยาบาลจะต้องทำหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในขณะนั้น และในขณะเดียวกันจะต้องช่วยผู้ป่วยในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง หรือช่วยให้ญาติได้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย ถ้าหากว่าเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด การที่จะเข้าใจแนวคิดความบกพร่องในการดูแลตนเองได้นั้น จำเป็นต้องเข้าใจแนวคิดของความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

(Therapeutic self – care demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self – care agency) (Orem. 1985 : 34 – 36)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self – care demand)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self – care demand) หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่ต้องการกระทำในระยะเวลาหนึ่ง ๆ เพื่อที่จะสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งโอเร็ม แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 อย่างคือ

1. การดูแลที่ตนเองจำเป็นโดยทั่วไป (Universal self – care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม รักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

- บริโภค อาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ และคอยปรับความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

- รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

- หาคความปลอดภัยจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหาร โดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขยับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

- จัดการให้มีการขยับถ่ายตามปกติทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

- จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขยับถ่ายซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้าง

และหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ และการระบายสิ่งปฏิกลจากการขยับถ่าย

- ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

- ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

- เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

- รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง

- ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยมและกฎเกณฑ์จากขนบธรรมเนียม ประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

- คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนา เพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง และสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

- ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

- ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

- สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น

- จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจจะเป็นอันตราย

- หลีกเสี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ

- ควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม

และความสามารถของตนเอง

- พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง

- ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาการของตนเอง

- ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล

- ค้นหาและสนใจความผิดปกติของโครงสร้าง และหน้าที่ ที่แตกต่างไปจาก

ปกติของตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (Developmental self – care requisites) เป็น การดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิตหรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองโดยทั่วไป ที่ปรับให้สอดคล้อง เพื่อส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะในระหว่างที่

- อยู่ในครรภ์มารดาและการคลอด

- ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยชรา และในระยะ

ตั้งครรภ์

2.2 ดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อการพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อ บรรเทาเบาบางอารมณ์เครียด หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก

- การขาดการศึกษา
- ปัญหาการปรับตัวทางจิตสังคม
- การสูญเสียญาติมิตร
- ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ
- การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต
- ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการที่จะต้องตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเจ็บป่วยหรือมีความพิการเกิดขึ้น (Health deviation self – care requisites) การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ ได้แก่

- รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือตามความเหมาะสม จากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

- รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการ ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

- รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับตัว และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงจากการรักษาหรือจากโรค

- ดัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองจะต้องการความช่วยเหลือ เฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้ง การปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาบุคคลอื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

- เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่ร่วมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่มีอยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เห็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเองในประเด็นนี้บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นในประเด็นอื่น ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมด ที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

เมื่อการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 อย่าง ได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลนั้นจะได้รับในสิ่งต่อไปนี้

1. การรอดชีวิต
2. การคงไว้ซึ่งความปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล
3. ได้รับการสนับสนุนในเรื่องการพัฒนาการตามความสามารถของบุคคล
4. มีส่วนส่งเสริมให้มีการปรับหรือควบคุมผลจากการบาดเจ็บและจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น

5. มีส่วนส่งเสริมต่อการรักษา การควบคุมพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น
6. ส่งเสริมสวัสดิภาพ ซึ่งทั้งหมดเป็นเป้าประสงค์สูงสุดในการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self – care agency)

ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคล ในการที่จะตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับการดำรงชีวิต รักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของบุคคล ตลอดจนส่งเสริมพัฒนาการ และสวัสดิภาพ (Orem. 1991 : 145) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำการอย่างจงใจของบุคคล เพื่อใช้ในการดูแลตนเอง

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง จะต้องประเมินความสามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self – care demand) เพื่อตัดสินความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self – care deficit) ความพร่องในการดูแลตนเอง จะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด มีมากกว่าความสามารถที่จะกระทำ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 36)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน

ปัจจัยพื้นฐานนั้น เป็นปัจจัยเฉพาะที่จะมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลตนเองไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุเชิงผล (Causal relationship) แต่เป็นการอธิบายว่า การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด จะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน ดังต่อไปนี้ร่วมด้วย

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

จากการศึกษาวิจัย พบว่า ตัวแปรที่ให้ผลในการทำนายความร่วมมือในการป้องกันรักษาสุขภาพได้อย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และฐานะทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วย (ทัศนีย์ หงษาครประเสริฐ. 2540 : 43 ; อ้างอิงมาจาก Becker and Maiman. 1980 : 113 – 131) และตัวแปรทางด้านสังคม เช่น เพื่อน และสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการป้องกันและรักษา (Becker and Maiman. 1975 : 11 – 16)

ปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

1. อายุ

อายุเป็นปัจจัยที่บอกถึงวุฒิภาวะ ระดับพัฒนาการ ประสบการณ์ในชีวิต และการรับรู้ที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในด้านความอดทน ความสามารถในการเข้าใจ การมองปัญหา การใช้เหตุผล และการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรม กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีอายุ และวุฒิภาวะสูงขึ้นจะสามารถประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลตนเอง และมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง มีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีอายุ และวุฒิภาวะต่ำกว่า อายุจึงน่าจะเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล โดยความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล จะเพิ่มขึ้นไปตามอายุ มีสูงสุดในช่วงผู้ใหญ่ และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem. 1985 : 255 – 256) แลงเกีย (Langlie. 1977 : 254) ศึกษาโครงข่ายสังคม ความเชื่อทางสุขภาพ และการป้องกันพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค จะมีมากในผู้ที่มีอายุมากขึ้น เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้น บุคคลจะมีความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพตนเองมากขึ้น และมีเวลามากพอที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบคเคอร์ และไมแมน (Becker and Miaman. 1975 : 20) ที่พบว่า อายุเป็นปัจจัยสำคัญที่บ่งชี้ถึงพฤติกรรม การปฏิบัติตามแผนการรักษา สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2532 : บทคัดย่อ) ศึกษา การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ชวลี โฆษิตาภาภิวัฒน์ (2534 : 62 – 63) ศึกษา ปัจจัยคัดสรร ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531 : ก – ข) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

2. เพศ

เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง เพศจะแสดงถึงความแตกต่างของความสามารถด้านร่างกาย ในการริเริ่มหรือจัดการกับสิ่งแวดล้อม และยังเป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล เพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้าง การทำหน้าที่ และสวัสดิภาพของร่างกาย (Orem. 1985 : 42) จากการศึกษาของ คอคเคอร์แฮม (Cockerham. 1982 : 70) เรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า เพศหญิงไปรับการตรวจรักษามากกว่าเพศชาย จากการศึกษาของ สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2532 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เดือนทิพย์ ศิริวงศ์วิไลชาติ (2536 : 101 – 108) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับสภาพลักษณ์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่ได้รับเคมีบำบัด ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่ได้รับเคมีบำบัด การศึกษาของ อรรถ ศรีไทรล้วน (2541 : 76) ที่ศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน แตกต่างกัน โดยเพศหญิง มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่า เพศชาย ลักการีเนน และคนอื่น ๆ (Lukkarinen and others. 1997 : 295 – 304) ได้ศึกษา การดูแลสุขภาพตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์น้อย นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531 : ก – ข) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ซวลี โฆษิตทาภิวัฒน์ (2534 : 62 – 63) ที่ศึกษา ปัจจัยคัดสรร ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

3. ระดับการศึกษา

โอเร็ม (Orem. 1985 : 108 – 109) เชื่อว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีเจตคติต่อการดูแลตนเอง การศึกษายังช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ และความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง พัฒนามาจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต การใช้สติปัญญา การได้รับการสั่งสอน และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง จากการศึกษาของ แลงเกีย (Langlie. 1977 : 253) ที่ศึกษาโครงข่ายสังคม ความเชื่อทางสุขภาพ และการป้องกันพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค กล่าวคือ ผู้ที่จบการศึกษาในระดับสูงจะมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โภชนาการที่ดี รับการ

ตรวจสอบสุขภาพ ภูมิคุ้มกันโรค ใช้เข็มขัดนิรภัยขณะขับรถ มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ประสงค์ สัจพงษ์ (2534 : 41) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากร กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในอำเภอตำบับเสดวก จังหวัดราชบุรี พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด จากการศึกษาของ เดือนทิพย์ ศิริวงศ์วิไลชาติ (2536 : 101 – 108) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับภาพลักษณ์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่ได้รับเคมีบำบัด ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่ได้รับเคมีบำบัด อัสรา อารณ์ (2540 : บทคัดย่อ) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาดังกัน มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาในระดับอนุปริญญา – ปริญญาตรี มีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา – มัธยมศึกษา ตรีนาศ โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 73) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองต่างกัน โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา และปริญญาตรี หรือสูงกว่า มีการดูแลตนเองดีกว่า ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา และมัธยมศึกษา

4. รายได้

รายได้ของครอบครัว เป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล และทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น (Orem. 1985 : 175) ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเอง โดยผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจ และสังคมสูง จะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ เข้าถึงแหล่งบริการได้เหมาะสม สามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งเสริมการดูแลตนเอง ซึ่งต่างจากผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ จะมีการศึกษาน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ที่จะแสวงหาความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Pender. 1982 : 161 – 162) จากการศึกษาของ บุษบา ดันติศักดิ์ (2535 : 92 – 95) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับ คุณภาพชีวิตในผู้ป่วย เอส แอล อี ที่มารับการตรวจที่หน่วยโรคไต คลินิกออดิโอมนู แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช และคลินิกอายุรกรรมจุฬามาศิณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า รายได้ของครอบครัว เฉลี่ยต่อเดือน

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และพฤติกรรมการดูแลตนเอง การศึกษาของ เตือนทิพย์ ศิริวงศ์วิไลชาติ (2536 : 101 – 108) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับภาพลักษณ์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่ได้รับเคมีบำบัด ที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่ได้รับเคมีบำบัด นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 97 – 105) ศึกษา การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ พบว่า รายได้ มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ แตกต่างกัน ตรีนานา โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 76 – 77) ศึกษา การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ของครอบครัวสูง จะมีการดูแลตนเอง ได้ดีกว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิลธรรม เสริมฤทธิ์ (2543 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

5. สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ รวมถึง การปฏิบัติตามพัฒนาการของชีวิต จากการศึกษาของ นรินาถ วิทย์โชติคุณ (2534 : 50 – 51) ที่ศึกษา ความสามารถในการดูแลตนเองของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง บุษบา ดันติศักดิ์ (2535 : 92 – 95) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย เอส แอล อี ที่มารับการตรวจที่หน่วยโรคไต คลินิกออดิโออิมมูน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช และคลินิกอายุรกรรมรุ่มหัดติด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า สถานภาพ สมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534 : 47 – 48) ศึกษา อัฒมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง

6. อาชีพ

อาชีพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ใช้พิจารณาแหล่งประโยชน์ด้านเวลาในการจัดระบบการดูแล ตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2533 : 37) จากการศึกษาของ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 111 – 126) ที่ศึกษา สีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเมือง พบว่า อาชีพ มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่อง หัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง และการ ปฏิบัติตนในการป้องกันโรคของประชาชนเมือง นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 97 – 105) ศึกษา การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ

พบว่า ผู้สูงอายุ ที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองต่างกัน ตรีนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 76 – 77) ศึกษา การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพต่างกัน จะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ จะมีการดูแลตนเองดีกว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพค้าขาย ไม่ประกอบอาชีพ และเกษตรกรกรรม ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ (2543 : บทคัดย่อ) ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531 : ก – ข) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง พบว่า อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ประสงค์ สัจจงพงษ์ (2534 : 41) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากร กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในอำเภอจำเริญสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่า ลักษณะอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ทรงพล ผุดผาด (2541 : บทคัดย่อ) ศึกษา พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ความรู้เกี่ยวกับโรค

โอเรม (Orem. 1991 : 128) ให้ความสำคัญของความรู้ว่า ความรู้มีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพราะความรู้ที่เพียงพอ และถูกต้องจะช่วยให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมด ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัย และส่งเสริมสุขภาพ โดยบังคับไม่ให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมที่เสี่ยงต่ออันตราย และหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่เป็นสาเหตุที่ทำให้สุขภาพเสื่อมโทรม (Prevention of hazard) ทั้งยังช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพแข็งแรงเป็นปกติสุขด้วย เพราะบุคคลมีความต้องการที่จะแสวงหาความรู้ และต้องการเรียนรู้วิธีที่จะดูแลตนเองตลอดเวลา (Learning self – care) เพราะธรรมชาติของบุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถที่จะฝึกตนเองให้เกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ (Learning behavior) ที่จะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองนี้ เป็นกิจกรรมส่วนบุคคลที่เกิดขึ้นได้ไม่เท่ากันก็ตาม

การที่บุคคลจะปฏิบัติอะไรก็ตาม บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ เสียก่อน และพึงพอใจที่จะปฏิบัติสิ่งนั้น ดังนั้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วย จึงควรจะมีความรู้เรื่องโรคที่ตัวเองเป็นอยู่ เช่น สาเหตุ อาการ และอาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา การควบคุมโรค การปฏิบัติตน

เพื่อให้โรคนั้นบรรเทาอาการหรือ หายเร็วยิ่งขึ้น เพราะความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการส่งเสริม การดูแลตนเอง การเรียนรู้เรื่องโรค และปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่อย่างดี จะช่วยให้ผู้ป่วย ดูแลตนเองได้ (Joseph. 1980 : 135) ถ้าบุคคลขาดปัจจัยความรู้ ก็จะเป็นสาเหตุทำให้ขาดความสามารถในการดูแลตนเองได้ เพราะความรู้เป็นพัฒนาการด้านสติปัญญา และทักษะต่าง ๆ การที่บุคคลมีความรู้ที่ถูกต้องก็จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องด้วย

ความรู้เกี่ยวกับโรค ซึ่งเกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย เป็นพลังความสามารถอันหนึ่งที่มีความสำคัญ ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล เพราะการที่บุคคลมีความรู้ จะทำให้มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ย้อนคิด และพิจารณาตัดสินใจ จึงเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ที่เหมาะสม (Orem. 1985 : 35) จากการศึกษาของ นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531 : ก – ข) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และความเชื่อ ด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์ (2538 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่มารับบริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก (โรคเรื้อน) โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนมาก จะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนน้อย เบญจพร ทองเที่ยงดี (2541 : บทคัดย่อ) ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่เข้ารับการรักษาในศูนย์วัณโรค เขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคปอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมอนามัยและเป็นสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะเจ็บป่วย หรือช่วยเหลือตนเองได้จำกัด การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาความเครียด สามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดี ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมบุคคลอาจรับมาจากบุคคลใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงานหรือบุคลากรทางการแพทย์ก็ได้ ทั้งนี้ เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องอาศัยการพึ่งพาซึ่งกันและกันเพื่อให้บรรลุความต้องการของตนในด้านสรีรวิทยาและเกิดความมั่นคง รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม อันจะ

ทำให้ชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายขึ้น จากแนวคิดดังกล่าวนี้ได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายรูปแบบที่แตกต่างกันออกไปคือ

คอบบ์ (Cobb. 1976 : 300) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นข้อมูลที่ทำให้คนเราเชื่อว่า มีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

พิลิสุก (Pilisuk. 1982 : 25) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความช่วยเหลือระหว่างบุคคลในด้านวัตถุ สิ่งของ การให้ความเชื่อมั่นที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับของสังคม มีความรู้สึกมั่นคงและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ทอยส์ (Thoits. 1982 : 147) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับการช่วยเหลือทางอารมณ์และสังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและความเครียดได้

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 396) ได้ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับการรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในระบบของสังคม เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตอารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528 : 172) ได้ให้ความหมายไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความหมายในเชิงแคบและกว้าง ความหมายในเชิงแคบ หมายถึง สิ่งๆ ที่ “ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุน” ได้รับจาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือการสนับสนุนทางจิตใจ ข้อมูลข่าวสารทำให้ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนได้มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ความหมายในเชิงกว้าง แรงสนับสนุนหมายถึง เครือข่ายของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลซึ่งครอบคลุมถึงความเกี่ยวเนื่องของเครือข่าย ปริมาณความถี่ของการปฏิสัมพันธ์กันและรวมถึงหน้าที่ของเครือข่ายสังคมนั้น ๆ ว่า มีหน้าที่ช่วยสนับสนุนทางด้านจิตใจ ความหวังโย ความรัก การให้วัตถุสิ่งของ และการแลกเปลี่ยนข่าวสาร

ดังนั้น อาจสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่บุคคลรับรู้ หรือประเมินว่าได้รับความช่วยเหลือ และได้รับการตอบสนอง ความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม เป็นส่วนที่มีความสำคัญต่อชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ

เพนเดอร์ (Pender, 1987 : 396 – 397) ได้แบ่งแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบคือ

1. ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีความสำคัญมากที่สุดต่อผู้ป่วยเพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยตั้งแต่วัยเด็กเพราะเป็นแหล่งที่ถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์และประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตอันเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้การสนับสนุนผู้ป่วย
2. ระบบสนับสนุนจากเพื่อน (Peer support system) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ มีความชำนาญในการที่จะค้นคว้าหาความต้องการและสามารถติดต่อชักจูงผู้ป่วยได้ง่าย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเป็นบุคคลซึ่งประสบความสำเร็จและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เลวร้ายต่าง ๆ ในชีวิตได้
3. ระบบสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่าง ๆ (Religious organizations or denomination) เป็นแหล่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิถีการดำรงชีวิตและขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ ได้แก่ พระ นักบวช หมอสอนศาสนา กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม เป็นต้น
4. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health professional support system) เป็นแหล่งการสนับสนุนเป็นแห่งแรกให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญต่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิทและกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ
5. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ (Organized support system not directed by health professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัครช่วยเหลือตนเอง (Self – help groups) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ในทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต

การสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็นสามระดับ การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับที่เล็กที่สุดคือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบหรือระบบย่อย (Subsystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับถัดมาคือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับระบบ (System) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกลุ่มบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกันหรือระหว่างบุคคลกับองค์กรต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับที่ใหญ่ที่สุดคือ การสนับสนุนที่เกิดขึ้นเหนือระบบ (Suprasystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมอื่นที่อยู่ในชุมชน การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับระบบ จะมีลักษณะไม่เป็นทางการ ต่างจากการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับจากองค์กรต่าง ๆ หรือกลุ่มบุคคลในสังคมอื่น ๆ ซึ่งมีลักษณะเป็นทางการ แต่ถ้าแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกตามแหล่งที่ให้การสนับสนุน จะแบ่งได้สองชนิดคือ การสนับสนุนทางสังคมที่มาจากบุคคลในครอบครัวและภายนอกครอบครัว

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม ได้มีผู้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้มากแตกต่างกันไปดังนี้

เฮาส์ (Brown. 1986 : 5 ; citing House. 1981) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมนั้น เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านความรัก การเห็นคุณค่า การได้รับการดูแลความไว้วางใจ รู้สึกเป็นห่วงและการยอมรับฟังความคิดเห็น
2. การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน
3. การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับข้อแนะนำ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา
4. การได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินค่า เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตัวเอง หรือประเมินตัวเอง การให้ข้อมูลย้อนกลับตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น

ทอยส์ (Thoits. 1982 : 147) ได้อธิบายถึงแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ว่าเป็นระดับของความต้องการพื้นฐานทางสังคม (Basic social needs) ของบุคคลซึ่งเกิดจากการติดต่อกับผู้อื่นกับบุคคลอื่นในกลุ่มสังคม และได้แบ่งประเภทการสนับสนุนตามลักษณะของความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม ไว้เป็น 2 ประเภทคือ

1. การช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม (Socio – emotional aid) ได้แก่ การได้รับความรัก ความใกล้ชิดสนิทสนมผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยกย่องและเห็นคุณค่า และมีความรู้สึกแห่งการเป็นเจ้าของสังคมส่วนรวม ตลอดจนมีความรู้สึกปลอดภัย
2. การช่วยเหลือด้านสื่อและสิ่งของเครื่องใช้ (Instrumental aid) ได้แก่ การได้รับคำแนะนำด้านข่าวสารข้อมูลอันเป็นประโยชน์ตลอดจนการได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของเงินทอง

ฟาร์เบอร์ (Farber. 1983 : 156) ได้อธิบายไว้ว่า ระบบการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยความยึดเหนี่ยวระหว่างบุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งทางอารมณ์และทรัพยากรอื่น ๆ และฟาร์เบอร์ ยังได้อธิบายลักษณะของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้คือ

1. การสนับสนุนทางด้านสังคมและอารมณ์ (Socio – emotional support) หมายถึง การได้รับความสนใจ กำลังใจ การยอมรับ การพบปะสังสรรค์ ความสนิทสนม
2. การสนับสนุนด้านการเงินและสิ่งของเครื่องใช้ (Financial and instrument aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือทางการเงินรวมทั้งสิ่งของเครื่องใช้
3. การได้รับคำแนะนำแก้ไขปัญหา (Information aid) หมายถึง การได้รับคำแนะนำแก้ไขปัญหาทั้งทางด้านการงานและเรื่องส่วนตัว

การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพของมนุษย์

การสนับสนุนทางสังคมนั้น ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือวัสดุ สิ่งของก็ตาม ย่อมจะส่งผลกระทบต่อผู้รับ เพราะคนเราไม่สามารถที่จะแยกกายและจิต ออกจากกันโดยสิ้นเชิงได้ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์

เบอร์กแมน และไซม์ (Berkman and Syme. 1979 : 202) ได้เสนอแนวความคิดเห็นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพของมนุษย์ไว้ โดยกล่าวว่า

1. คนที่แยกตัวออกจากสังคมจะได้รับการสนับสนุนจากสังคมน้อย และมีโอกาสเกิดการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง

2. การแยกตัวออกจากสังคมมีผลต่อจิตใจ เช่น ซึมเศร้า ทำให้คนเปลี่ยนแปลงกลไกการต่อสู้ เป็นหนทางนำไปสู่พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหรืออุบัติเหตุ

3. การแยกตัวออกจากสังคม จะทำให้คนมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ส่งผลให้บุคคลมีโอกาสจะเป็นโรคได้ง่ายขึ้น

โคเฮน และวิลส์ (Cohen and Wills. 1985 : 310 – 313) ได้กล่าวถึง บทบาทของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพใน 2 ลักษณะ คือ

1. การสนับสนุนทางสังคม จะมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ กล่าวคือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยตรง จะทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคงต่อการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รับรู้ถึงความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะมีผลต่อภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในทางบวก นอกจากนี้ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ยังจะมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน และระบบฮอร์โมนของร่างกายอีกด้วย ดังนั้นบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น มีภาวะสุขภาพ และการดูแลสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

2. การสนับสนุนทางสังคม ช่วยดูดซับ หรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด เมื่อมีเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้น และบุคคลประเมินว่าเหตุการณ์นั้นเป็นความเครียด และคุกคามต่อตนเอง ความสามารถของตนเองที่มีอยู่ไม่เพียงพอที่จะแก้ไขปัญหาเหล่านั้น ๆ ได้ สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะช่วยลดภาวะเครียดได้โดย

2.1 ช่วยให้ผู้บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นไม่รุนแรง เพราะรับรู้ว่าจะตนเองจะมีผู้คอยให้ความช่วยเหลือ แก้ไข เหตุการณ์นั้น ๆ ได้ ความเครียดจึงลดลง

2.2 ช่วยลด หรือขจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด หรือผลของความเครียดที่มีต่อร่างกาย ทำให้บุคคลรู้จักการแก้ไขปัญหา ลดการรับรู้ถึงความรุนแรงของปัญหา ทำให้การทำงานของระบบฮอร์โมนของร่างกายลดลง ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพมากขึ้น นอกจากนี้การได้รับข้อมูลข่าวสาร จะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจในตัวเองมากขึ้น เพิ่มแรงจูงใจในตนเอง รู้สึกว่าควบคุมสถานการณ์นั้นได้ ทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะเผชิญปัญหามากขึ้น

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในต่างประเทศ

แลนเกีย (Langlie. 1977 : 253) ศึกษาพบว่าระดับการศึกษาสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค กล่าวคือ ผู้ที่จบการศึกษาในระดับสูงจะมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โภชนาการที่ดี รับการตรวจสุขภาพ รับภูมิคุ้มกันโรค ใช้เข็มขัดนิรภัยขณะขับรถ มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แฮริส และกูเตน (ฮุบล เลี้ยววาริน. 2534 : 33 ; อ้างอิงมาจาก Harris and Guten. 1979 : 18) ศึกษาโดยการสำรวจสำงักป์ (Concept) ของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่าง 842 คน ผลการวิจัยปรากฏว่าบุคคลต่าง ๆ ให้ความสำคัญต่อการกระทำพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงและป้องกันรักษาสุขภาพ โดยให้ความสำคัญต่อพฤติกรรมการกินเป็นอันดับหนึ่ง การพักผ่อนเป็นอันดับสอง และการออกกำลังกายเป็นอันดับสาม ส่วนพฤติกรรมอื่น ๆ เช่น การไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ สุขนิสัยส่วนบุคคล การควบคุมน้ำหนัก การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นพฤติกรรมที่ประชาชนให้ความสำคัญและกระทำในอันดับรองลงมาตามลำดับ นอกจากนี้ยังศึกษาถึงสาเหตุการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของปัจเจกบุคคล เช่น การรับการตรวจสุขภาพฟัน การรับการฉีดภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น ผลการวิจัยสรุปว่าการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเป็นไปเพราะเขาเชื่อว่า การกระทำข้างต้นจะทำให้เขามีสุขภาพดี ปลอดภัยจากโรค

ชาร์ป รอส และคอกเกอร์แฮม (Sharp, Ross and Cockerham. 1983 : 255 – 263) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพทั่ว ๆ ไป พบว่า คนที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง มีความสามารถในการควบคุมเหนือสุขภาพของตนเองมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า

มุขเลนแคมป์ และเซเลส (Muhlenkamp and Seyles. 1986 : 334 – 338) ศึกษาถึงสาเหตุที่แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทำให้บุคคล มีการปฏิบัติการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ใหญ่ที่พักในอพาร์ทเมนต์ จำนวน 98 ราย ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีคุณค่า และปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองได้ดีขึ้น

วิลลี และซิลลิแมน (Willey and Silliman. 1990 : 79 – 95) ศึกษาผลกระทบจากโรคมะเร็ง และประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับกำลังใจจากสังคม พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้

รับกำลังใจ และแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีภาวะสุขภาพของร่างกาย และจิตใจ การดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่ได้รับกำลังใจ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ลักการีเนน และคนอื่น ๆ (Lukkarinen and others. 1997 : 295 – 304) ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 250 คน พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ อายุ เพศ สภาพสังคม รายได้ ฐานะ พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การป่วยเป็นโรค เช่น เบาหวาน แต่การพึงพอใจในเพศสัมพันธ์มีส่วนสำคัญน้อย

การวิจัยในประเทศไทย

นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531 : ก – ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลทรวงอก นนทบุรี โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และความเชื่อทางด้านสุขภาพ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาในการรักษา

จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 53 – 54) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับการรักษาในแผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 120 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2532 : บทคัดย่อ) ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีการประเมินระดับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สำคัญบางประการ ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพในครอบครัว ลักษณะครอบครัว ระดับอายุ และอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุกับการดูแลตนเอง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับอายุ เพศ สภาพทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัย สถานที่พัก และอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมากที่สุด คือ

อัทมโนทัศน์ รองลงมาได้แก่ ระดับการศึกษา และพบว่า ระดับการดูแลตนเองของเพศชายจะดีกว่าเพศหญิง และผู้ที่มีการศึกษาสูงจะดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ

ชวลี โฆษิตทาภิวัธน์ (2534 : 62 – 63) ศึกษา ปัจจัยคัดสรร ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรัง ที่มารับการตรวจรักษา ที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 100 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรัง มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับค่อนข้างสูง อายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

นรินาถ วิทย์โชติคุณ (2534 : 50 – 51) ศึกษา ความสามารถในการดูแลตนเองของ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมือง จังหวัด นครสวรรค์ และมารับบริการตรวจสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัด นครสวรรค์ จำนวน 120 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ผลการศึกษา พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ในขณะที่ เพศ จำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียน และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและเพศ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียนและรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ เมื่อนำปัจจัยพื้นฐานเข้าวิเคราะห์ การถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเท่านั้นที่สามารถทำนายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่เพศ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียน และรายได้ ไม่สามารถทำนายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้ โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 30.10

ประสงค์ สัจพงษ์ (2534 : 41) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากร กับ การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดใน อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี โดยศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จำนวน 200 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษา พบว่า อายุ ลักษณะอาชีพ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและปัจจัยร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค การรับรู้ต่อประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ต่ออุปสรรคของการรักษาและแรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคมแต่ละประเภท ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านการประเมินพฤติกรรม การสนับสนุนทางด้านสิ่งของและเงิน มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

มณฑนา เจริญกุล (2534 : บทคัดย่อ) ศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลกและมารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 100 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ ในขณะที่รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ แต่ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534 : 47 – 48) ศึกษา อัตมโนทัศน์ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจังหวัดหนองคาย จำนวน 106 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอัตมโนทัศน์ที่มีความสามารถในการดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตดี และยังพบว่า อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต และในขณะเดียวกันความสามารถในการดูแลตนเองก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยพื้นฐานเรื่องสถานภาพสมรส รายได้ และจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาในโรงเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ส่วนปัจจัยพื้นฐานเรื่องเพศ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับอัตมโนทัศน์และความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เมื่อนำปัจจัยพื้นฐานบางประการ และอัตมโนทัศน์เข้าในสมการถดถอยพหุคูณเพื่อทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่า สถานภาพสมรส รายได้ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาในโรงเรียน และอัตมโนทัศน์ สามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 44 และเมื่อนำปัจจัยพื้นฐานบางประการ อัตมโนทัศน์ และความสามารถในการดูแลตนเองเข้าในสมการถดถอยพหุคูณเพื่อทำนายคุณภาพชีวิต พบว่า สถานภาพสมรส รายได้ และอัตมโนทัศน์สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญโดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 24.00

กาญจนา ประสานปราน (2535 : ก – ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค มารับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 100 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความแตกต่างกันทางด้านปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของ

ครอบครัวยุคใหม่ ชนิดของโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุษบา ดันติศักดิ์ (2535 : 92 – 95) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรค เอส แอล อี ที่มารับการตรวจที่หน่วย โรคไต คลินิกอิมมูโน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช และคลินิกอายุรกรรมรพ.ห่มมาติค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 160 คน พบว่า อายุ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

เดือนทิพย์ ศิริวงศ์วิไลชาติ (2536 : 101 – 108) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับ ภาพลักษณ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด ที่มารับ การรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า ระดับการศึกษา อายุ เพศ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาในการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 111 – 126) ศึกษา สีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของ ประชาชนเมือง กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชน ชาย หญิง ที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขต เทศบาลจังหวัด นนทบุรี จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับความ เชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคหัวใจ และหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็งและการปฏิบัติ ตนในการป้องกันโรสดังกล่าว ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ และสถานภาพทาง สังคม ปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อการรับรู้ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ สถานภาพ สมรส และแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

เพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์ (2528 : บทคัดย่อ) ศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดูแล ตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่มารับบริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก (โรคเรื้อน) โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่มารับบริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก (โรคเรื้อน) โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 180 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน ความเชื่ออำนาจภายในตน แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .001 ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม และความเชื่ออำนาจภายในภายนอกตน สามารถร่วมทำนาย ความสามารถในการดูแลตนเองได้ ร้อยละ 86.06

สุนทรา หิรัญวรรณ (2538 : 97 – 99) ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน : ศึกษาเฉพาะใน โรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มารับ

การตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลแก้งคร้อ จำนวน 304 คน ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ อายุ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตน และผู้ที่มีอุปสรรคในการดูแลตนเอง โดย เพศ อายุ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตน และอุปสรรคในการดูแลตนเอง สามารถอธิบายการผันแปรพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ ปัจจัยด้าน ระยะเวลาการเป็นโรค รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน และความพึงพอใจในระบบบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 97 – 105) ศึกษา การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ จำนวน 260 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษา พบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในเกณฑ์การปฏิบัติค่อนข้างดี การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตามตัวแปรที่ศึกษาพบว่า เพศ อายุ และสถานภาพสมรส มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุที่มีอาชีพ รายได้ และระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อัสรา อวรรณ (2540 : บทคัดย่อ) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มี 4 โรงพยาบาล คือ วชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 235 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มี เพศ สถานภาพสมรสต่างกัน มีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีฐานะ เศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ต่างกัน มีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษา สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้ ร้อยละ 20.60

ทรงพล ผุดผาด (2541 : บทคัดย่อ) ศึกษา พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 200 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มี เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอายุ และรายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และเพศ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เบญจพร ทองเที่ยงดี (2541 : บทคัดย่อ) ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่เข้ารับการรักษาในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 254 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปร ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ความเชื่อด้านสุขภาพ บรรยากาศในการให้บริการของศูนย์วัณโรคเขต และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค และตัวแปร ความเชื่อด้านสุขภาพ บรรยากาศในการให้บริการของศูนย์วัณโรคเขต การศึกษาระดับประถมศึกษา และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายการมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อรชร ศรีไทรล้วน (2541 : บทคัดย่อ) ศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเอง ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 113 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อยู่ในระดับดี ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มี อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และภาวะควบคุมโรค ต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จินตนา มณฑลปัญญากุล (2542 : 88 –89) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคต้อกระจก ที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดต้อกระจก จำนวน 341 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผู้ป่วยโรคต้อกระจก มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับดี ตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ส่วนตัวแปร ระดับการศึกษา การรับรู้

ประโยชน์ของการรักษาโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถร่วมทำนายนพคุณกรรมการดูแลตนเอง ในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ได้ร้อยละ 27.93

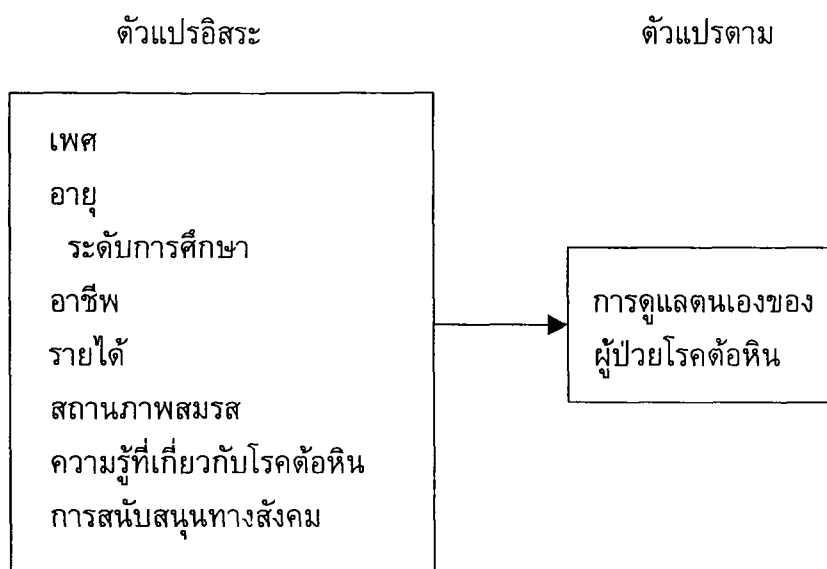
ตริณาส โกวิทเจริญตระกูล (2542 : บทคัดย่อ) ศึกษา การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนารถ โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษา ในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนารถ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 330 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว ต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว มีความสามารถในการทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01

พรรณทิพา เหมแหวน (2543 : 130 – 131) ศึกษา ตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 216 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ ระยะอาการดำเนินของโรค ต่างกัน จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติของผู้ติดเชื้อเอดส์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

ศิธรธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ (2543 : บทคัดย่อ) ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 300 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มี เพศ ระดับการศึกษา ต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ส่วนอายุ อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษา แนวคิด ทฤษฎี เอกสารที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งการวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งต่างประเทศ และในประเทศ ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาค้นคว้า เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน โดยสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังปรากฏตามภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยโรคต่อหีน ที่มีเพศต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหีนแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคต่อหีน ที่มีอายุต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหีนแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคต่อหีน ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหีนแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยโรคต่อหีน ที่มีอาชีพต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหีนแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยโรคต่อหีน ที่มีรายได้ต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหีนแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยโรคต่อหีน ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหีนแตกต่างกัน
7. ผู้ป่วยโรคต่อหีน ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหีนต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหีนแตกต่างกัน
8. ผู้ป่วยโรคต่อหีน ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหีนแตกต่างกัน
9. ตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต่อหีน และการสนับสนุนทางสังคม จะสามารถร่วมกันทำนาย การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีนได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการศึกษาค้นคว้า ดังนี้

แหล่งข้อมูล และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 1,029 คน (สถิติจำนวนผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2540 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2541)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 300 คน โดยมีขั้นตอนในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ ยามาเน่ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2536 : 296 ; อ้างอิงมาจาก Yamane. 1967 : 886 – 887) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มีความคลาดเคลื่อนที่ .05 จาก

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อน .05

2. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากร โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติ ตามข้อตกลงเบื้องต้น และมารับบริการระหว่างเดือนมิถุนายน 2543 ถึงเดือน สิงหาคม 2543 จำนวน 300 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยโรคต่อหิน ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ซึ่งมีลักษณะแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมข้อความ

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน ได้แก่ สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตน ลักษณะแบบทดสอบ เป็นคำถามให้เลือกตอบข้อถูกข้อผิด จำนวน 17 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามวัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยอาศัยแนวคิดของโอเร็ม (Orem. 1985, 1991) ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นคำถามเกี่ยวกับการดูแลของตนเอง โดยประกอบด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป จำนวน 6 ข้อ การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ จำนวน 7 ข้อ และการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ กรแก้ว กอวัฒนา (2531) และสุพรรณิ อินตะนัย (2538) เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ได้รับเป็นประจำ ได้รับเป็นบางครั้ง และไม่เคยได้รับ จำนวน 20 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

1. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน ถ้าตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดจะได้ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนนของความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

คะแนนตั้งแต่ค่าเฉลี่ย $\bar{X} + 0.5$ SD ขึ้นไป เป็นระดับสูง

คะแนนตั้งแต่ค่าเฉลี่ย $\bar{X} \pm 0.5$ SD เป็นระดับปานกลาง

คะแนนตั้งแต่ค่าเฉลี่ย $\bar{X} - 0.5$ SD ลงมา เป็นระดับต่ำ

2. แบบสอบถามวัดการดูแลตนเอง มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยข้อความในแบบสอบถาม ประกอบด้วย ด้านบวก และด้านลบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ถ้าตอบในช่อง “ปฏิบัติเป็นประจำ”	2	0
ถ้าตอบในช่อง “ปฏิบัติเป็นบางครั้ง”	1	1
ถ้าตอบในช่อง “ไม่เคยปฏิบัติ”	0	2

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการดูแลตนเอง (วิเชียร เกตุสิงห์.

2538 : 10)

1.34 – 2.00	หมายถึง	มีการดูแลตนเองในระดับดี
0.67 – 1.33	หมายถึง	มีการดูแลตนเองในระดับปานกลาง
0.00 – 0.66	หมายถึง	มีการดูแลตนเองในระดับต้องปรับปรุง

3. แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม โดยให้คะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ถ้าตอบในช่อง “ได้รับเป็นประจำ”	2	0
ถ้าตอบในช่อง “ได้รับเป็นบางครั้ง”	1	1
ถ้าตอบในช่อง “ไม่เคยได้รับ”	0	2

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนของการสนับสนุนทางสังคม

(วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

1.34 – 2.00	หมายถึง	การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง
0.67 – 1.33	หมายถึง	การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง
0.00 – 0.66	หมายถึง	การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างแบบสอบถามตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง เพื่อนำมาพิจารณาปรับปรุงใช้ตามความเหมาะสม
2. ศึกษาหลักเกณฑ์ และวิธีการสร้างแบบสอบถามจาก ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. สร้างแบบทดสอบความรู้ จำนวน 40 ข้อ แบบสอบถามวัดการดูแลตนเอง จำนวน 63 ข้อ และแบบสอบถามวัดการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยโรคต่อหิน จำนวน 36 ข้อ
4. นำแบบสอบถามให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาโท ตรวจสอบ และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง
5. นำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบ และนำมาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน และนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือ

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. หาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว จำนวน 139 ข้อ ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน จำนวน 40 ข้อ แบบสอบถามวัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน จำนวน 63 ข้อ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 36 ข้อ นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา เป็นรายข้อ ว่าแต่ละข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์กำหนดคะแนนดังนี้

- 1 สำหรับข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา
- 0 สำหรับข้อคำถามที่ไม่แน่ใจว่ามีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา
- 1 สำหรับข้อคำถามที่ไม่มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

บันทึกผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ แต่ละข้อ แล้วนำไปหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้วิจัยเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.50 หรือมากกว่า จึงแสดงว่า แบบสอบถามนั้นมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และสามารถนำไปใช้ได้ มีจำนวน 128 ข้อ ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน จำนวน 37 ข้อ แบบสอบถามวัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน จำนวน 59 ข้อ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 32 ข้อ

1.2 ผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาให้ตรวจพิจารณาอีกครั้ง แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคต่อหินที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 50 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนก

2. การหาค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนก

2.1 หาค่าความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้ โดยที่ค่าคะแนนรายข้อ จะมีคะแนนเป็น 1 ถ้าตอบถูก และคะแนนเป็น 0 ถ้าตอบผิด คำนวณหาค่าความยากง่ายเป็นรายข้อ โดยเลือกข้อคำถามที่มีความยากง่าย 0.20 ถึง 0.80 ซึ่งแบบทดสอบความรู้ จำนวน 37 ข้อ เมื่อนำไปหาค่าความยากง่าย พบว่า ได้ข้อคำถาม จำนวน 17 ข้อ ที่มีความยากง่ายระหว่าง 0.20 – 0.80

2.2 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้เป็นรายข้อ โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ ไบซีเรียล (Point biserial correlation) ซึ่งเป็นค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ กับคะแนนรวมทั้งฉบับ และเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119) ได้ข้อคำถาม จำนวน 17 ข้อ ที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.36 ถึง 0.79

2.3 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้การหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Correlated item to total correlation) และเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 116 – 117) โดยแบบสอบถามการดูแลตนเอง จำนวน 63 ข้อ เมื่อนำไปหาค่าอำนาจจำแนก แล้วได้ข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.33 ถึง 0.70 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 36 ข้อ เมื่อนำไปหาค่าอำนาจจำแนก แล้วได้ข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.23 ถึง 0.61

3. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

3.1 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ ที่มีแบบการให้คะแนน คือ ถ้าตอบถูกได้คะแนนเป็น 1 และถ้าตอบผิดได้คะแนนเป็น 0 นำแบบทดสอบที่มีค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์ มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบทดสอบทั้งฉบับโดยใช้สูตร KR – 20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 121) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ เท่ากับ 0.6905

3.2 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม โดยนำแบบสอบถามการดูแลตนเอง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ที่มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์ มาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - coefficient) ของครอนบัค (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 118) ได้

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการดูแลตนเองเท่ากับ 0.8416 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.9178

วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุญาต และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชีแจงวัตถุประสงค์เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ขณะที่รอการตรวจ หรือภายหลังได้รับการตรวจจากแพทย์แล้ว
3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน 300 คน ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบข้อมูลให้สมบูรณ์ แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical package for the social science)

วิธีจัดการกับข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบทดสอบ และแบบสอบถามทั้ง 4 ตอน มาวิเคราะห์ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical package for the social science)

โดยผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์เรียบร้อยของแบบทดสอบ และแบบสอบถาม แต่ละฉบับ และคัดเลือกเฉพาะที่สมบูรณ์ไว้ สำหรับนำมาวิเคราะห์ต่อไป
2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ
3. แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม นำมาวิเคราะห์ โดยหา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกันโดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1
5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม ใช้การทดสอบแบบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One – way analysis of variance) หรือทดสอบค่า เอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2, 3, 4, 5, 6, 7 และ 8 ถ้าพบว่า ข้อใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman – Keuls method)

6. วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ในการหาค่าน้ำหนักสมทบในการทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน โดยใช้ปัจจัยด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนาย การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 9

ในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ตัวแปรที่จะนำมาคำนวณจะต้องเป็นตัวแปรที่วัดในระดับอันตรภาค (Interval scale) ขึ้นไป (วิเชียร เกตุสิงห์. 2526 : 326) แต่ถ้าเป็นตัวแปรที่วัดในระดับนามบัญญัติ (Nominal scale) หรือระดับเรียงอันดับ (Ordinal scale) ต้องทำการแปลงตัวแปรดังกล่าวให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) เสียก่อน แล้วจึงนำไปวิเคราะห์ ในการศึกษานี้ ข้อมูลตัวแปรที่จะนำมาทำตัวแปรหุ่น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน และการสนับสนุนทางสังคมโดยมีรายละเอียด ดังนี้

<u>ตัวแปรหุ่น</u>	<u>ค่าตัวแปร</u>				
<u>เพศ</u>					
ชาย	0				
หญิง	1				
<u>อายุ</u>					
ต่ำกว่า 30 ปี	AGE ₁	AGE ₂	AGE ₃	AGE ₄	AGE ₅
30 – 40 ปี	0	0	0	0	0
41 – 50 ปี	1	0	0	0	0
51 – 60 ปี	0	1	0	0	0
61 – 70 ปี	0	0	1	0	0
70 ปี ขึ้นไป	0	0	0	1	0
<u>ระดับการศึกษา</u>					
ต่ำกว่าประถมศึกษา	ED ₁	ED ₂	ED ₃		
ประถมศึกษา	0	0	0		
มัธยมศึกษา	1	0	0		
อุดมศึกษา	0	1	0		
	0	0	1		

<u>อาชีพ</u>	OC ₁	OC ₂	OC ₃	OC ₄	OC ₅	OC ₆
ค้าขาย	0	0	0	0	0	0
รับจ้าง	1	0	0	0	0	0
เกษตรกรรม	0	1	0	0	0	0
รับราชการ	0	0	1	0	0	0
แม่บ้าน	0	0	0	1	0	0
นักเรียน/นักศึกษา	0	0	0	0	1	0
อื่น ๆ	0	0	0	0	0	1

<u>รายได้</u>	INC ₁	INC ₂	INC ₃
ต่ำกว่า 5,000 บาท	0	0	0
5,000 – 10,000 บาท	1	0	0
10,001 – 15,000 บาท	0	1	0
15,000 บาทขึ้นไป	0	0	1

<u>สถานภาพสมรส</u>	MR ₁	MR ₂
โสด	0	0
คู่	1	0
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	0	1

<u>ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อ</u>	KN ₁	MR ₂
ระดับต่ำ	0	0
ระดับปานกลาง	1	0
ระดับสูง	0	1

<u>การสนับสนุนทางสังคม</u>	SS ₁	SS ₂
ระดับต่ำ	0	0
ระดับปานกลาง	1	0
ระดับสูง	0	1

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติขั้นพื้นฐาน ได้แก่

1.1 หาค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (ประกอบ กรรณสูตร. 2525 : 73)

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ
 f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ
 n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2537 : 40)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ย
 $\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
 n แทน จำนวนคน

1.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2537 : 74)

$$S = \sqrt{\frac{n\sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ S แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
 X^2 แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
 $(\sum X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
 n แทน จำนวนคน

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและตามโครงสร้างโดยอาศัย
 ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญเรียกว่า เชิงพินิจ (Face validity) ซึ่งสามารถตรวจสอบและ
 วิเคราะห์ออกมาในเชิงปริมาณหรือตัวเลข ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2536 : 124)

2.1.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับลักษณะเฉพาะ
 ของเนื้อหา โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเนื้อหาแล้ว แต่ละคนพิจารณา
 ลงความเห็นและให้คะแนน

- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่
 ต้องการ
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์
 ที่ต้องการนั้นหรือไม่
- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่มีความสอดคล้องตามจุดประสงค์
 ที่ต้องการนั้น

2.1.2 นำคะแนนที่ได้มาแทนค่าในสูตร

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ จุดประสงค์ที่ต้องการ
$\sum R$	แทน	ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เนื้อหาทั้งหมด
N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หาค่าความยากง่าย ของแบบทดสอบความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต่อหิน
 โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2535 : 136)

$$P = \frac{R}{N}$$

เมื่อ P	แทน	ค่าความยากง่าย
R	แทน	จำนวนข้อที่ทำข้อนั้นถูก
N	แทน	จำนวนที่ทำข้อนั้นทั้งหมด

2.3 หาค่าอำนาจจำแนก ของแบบทดสอบความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต่อหิน โดยหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ ไบซีเรียล (Point biserial correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119)

$$r_{pbis} = \frac{\bar{y}_p - \bar{y}_q}{S_y \sqrt{pq}}$$

เมื่อ r_{pbis}	แทน	ค่าอำนาจจำแนกประจำข้อ ดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยต์ ไบซีเรียล
$\bar{y}_p$	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของผู้ป่วยโรคต่อหินที่ตอบข้อนั้นถูก
$\bar{y}_q$	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของผู้ป่วยโรคต่อหินที่ตอบข้อนั้นผิด
S_y	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งหมด
p	แทน	ค่าความยากของข้อสอบข้อนั้น (สัดส่วนของผู้ป่วยที่ตอบข้อนั้นถูก)
q	แทน	ค่า $(1 - p)$ ซึ่งคือสัดส่วนของผู้ป่วยที่ตอบข้อนั้นผิด

2.4 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม โดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ กับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Correlated item to total correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

$$r_{xy} = \frac{n\sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2] [n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy}	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X กับตัวแปร Y
$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
$\sum Y$	แทน	ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง
$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน X

ΣY^2	แทน ผลรวมของกำลังสองของคะแนน Y
ΣXY	แทน ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน X กับ Y
n	แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.5 หาค่าความเชื่อมั่น ของแบบทดสอบความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต้อหิน โดยใช้สูตร KR – 20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 121)

$$r_{tt} = \left(\frac{n}{n-1} \right) \left(\frac{S_t^2 - \Sigma pq}{S_t^2} \right)$$

เมื่อ r_{tt}	แทน ค่าความเชื่อมั่น
n	แทน จำนวนข้อของแบบทดสอบ
p	แทน ค่าความยากของข้อสอบแต่ละข้อ (สัดส่วนของคนทำถูก)
q	แทน $1 - p$ (สัดส่วนของคนทำผิด)
S_t^2	แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2.6 หาค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - coefficient) ของ ครอนบัค (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 118)

$$\alpha = \left(\frac{n}{n-1} \right) \left(1 - \frac{\Sigma S_i^2}{S_t^2} \right)$$

เมื่อ α	แทน สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น
n	แทน จำนวนข้อคำถาม
ΣS_i^2	แทน คะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ
S_t^2	แทน คะแนนความแปรปรวนทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.1 การทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 180)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$\text{เมื่อ } df = \frac{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}{\frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1}\right)^2}{n_1 - 1} + \frac{\left(\frac{S_2^2}{n_2}\right)^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาการแจกแจงแบบที
	$\bar{X}_1, \bar{X}_2$	แทน	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มตัวอย่างที่ 2
	S_1^2, S_2^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และ 2
	n_1, n_2	แทน	จำนวนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มตัวอย่างที่ 2
	df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม
 โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One – way analysis of variance)
 เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 7 และ 8 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 249)

$$F = \frac{MS_b}{MS_w}$$

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบเอฟ
 MS_b แทน ค่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม
 MS_w แทน ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม

ถ้าการทดสอบพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman – Keuls method)
 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 268)

$$q. \sqrt{\frac{MS_w}{n}}$$

เมื่อ q. แทน ค่า q – statistic
 MS_w แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม
 n แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

$$\text{โดยที่ } \tilde{q} = \frac{k}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \dots + \frac{1}{n_k}}$$

เมื่อ k แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
 $n_1, n_2, \dots, n_k$ แทน จำนวนคะแนนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1
 ถึงกลุ่มตัวอย่างที่ k ตามลำดับ

3.3 ทดสอบความมีนัยสำคัญ ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยการทดสอบค่าที (t-test) โดยใช้สูตร ดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2537 : 325)

$$t = \frac{r\sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

เมื่อ t แทน ค่าทดสอบการมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

r แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

3.4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple correlation coefficient) ระหว่างตัวทำนายทั้งหมด ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน และการสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ซึ่งเป็นตัวเกณฑ์ โดยวิธีวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 9

3.4.1 หาค่าสหสัมพันธ์ภายใน (Intercorrelation – r) ระหว่างตัวแปรทั้งหมด คือตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์

3.4.2 หาค่าสหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างกลุ่มตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์ (Multiple correlation – r)

3.4.3 ค่าน้ำหนักเบต้า (Beta weight - β) และสมการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression equation) ที่มีนัยสำคัญ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มเติมตัวแปรเป็นขั้น ๆ (Stepwise multiple regression analysis) สมการถดถอยพหุคูณมีดังนี้

$$Y' = b_0 + b_1 X_1 + b_2 X_2 + \dots + b_p X_p$$

เมื่อ

Y' คือ คะแนนตัวแปรที่ต้องการพยากรณ์

X_{1-p} คือ ตัวแปรอิสระที่ใช้ในการพยากรณ์

b_0 คือ ค่าคงที่ (Constant)

b_{1-p} คือ สัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression coefficient)
ในรูปคะแนนดิบ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมายการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t-distribution)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบเอฟ (F-distribution)
SS	แทน	ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean of square)
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
p	แทน	ระดับความน่าจะเป็น
R^2	แทน	ค่าที่บอกสัดส่วนของตัวแปรตามที่อธิบายได้ด้วยตัวแปรอิสระ
b	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ
SE(b)	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่า b
Beta	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 300 คน การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบการสัมภาษณ์ และได้รับข้อมูลที่ให้คำตอบสมบูรณ์ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS : Statistical package for the social science) และในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี ในช่วงระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2543 โดยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส โดยนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน และการสนับสนุนทางสังคม โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จากค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม จำแนกตามเพศ โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าสองกลุ่ม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One – way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2 – 8 หากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทดสอบเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method)

ตอนที่ 4 ทดสอบค่าน้ำหนักสมทบในการทำนาย การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน จากปัจจัยด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน และการสนับสนุนทางสังคม โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 9

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี ในช่วงระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2543 โดยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน และค่าร้อยละของผู้ป่วยโรคต่อหิน จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส

ตัวแปร	n	ร้อยละ
1. เพศ		
1.1 ชาย	126	42.00
1.2 หญิง	174	58.00
รวม	300	100.00
2. อายุ		
2.1 ต่ำกว่า 30 ปี	20	6.70
2.2 30 – 40 ปี	17	5.70
2.3 41 – 50 ปี	33	11.00
2.4 51 – 60 ปี	60	20.00
2.5 61 – 70 ปี	85	28.30
2.6 70 ปีขึ้นไป	85	28.30
รวม	300	100.00
3. ระดับการศึกษา		
3.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา	23	7.70
3.2 ประถมศึกษา	112	37.30
3.3 มัธยมศึกษา	70	23.30
3.4 อุดมศึกษา	95	31.70
รวม	300	100.00

ตาราง 1 (ต่อ)

ตัวแปร	n	ร้อยละ
4. อาชีพ		
4.1 ค้าขาย	29	9.70
4.2 รับจ้าง	45	15.00
4.3 เกษตรกรรม	13	4.30
4.4 รับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	23	7.70
4.5 แม่บ้าน	91	30.30
4.6 นักเรียน หรือนักศึกษา	12	4.00
4.7 อื่น ๆ	87	29.00
รวม	300	100.00
5. รายได้		
5.1 ต่ำกว่า 5,000 บาท	186	62.00
5.2 5,000 – 10,000 บาท	44	14.70
5.3 10,001 – 15,000 บาท	24	8.00
5.4 15,000 บาทขึ้นไป	46	15.30
รวม	300	100.00
6. สถานภาพสมรส		
6.1 โสด	48	16.00
6.2 คู่	174	58.00
6.3 หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	78	26.00
รวม	300	100.00

จากตาราง 1 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 300 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยผู้ป่วยเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.00 และผู้ป่วยเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 42.00

อายุ ผู้ป่วยโรคต่อหีนส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 61 – 70 ปี และ 70 ปี ขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.30 รองลงมา คือ อายุ 51 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.00 อายุ 41 – 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.00 อายุต่ำกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 6.70 และอายุ 30 – 40 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.70

ระดับการศึกษา ผู้ป่วยโรคต่อหีน มีระดับการศึกษา อยู่ในชั้นประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.30 รองลงมา คือ ระดับอุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 31.70 ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 23.30 และระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.70

อาชีพ ผู้ป่วยโรคต่อหีนส่วนใหญ่ เป็นแม่บ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.30 รองลงมา คือ อาชีพอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 29.00 รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 15.00 ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 9.70 รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 7.70 เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 4.30 นักเรียน หรือนักศึกษา มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.00

รายได้ ผู้ป่วยโรคต่อหีนส่วนใหญ่ มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.00 รองลงมา คือ มีรายได้ 15,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 15.30 รายได้ 5,000 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 14.70 และรายได้ 10,001 – 15,000 บาท มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.00

สถานภาพสมรส ผู้ป่วยโรคต่อหีนส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.00 รองลงมา คือ หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 26.00 และโสด คิดเป็นร้อยละ 16.00

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน และการสนับสนุนทางสังคม โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยโรคต่อหิน จำแนกตามการดูแลตนเอง

ตัวแปร	n	ร้อยละ
การดูแลตนเอง		
การดูแลตนเองโดยทั่วไป		
ระดับดี	270	90.00
ระดับปานกลาง	28	9.30
ระดับต้องปรับปรุง	2	0.70
รวม	300	100.00
การดูแลตนเองตามพัฒนาการ		
ระดับดี	247	82.30
ระดับปานกลาง	47	5.70
ระดับต้องปรับปรุง	6	2.00
รวม	300	100.00
การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ		
ระดับดี	165	55.00
ระดับปานกลาง	120	40.00
ระดับต้องปรับปรุง	15	5.00
รวม	300	100.00
การดูแลตนเองโดยรวม		
ระดับดี	236	78.70
ระดับปานกลาง	61	20.30
ระดับต้องปรับปรุง	3	1.00
รวม	300	100.00

จากตาราง 2 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีการดูแลตนเอง
จำแนกตามรายด้าน จะพบว่า

การดูแลตนเองโดยทั่วไป อยู่ในระดับดี มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.00 รองลงมา
คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 9.30 และระดับต้องปรับปรุง มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็น
ร้อยละ 0.70

การดูแลตนเองตามพัฒนาการ อยู่ในระดับดี มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.30
รองลงมาคือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 15.70 และระดับต้องปรับปรุง มีจำนวนน้อยที่สุด
คิดเป็นร้อยละ 2.00

การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ อยู่ในระดับดี มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ
55.00 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.00 และระดับต้องปรับปรุง มีจำนวน
น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.00

ดังนั้น ผู้ป่วยโรคต่อหีนส่วนใหญ่ มีการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี มีมากที่สุด
คิดเป็นร้อยละ 78.70 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 20.30 และระดับต้องปรับปรุง
มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.00

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคต่อหิน

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S	ระดับ
การดูแลตนเอง				
การดูแลตนเองโดยทั่วไป	300	1.64	0.31	ดี
การดูแลตนเองตามพัฒนาการ	300	1.66	0.35	ดี
การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ	300	1.39	0.41	ดี
การดูแลตนเองโดยรวม	300	1.56	0.29	ดี

จากตาราง 3 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต่อหิน มีการดูแลตนเอง จำแนกตามรายด้าน พบว่า การดูแลตนเองโดยทั่วไป อยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.64 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.31 การดูแลตนเองตามพัฒนาการอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.66 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.35 และการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ อยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.39 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.41

ดังนั้น ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.56 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.29

ตาราง 4 จำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยโรคต้อหิน จำแนกตามความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต้อหิน และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	n	ร้อยละ
ความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต้อหิน		
ระดับสูง	121	40.30
ระดับปานกลาง	98	32.70
ระดับต่ำ	81	27.00
รวม	300	100.00
การสนับสนุนทางสังคม		
ระดับสูง	251	83.70
ระดับปานกลาง	43	14.30
ระดับต่ำ	6	2.00
รวม	300	100.00

จากตาราง 4 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินส่วนใหญ่ มีความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต้อหิน อยู่ในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.30 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 32.70 และระดับต่ำ มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.00

การสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยโรคต้อหินส่วนใหญ่ มีการสนับสนุนทางสังคมใน ระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 83.70 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 14.30 และระดับต่ำ มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.00

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต่อหิน และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยโรคต่อหิน

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S	ระดับ
ความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต่อหิน	300	12.28	3.01	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	300	1.62	0.34	สูง

จากตาราง 5 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต่อหิน มีความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต่อหิน ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.28 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.01 และมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.62 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.34

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จากค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม จำแนกตามเพศ โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง มากกว่า สองกลุ่ม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One – way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2 – 8 หากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทดสอบเป็นรายคู่ โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 6 – 18

ตาราง 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามเพศ

เพศ	n	$\bar{X}$	S	t-value	p-value
ชาย	126	1.58	0.27	1.28	0.20
หญิง	174	1.54	0.30		

จากตาราง 6 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต้อหิน ทั้งเพศชาย และเพศหญิง มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต้อหิน ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต้อหินแตกต่างกัน

ตาราง 7 คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค
 ต้อหินที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามอายุ

อายุ	n	$\bar{X}$	S
ต่ำกว่า 30 ปี	20	1.53	0.21
30 – 40 ปี	17	1.58	0.27
41 – 50 ปี	33	1.61	0.26
51 – 60 ปี	60	1.58	0.27
61 – 70 ปี	85	1.56	0.32
70 ปีขึ้นไป	85	1.52	0.30
รวม	300	1.56	0.29

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มีอายุ 41 – 50 ปี มีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองมากที่สุด เท่ากับ 1.61 ($S = 0.26$) รองลงมา คือ อายุ 30 – 40 ปี, อายุ 51 – 60 ปี, อายุ 61 – 70 ปี, อายุต่ำกว่า 30 ปี และอายุ 70 ปีขึ้นไป โดยมีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเอง เท่ากับ 1.58 ($S = 0.27$), 1.58 ($S = 0.27$), 1.56 ($S = 0.32$) 1.53 ($S = 0.21$) และ 1.52 ($S = 0.30$) ตามลำดับ และจากข้อมูลตามตาราง 7 ผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One – way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 8

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วย
 โรคต้อหิน ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	5	0.27	0.05	0.65	.66
ภายในกลุ่ม	294	24.57	0.08		
รวม	299	24.84			

จากตาราง 8 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเอง เกี่ยวกับโรคต้อหินไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต้อหินแตกต่างกัน

ตาราง 9 คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค
 ต้อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	n	$\bar{X}$	S
ต่ำกว่าประถมศึกษา	23	1.45	0.30
ประถมศึกษา	112	1.51	0.33
มัธยมศึกษา	70	1.54	0.26
อุดมศึกษา	95	1.65	0.23
รวม	300	1.56	0.29

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองมากที่สุด เท่ากับ 1.65 ($S = 0.23$) รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา, ประถมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษา โดยมีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเอง เท่ากับ 1.54 ($S = 0.26$), 1.51 ($S = 0.33$), และ 1.45 ($S = 0.30$) ตามลำดับ และจากข้อมูลตามตาราง 9 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One – way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 10

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วย
 โรคต้อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	1.35	0.45	5.66*	.00
ภายในกลุ่ม	296	23.49	0.08		
รวม	299	24.84			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 10 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต้อหิน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต้อหิน แตกต่างกัน ดังนั้น จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 11

ตาราง 11 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ ในการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

ระดับการศึกษา	$\bar{X}$	ต่ำกว่าประถมศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
		1.45	1.51	1.54	1.65
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1.45	-	0.06	0.09	0.20*
ประถมศึกษา	1.51		-	0.03	0.14*
มัธยมศึกษา	1.54			-	0.11*
อุดมศึกษา	1.65				-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 11 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหิน ดีกว่าผู้ป่วยโรคต่อหินที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ประถมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 12 คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	n	$\bar{X}$	S
ค้าขาย	29	1.55	0.31
รับจ้าง	45	1.60	0.24
เกษตรกร	13	1.53	0.31
รับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	23	1.64	0.29
แม่บ้าน	91	1.50	0.32
นักเรียน หรือนักศึกษา	12	1.49	0.18
อื่น ๆ	87	1.59	0.28
รวม	300	1.56	0.29

จากตาราง 12 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีอาชีพรับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองมากที่สุด เท่ากับ 1.64 (S = 0.29) รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง, อาชีพอื่น ๆ, อาชีพค้าขาย, อาชีพเกษตรกร, อาชีพแม่บ้าน และอาชีพนักเรียน หรือนักศึกษา โดยมีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองเท่ากับ 1.60 (S = 0.24), 1.59 (S = 0.28), 1.55 (S = 0.31), 1.53 (S = 0.31), 1.50 (S = 0.32) และ 1.49 (S = 0.18) ตามลำดับ และจากข้อมูลตามตาราง 12 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One – way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 13

ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	Df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	6	0.74	0.12	1.51	.17
ภายในกลุ่ม	293	24.10	0.08		
รวม	299	24.84			

จากตาราง 13 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต้อหินไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต้อหิน แตกต่างกัน

ตาราง 14 คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามรายได้

รายได้	n	$\bar{X}$	S
ต่ำกว่า 5,000 บาท	186	1.51	0.30
5,000 – 10,000 บาท	44	1.58	0.27
10,001 – 15,000 บาท	24	1.65	0.23
15,000 บาทขึ้นไป	46	1.68	0.21
รวม	300	1.56	0.29

จากตาราง 14 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มีรายได้ 15,000 บาทขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองมากที่สุด เท่ากับ 1.68 (S = 0.21) รองลงมา คือ รายได้ 10,001 – 15,000 บาท, รายได้ 5,000 – 10,000 บาท และรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท โดยมีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองเท่ากับ 1.65 (S = 0.23), 1.58 (S = 0.27) และ 1.51 (S = 0.30) ตามลำดับ และจากข้อมูลตามตาราง 14 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One – way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 15

ตาราง 15 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามรายได้

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	1.39	0.46	5.86*	.00
ภายในกลุ่ม	296	23.45	0.08		
รวม	299	24.84			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 15 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหิน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหิน แตกต่างกัน ดังนั้นจึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 16

ตาราง 16 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีรายได้ต่างกัน

รายได้	$\bar{X}$	ต่ำกว่า 5,000 บาท	5,000 – 10,000 บาท	10,001 – 15,000 บาท	15,000 บาทขึ้นไป
		1.51	1.58	1.65	1.68
ต่ำกว่า 5,000 บาท	1.51	-	0.07	0.14	0.17*
5,000 – 10,000 บาท	1.58		-	0.07	0.10
10,001 – 15,000 บาท	1.65			-	0.03
15,000 บาทขึ้นไป	1.68				-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 16 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีรายได้ต่อเดือน 15,000 บาทขึ้นไป มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหิน ดีกว่า ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 17 คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค
ดื้อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคดื้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	n	$\bar{X}$	S
โสด	48	1.58	0.21
คู่	174	1.59	0.27
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	78	1.47	0.35
รวม	300	1.56	0.29

จากตาราง 17 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคดื้อหิน ที่มีสถานภาพสมรส คู่ มีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองมากที่สุด เท่ากับ 1.59 ($S = 0.27$) รองลงมา คือ สถานภาพสมรส โสด และหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ โดยมีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเอง เท่ากับ 1.58 ($S = 0.21$) และ 1.47 ($S = 0.35$) ตามลำดับ จากข้อมูลตามตาราง 17 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One – way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 18

ตาราง 18 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคดื้อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคดื้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามสถานภาพสมรส

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	0.80	0.40	4.94*	.00
ภายในกลุ่ม	297	24.04	0.08		
รวม	299	24.84			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคดื้อหิน ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคดื้อหิน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคดื้อหิน ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคดื้อหิน แตกต่างกัน ดังนั้น จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 19

ตาราง 19 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน

สถานภาพสมรส	$\bar{X}$	หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	โสด	คู่
		1.47	1.59	1.59
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1.47	-	0.12*	0.12*
โสด	1.59		-	0.00
คู่	1.59			-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 19 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มีสถานภาพสมรส โสด และคู่ มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต้อหิน ดีกว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีสถานภาพสมรส หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 20 คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต้อหิน

ความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต้อหิน	n	$\bar{X}$	S
ระดับสูง	121	1.61	0.30
ระดับปานกลาง	98	1.51	0.27
ระดับต่ำ	81	1.52	0.28
รวม	300	1.56	0.29

จากตาราง 20 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มีความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต้อหินในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองมากที่สุด เท่ากับ 1.61 (S = 0.30) รองลงมา คือ ระดับต่ำ และระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเอง เท่ากับ 1.52 (S = 0.28) และ 1.51 (S = 0.27) ตามลำดับ และจากข้อมูลตามตาราง 20 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One – way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 21

ตาราง 21 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	0.67	0.33	4.10*	.01
ภายในกลุ่ม	297	24.18	0.08		
รวม	299	24.84			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 21 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหินต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต้อหิน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 7 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหินต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต้อหินแตกต่างกัน ดังนั้น จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 22

ตาราง 22 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ ในการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหินต่างกัน

ระดับความรู้	$\bar{X}$	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ	ระดับสูง
		1.51	1.52	1.61
ระดับปานกลาง	1.51	-	0.01	0.10*
ระดับต่ำ	1.52		-	0.09*
ระดับสูง	1.61			-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 22 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหินในระดับสูง มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหิน ดีกว่าผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหินในระดับปานกลาง และระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 23 คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม	n	$\bar{X}$	S
ระดับสูง	251	1.59	0.28
ระดับปานกลาง	43	1.39	0.29
ระดับต่ำ	6	1.40	0.38
รวม	300	1.56	0.29

จากตาราง 23 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองมากที่สุด เท่ากับ 1.59 (S = 0.28) รองลงมา คือ ระดับต่ำ และระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเอง เท่ากับ 1.40 (S = 0.38) และ 1.39 (S = 0.29) ตามลำดับ และจากตาราง 23 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One – way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 24

ตาราง 24 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	1.57	0.78	9.99*	.00
ภายในกลุ่ม	297	23.28	0.08		
รวม	299	24.85			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 24 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหิน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 8 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหินแตกต่างกัน ดังนั้นจึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 25

ตาราง 25 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ	ระดับสูง
		1.39	1.40	1.59
ระดับปานกลาง	1.39	-	0.01	0.20*
ระดับต่ำ	1.40		-	0.19
ระดับสูง	1.59			-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 25 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหิน ดีกว่า ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า ไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 ทดสอบค่าน้ำหนักสมทบในการทำนาย การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน จากปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน และการสนับสนุนทางสังคม โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 9 ดังปรากฏตามตาราง 26

ตาราง 26 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ในการทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี

ตัวแปรที่เข้าสมการตามลำดับ	สัมประสิทธิ์การถดถอย		SE (b)	R^2	t	p
	b	Beta				
การสนับสนุนทางสังคม						
ระดับสูง (SS ₂)	0.1900	0.2440	0.0424	0.0630	4.482*	0.0000
ระดับอุดมศึกษา (ED ₃)	0.1364	0.2205	0.0339	0.1105	4.020*	0.0001
สถานภาพสมรส หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (MR ₂)	-0.0940	-0.1433	0.0360	0.1274	-2.612*	0.0095
อาชีพ นักเรียน/นักศึกษา (OC ₃)	-0.1749	-0.1191	0.0809	0.1410	-2.162*	0.0315
ค่าคงที่	1.3856		0.0422		32.799*	0.0000
F = 12.1065			p = 0.0000		$R^2 = 0.1410$	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 26 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า

ขั้นที่ 1 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นอันดับแรก และสามารถอธิบายการผันแปรของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ได้แก่ ตัวแปร การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (SS₂) ซึ่งสามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ได้ร้อยละ 6.30 ($R^2 = 0.0630$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 0.1900 หมายความว่าผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะมีคะแนนการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เท่ากับ 0.1900 หน่วย ($b = 0.1900$)

ขั้นที่ 2 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นอันดับที่สอง คือ ตัวแปร ระดับอุดมศึกษา (ED₃) เมื่อนำมาเข้าในสมการแล้ว ทั้งตัวแปร ระดับอุดมศึกษา (ED₃) และตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (SS₂) ซึ่งเข้าสมการก่อนหน้านี้ สามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน

ได้เพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 11.05 และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย เท่ากับ 0.1364 หมายความว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา (ED_3) จะมีคะแนนการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เท่ากับ 0.1364 หน่วย ($b = 0.1364$) โดยที่ตัวแปรระดับอุดมศึกษา เพียงตัวแปรเดียวสามารถอธิบายความผันแปรของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน ได้ร้อยละ 4.75

ขั้นที่ 3 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นอันดับที่สาม คือ ตัวแปร สถานภาพสมรส หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (MR_2) เมื่อนำมาเข้าในสมการแล้ว ทั้งตัวแปร สถานภาพสมรส หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (MR_2) ระดับอุดมศึกษา (ED_3) และการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (SS_2) ซึ่งเข้าสมการก่อนหน้านี้ สามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีนได้เพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 12.74 และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย เท่ากับ -0.0940 หมายความว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มีสถานภาพสมรส หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (MR_2) จะมีคะแนนการดูแลตนเองลดลง เท่ากับ 0.0940 ($b = -0.0940$) โดยที่ตัวแปรสถานภาพสมรส หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ เพียงตัวแปรเดียวสามารถอธิบายความผันแปรของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน ได้ร้อยละ 1.69

ขั้นที่ 4 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นอันดับที่สี่ คือ ตัวแปร อาชีพนักเรียน/นักศึกษา (OC_5) เมื่อนำมาเข้าในสมการแล้ว ทั้งตัวแปร อาชีพนักเรียน/นักศึกษา (OC_5) สถานภาพสมรส หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (MR_2) ระดับอุดมศึกษา (ED_3) และการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (SS_2) ซึ่งเข้าสมการก่อนหน้านี้ สามารถร่วมกันทำนาย การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีนได้ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.10 และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ -0.1749 หมายความว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มีอาชีพนักเรียน/นักศึกษา (OC_5) จะมีคะแนนการดูแลตนเองลดลง เท่ากับ 0.1749 ($b = -0.1749$) โดยที่ตัวแปรอาชีพนักเรียน/นักศึกษา เพียงตัวแปรเดียว สามารถอธิบายความผันแปรของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน ได้ร้อยละ 1.36

จากทั้ง 4 ขั้นตอน สามารถเขียนเป็นสมการถดถอยได้ ดังนี้

$$y' = b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4$$

$$\text{SELF - CARE} = 1.3856 + 0.1900 (SS_2) + 0.1364 (ED_3) - 0.0940 (MR_2) - 0.1749 (OC_5)$$

เมื่อ y' คือ การดูแลตนเอง (SELF - CARE)

b_0 คือ ค่าคงที่ (Constant) = 1.3856

b_1 คือ สัมประสิทธิ์การถดถอยของการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง = 0.1900

b_2 คือ สัมประสิทธิ์การถดถอยของระดับอุดมศึกษา = 0.1364

b_3 คือ สัมประสิทธิ์การถดถอยของสถานภาพสมรส หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่
= -0.0940

b_4 คือ สัมประสิทธิ์การถดถอยของอาชีพนักเรียน/นักศึกษา = -0.1749

x_1 คือ การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

- x_2 คือ ระดับอุดมศึกษา
 X_3 คือ สถานภาพสมรส หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่
 X_4 คือ อาชีพนักเรียน/นักศึกษา

จากสมการถดถอยที่ได้ พบว่า ตัวแปรอิสระ 4 ตัว ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง การศึกษา ระดับอุดมศึกษา สถานภาพสมรส หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ และอาชีพนักเรียน/นักศึกษา สามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตหิ้นได้ร้อยละ 14.10 ($R^2 = 0.1410$)

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน
2. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต้อหิน และการสนับสนุนทางสังคม
3. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต้อหิน และการสนับสนุนทางสังคม

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 1,029 คน (สถิติจำนวนผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2540 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2541)
2. กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 300 คน เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามข้อตกลงเบื้องต้น และมารับบริการระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2543

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบทดสอบความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต้อหิน แบบสอบถามการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยโรคต่อหิน แบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ซึ่งมีลักษณะแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมข้อความ

ตอนที่ 2 เป็นแบบทดสอบความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต่อหิน มีลักษณะแบบทดสอบ เป็นคำถามให้ผู้ป่วยเลือกตอบข้อถูก ข้อผิด จำนวน 17 ข้อ

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามวัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน มีลักษณะแบบสอบถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 20 ข้อ

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีลักษณะแบบสอบถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี 3 ระดับ คือ ได้รับเป็นประจำ ได้รับเป็นบางครั้ง และไม่เคยได้รับ จำนวน 20 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบทดสอบ และแบบสอบถามของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 300 ฉบับ นำมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS : Statistical package for the social science) โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี โดยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส โดยนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

2. วิเคราะห์ระดับความรู้ ที่เกี่ยวกับโรคต่อหิน การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน และการสนับสนุนทางสังคม โดยแสดง ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) ของระดับความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต่อหิน การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต่อหิน และการสนับสนุนทางสังคม โดยการทดสอบค่าที (t-test) และทดสอบค่าเอฟ (F-test)

3.1 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 1 นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

3.2 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าสองกลุ่ม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One – way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อที่ 2 – 8 นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง เมื่อทดสอบพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ต่อไป โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method)

4. ทดสอบค่าน้ำหนักสมทบในการทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน จากปัจจัยด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน และการสนับสนุนทางสังคม โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูล การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี ปรากฏผลได้ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

1.1 การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.00 มีอายุอยู่ในช่วง 61 – 70 ปีขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.30 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.30 ประกอบอาชีพ แม่บ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.30 รายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.00 และมีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.00

1.2 การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหิน มีความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน ในระดับสูง มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

2. การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน

2.1 ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหิน ไม่แตกต่างกัน

2.2 ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหิน ไม่แตกต่างกัน

2.3 ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหิน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

- 2.4 ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหิน ไม่แตกต่างกัน
- 2.5 ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหิน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- 2.6 ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหิน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- 2.7 ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต่อหินต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหิน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- 2.8 ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหิน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- 2.9 ผลการวิเคราะห์ตัวแปร ที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่า ตัวแปร การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง การศึกษาระดับอุดมศึกษา สถานภาพสมรส หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ และอาชีพ นักเรียน/นักศึกษา สามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถทำนายการดูแลตนเองได้ร้อยละ 14.10

อภิปรายผล

จากการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี ตามตัวแปรที่ศึกษา คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต่อหิน และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชวลี โฆษิตทาภิวัฒน์ (2534 : 62 – 63) ที่ศึกษา ปัจจัยคัดสรรความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับค่อนข้างสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา มณฑลปัญญากุล (2542 : 88 – 89) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อกระจก มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และ

สอดคล้องกับการศึกษาของ อัสรา อาวรณ์ (2540 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถ ศรีไทรล้วน (2541 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี จึงอธิบายได้ว่า โรคต้อหิน เป็นโรคตาที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน และเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อการมองเห็น ซึ่งถือว่า ดวงตาเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญยิ่งต่อการมองเห็น การเรียนรู้ การปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ และการดำเนินชีวิตต่าง ๆ อย่างมีความสุข ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยโรคต้อหินสนใจการดูแลตนเองมากขึ้น อีกทั้งการได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ถึงความรุนแรงของโรค จึงทำให้ผู้ป่วยโรคต้อหินให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเองมากเพราะการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่พึงปฏิบัติสำหรับมนุษย์ทุกคน เพื่อการดำเนินชีวิต และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ ตลอดจนหลีกเลี่ยงจากโรคภัย หรือภัยอันตรายที่คุกคามชีวิต (Orem. 1980 : 6) จากเหตุผลดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยโรคต้อหินส่วนใหญ่ เมื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคต้อหิน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด และมีโอกาสตาบอดได้ จึงแสวงหาแนวทางเพื่อรักษาการเจ็บป่วยของตนไม่ให้เพิ่มมากขึ้น โดยการปฏิบัติตนเพื่อให้การเจ็บป่วยของตนดีขึ้น ทำให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี

2. ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มี เพศ ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต้อหิน ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 1 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มี เพศ ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต้อหิน แตกต่างกัน ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชวลี โฆษิตทาภิวัฒน์ (2534 : 62 – 63) ที่ศึกษา ปัจจัยคัดสรร ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน และสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา มณฑลปัญญากุล (2542 : 88 – 89) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก และสอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 97 – 105) ที่ศึกษา การดูแล

สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าทหารเรือ พบว่า ผู้สูงอายุที่มี เพศ ต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ อัสรา อวรณ์ (2540 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มี เพศ ต่างกัน มีการดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิลธรรม เสริมฤทธิ์ (2543 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มี เพศ ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทรา หิรัญวรรณ (2538 : 97 – 99) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน : ศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลแก้วศรี จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มี เพศ ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรช ศรีไทรล้น (2541 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มี เพศต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ดรีนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษา การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะดวงตา เป็นอวัยวะสำคัญส่วนหนึ่งของร่างกายที่จะช่วยให้การดำรงชีวิตเป็นไปอย่างปกติสุข เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต้อหิน และต้องรับการรักษาตามแผนการรักษา ไม่เช่นนั้นอาจสูญเสียการมองเห็นได้ ทำให้เกิดความกลัวที่จะต้องเผชิญต่อการสูญเสียการมองเห็น จึงทำให้ ผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นเพศชาย หรือเพศหญิง ต้องพยายามเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองให้ถูกต้องตรงตามแผนการรักษา เพื่อลดความรุนแรงของโรค และป้องกันการสูญเสียการมองเห็นไม่ให้โรคลุกลามไปมากกว่าที่เป็นอยู่จนกลายเป็นคนตาบอดได้ ทำให้ผู้ป่วยโรคต้อหินทั้งเพศชาย และเพศหญิง มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต้อหิน ไม่แตกต่างกัน

3. ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มี อายุ ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต้อหิน ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 2 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มี อายุ ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต้อหิน แตกต่างกัน ผลการศึกษาค้างนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ

จินตนา มณฑลปัญญากุล (2542 : 88 – 89) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประสงค์ สัจพงษ์ (2534 : 41) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด และสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ประสานปราน (2535 : ก – ข) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มี อายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรชร ศรีไทรล้น (2541 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มี อายุต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เตือนทิพย์ ศิริวงศ์วิไลชาติ (2536 : 101 - 108) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับภาพลักษณ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 111 – 126) ที่ศึกษา สีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเมือง พบว่า อายุ มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทรา หิรัญวรรณ (2538 : 97 – 99) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน : ศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลแก้วร้อย จังหวัดชัยภูมิ พบว่า อายุ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิลธรรม เสริมฤทธิ์ (2543 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ โรคต้อหิน เป็นโรคเรื้อรัง และร้ายแรง เมื่อเป็นแล้วทำให้การมองเห็นสูญเสียไป ไม่สามารถกลับคืนมาได้ และสามารถพบในทุกอายุจนถึง

วัยชรา ซึ่งเมื่อผู้ป่วยทราบว่า ตนเองเป็นโรคต่อหิน ทำให้เกิดการเรียนรู้ และให้ความสนใจต่อการดูแลตนเอง เพื่อรักษาการเจ็บป่วยของตนไม่ให้เกิดความรุนแรง ลดภาวะเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการตาบอด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงอายุต่ำกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 6.70 อายุ 30 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 5.70 อายุ 41 – 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.00 และอายุ 51 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.00 ซึ่งถือเป็นวัยที่สามารถประกอบอาชีพเป็นที่พึงของตนเอง และครอบครัว ใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ดี ดังนั้นเมื่อทราบว่าหากไม่ดูแลตนเอง จะทำให้ตาบอด ซึ่งทำให้การดำรงชีวิตเป็นไปอย่างลำบาก เป็นปัญหา และภาระของครอบครัว ผู้ป่วยจึงให้ความสำคัญกับการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น พร้อมกับการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ช่วยทำให้กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหินได้ดี ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุ 61 – 70 ปี และ 70 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 28.30 ซึ่งส่วนใหญ่จะป่วยเป็นโรคนี้มานาน ทำให้ได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองนานกว่า ทั้งยังเป็นวัยที่มีประสบการณ์ชีวิตค่อนข้างมาก ทำให้มีการดูแลตนเองได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แลงเกีย (Langlie. 1977 : 254) ที่ศึกษา โครงข่ายสังคม ความเชื่อทางสุขภาพ และการป้องกันพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค จะมีมากในผู้ที่มีอายุมากขึ้น เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้น บุคคลจะมีความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพตนเองมากขึ้น และมีเวลามากพอที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า อายุของผู้ป่วยโรคต่อหินที่ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหินไม่แตกต่างกัน

4. ผู้ป่วยโรคต่อหินที่มี ระดับการศึกษา ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหินแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 3 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินที่มี ระดับการศึกษา ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหิน แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ย พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหิน ดีกว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินที่มีการศึกษาระดับ มัธยมศึกษา ประถมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เดือนทิพย์ ศิริวงศ์วิไลชาติ (2536 : 101 – 108) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับภาพลักษณ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด ที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลราชวิถี และ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด และสอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 97 – 105) ที่ศึกษา การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าทหารเรือ พบว่า ผู้สูงอายุที่มี ระดับการศึกษา ต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ อัสรา อวรณ์ (2540 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา ต่างกัน มีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยพบว่า ผู้สูงอายุ ที่มีระดับการศึกษาในระดับอนุปริญญาตรี – ปริญญาตรี มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา ในระดับต่ำกว่า ประถมศึกษา ประถมศึกษา – มัธยมศึกษา และสอดคล้องกับการศึกษาของ ตรีนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษา การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มี การศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีระดับการศึกษาอนุปริญญา และปริญญาตรี หรือสูงกว่า มีการดูแลตนเองดีกว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีระดับการศึกษา ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา ประถมศึกษา และมัธยมศึกษา แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรชร ศรีไทรล้วน (2541 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มี ระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา มณฑลปัญญากุล (2542 : 88 – 89) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ (2543 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน จึงอธิบายได้ว่า การศึกษาช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองพัฒนามาจาก การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต การใช้สติปัญญา การได้รับการสั่งสอน และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Orem. 1985 : 108 – 109) และจากการศึกษาของ รุช (จินตนา มณฑลปัญญากุล. 2542 : 96 ; อ้างอิงมาจาก Ruth. 1973 :136 – 156) พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ มักพบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค และวิธีการรักษาตลอดจนการปฏิบัติตน เพราะความรู้ดังกล่าวเป็น

เรื่องเชิงวิทยาศาสตร์ ซึ่งผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถรับและทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนได้ง่ายกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนอย่างถูกต้องกว่า ดังนั้น ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจึงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่า ผู้ที่มีการศึกษาดำกว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา จะตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่า ซึ่งเมื่อทราบว่าตนเป็นโรคต้อหิน และเป็นโรคเรื้อรัง ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ถ้าปล่อยทิ้งไว้จะทำให้การมองเห็นสูญเสียไป จึงมีความพยายามอย่างยิ่งในการแสวงหาความรู้เพื่อการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะตาบอดจากโรคต้อหิน ส่วนผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีระดับการศึกษาดำกว่า จะมีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจ ในการนำเอาความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ได้น้อย รวมทั้งไม่เห็นความสำคัญ ต่อการแสวงหาความรู้และแนวทางในการดูแลตนเองให้ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะเมื่อทราบว่าเป็นโรคต้อหิน จึงทำให้ขาดการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต้อหินแตกต่างกัน

5. ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มี อาชีพ ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต้อหิน ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 4 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต้อหิน แตกต่างกัน ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา มณฑลปัญญากุล (2542 : 88 – 89) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) พบว่า อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก และสอดคล้องกับการศึกษาของ นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531 : ก – ข) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง พบว่า อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประสงค์ สัจพงษ์ (2534 : 41) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่า ลักษณะอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด และสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ประสานปราน (2535 : ก – ข) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มี อาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ไม่แตกต่างกัน

แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 111 – 126) ที่ศึกษา สีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเมือง พบว่า อาชีพ มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเมือง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 97 – 105) ที่ศึกษา การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าทหารเรือ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ตรีนานท์ โกวิทเจริญตระกูล (2542 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษา การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ (2543 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ดวงตาเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญต่อการมองเห็น ทำให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข และประกอบภาระกิจต่าง ๆ รวมทั้งกิจวัตรประจำวันได้อย่างดี เมื่อผู้ป่วยทราบว่า ตนเป็นโรคต้อหิน ทำให้เกิดความกลัวต่อการที่จะต้องสูญเสียการมองเห็น เป็นผลให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างปกติ ผู้ป่วยจึงให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเองอย่างมาก เพราะดวงตาเป็นอวัยวะที่สำคัญยิ่งต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ จึงทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีการดูแลตนเองได้ดี ถึงแม้ว่า จะมีอาชีพต่างกัน อาชีพจึงไม่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน จึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต้อหินไม่แตกต่างกัน

6. ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มี รายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต้อหิน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 5 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต้อหิน แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ย พบว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีรายได้ 15,000 บาทขึ้นไป มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต้อหิน ดีกว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประสงค์ สัจพงษ์ (2534 : 41) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากร กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด และสอดคล้องกับการศึกษาของ เดือนทิพย์ ศิริวงศ์วิไลชาติ (2536 : 101 – 108) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับภาพลักษณ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วย

มะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 111 – 126) ที่ศึกษา ลีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเมือง พบว่า รายได้ มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเมือง และสอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 97 – 105) ที่ศึกษา การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าทหารเรือ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ดรีนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษา การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มี รายได้ของครอบครัว ต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวสูง จะมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ประสานปราน (2535 : ก – ข) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มี รายได้ของครอบครัวต่อเดือนแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทรา หิรัญวรรณ (2538 : 97 – 99) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน : ศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลแก้วศรี จังหวัดชัยภูมิ พบว่า รายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรชร ศรีไทรล้วน (2541 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มี รายได้ของครอบครัวต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ (2543 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อนสถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง จึงอธิบายได้ว่า รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตในปัจจุบัน ผู้ที่มีรายได้สูง หรือรายได้เพียงพอแก่การใช้จ่าย จะเป็นผู้ที่สามารถตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิตได้ดี มีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองได้

มาก รู้ถึงคุณค่าของการมีสุขภาพที่ดี รวมทั้งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเอง ดังคำกล่าวของ เพนเดอร์ (Pender, 1982 : 161 – 162) ที่ว่า ฐานะทางเศรษฐกิจทางสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจ และสังคมสูง จะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง ให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ เข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งเสริมการดูแลตนเอง ส่วนผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ จะมีการศึกษาน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีรายได้ต่อเดือนสูง จึงมีโอกาสมากกว่าในการศึกษาค้นคว้า และสามารถจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองดีขึ้น ส่วนผู้ป่วยโรคต่อหินที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการดูแลตนเองได้น้อยกว่า จึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหินแตกต่างกัน

7. ผู้ป่วยโรคต่อหินที่มี สถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหินแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 6 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหิน แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ย พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินที่มีสถานภาพสมรส โสด และคู่ มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหิน ดีกว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินที่มีสถานภาพสมรส หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวลิ โฆษิตทาภิวัฒน์ (2534 : 62 – 63) ที่ศึกษา ปัจจัยคัดสรรความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ นรินาถ วิทย์โชติคุณ (2534 : 50 – 51) ที่ศึกษา ความสามารถในการดูแลตนเอง ของภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ บุษบา ดันติศักดิ์ (2535 : 92 – 95) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วย เอส แอล อี ที่มารับการตรวจที่หน่วยโรคไต คลินิกอโศกิมมูเนนแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช และคลินิกอายุรกรรมรพ.มาตึกแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534 : 47 – 48) ที่ศึกษา อัฒมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถ

ในการดูแลตนเอง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 111 – 126) ที่ศึกษา สีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเมือง พบว่า สถานภาพสมรส ไม่ส่ง ผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของ ประชาชนเมือง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อัสรา อวรณ์ (2540 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุใน ชมรมผู้สูงอายุที่มี สถานภาพสมรสต่างกัน มีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ตรีนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษา การดูแล ตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรม ราชนินาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มี สถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคต่อหีน ที่มีสถานภาพสมรสโสด ไม่ได้อยู่ตามลำพังคนเดียว แต่ยังมีญาติคอยให้การช่วยเหลือ เนื่องจากสังคมไทย เป็นสังคมที่ มีการดำเนินชีวิตแบบครอบครัวเครือญาติ ในการให้ความช่วยเหลือที่ทุกคนรู้จักกันหมด การพึ่ง พากันจึงมีมาก เมื่อเป็นโสดไม่มีคู่สมรสคอยดูแล ก็จะมีบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน คอยดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดเจ็บป่วย พร้อมทั้งให้กำลังใจ และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อ การดูแลตนเองที่ดี รวมทั้งผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มีสถานภาพสมรส โสด ต้องพึ่งพาตนเองเป็นสำคัญ ในการประกอบอาชีพหาเลี้ยงตนเอง เมื่อทราบว่าตนเองต้องได้รับการรักษาดูแลจากแพทย์ ตลอดชีวิต และพยาธิสภาพของโรคยังมีผลต่อการมองเห็นที่จะต้องเสียไป ถ้าไม่ได้รับการดูแล รักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยพยายามหาแนวทางในการปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดการดูแล ตนเองที่ดี ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข ส่วนผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มีสถานภาพสมรส คู่ จะมีคู่สมรสคอยให้การดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุนในเรื่ององค์ประกอบที่จำเป็นต่อศักยภาพใน การดูแลตนเอง ให้คำแนะนำ และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งให้กำลังใจ ความเอาใจใส่ จึงทำ ให้ผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีการดูแลตนเองดี ส่วนผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มีสถานภาพ สมรส หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ จะมีความรู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้ กับความรู้สึกที่เคยมีคู่สมรสคอย ดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ เมื่อขาดคู่สมรสไปก็ต้องเผชิญกับปัญหาในการดำรงชีวิตด้วยตนเอง และเมื่อเป็นโรคต่อหีน ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ตาบอดได้ ยิ่งทำให้เกิดความวิตกกังวล หดหู่ สิ้นหวัง ขาดคนคอยปลอบโยนให้กำลังใจที่จะต่อสู้ ทำให้ขาดการดูแลตนเองที่ดี จึงสรุปได้ว่า สถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน จะทำให้ผู้ป่วยโรคต่อหีนมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหีน แตกต่างกัน

8. ผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มี ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหีน ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหีน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 7 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีน ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหีน ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหีน แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ย พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหีน ในระดับสูงมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหีน ดีกว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีน ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหีน ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531 : ก - ข) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์ (2538 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่มารับบริการ ณ ดิक्ผู้ป่วยนอก (โรคเรื้อน) โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนมากจะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนน้อย และสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร ทองเที่ยงดี (2541 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่เข้ารับการรักษา ในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ความรู้ที่เกี่ยวกับวัณโรคปอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรควัณโรคปอด จึงอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีน จะมีการดูแลตนเองได้ดี ก็ต่อเมื่อมีความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต่อหีนเป็นอย่างดี รวมถึงจะต้องทราบ สาเหตุ อาการ การรักษา การควบคุมโรค และการดูแลตนเอง เพื่อให้โรคไม่ลุกลามมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองดีขึ้น ดังคำกล่าวของ โอเร็ม (Orem. 1991 : 128) ที่ว่า ความรู้มีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพราะความรู้ที่เพียงพอ และถูกต้องจะช่วยให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมด ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสมปลอดภัย จากเหตุผลดังกล่าว จึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหีน ต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหีนแตกต่างกัน

9. ผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มี การสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหีน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีน ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหีน แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ย พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงมีการ

ดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหีน ดีกว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีน ที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 53 – 54) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาในแผนกตรวจผู้ป่วยนอก อายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิต ชนิดไม่ทราบสาเหตุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประสงค์ สัจพงษ์ (2534 : 41) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากร กับ การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด และสอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑนา เจริญกุล (2534 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์ (2538 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่มารับบริการ ณ ดิกรผู้ป่วยนอก (โรคเรื้อน) โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อน และสอดคล้องกับการศึกษาของ อัสรา อารวรรณ์ (2540 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร ทองเที่ยงดี (2541 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่เข้ารับการรักษา ในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด จึงอธิบายได้ว่า โรคต่อหีน เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลารักษายาวนาน และพยาธิสภาพของโรคอาจทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการมองเห็น กลายเป็นคนตาบอด ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ไม่มั่นใจในตนเอง กลัวถูกทอดทิ้ง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ต้องเป็นภาระของผู้อื่น ทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ในการดูแลตนเอง ดังนั้น การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านต่าง ๆ จากผู้ใกล้ชิด ครอบครัว ญาติ บุคลากรทางการแพทย์ หรือเพื่อนฝูง โดยการให้ความรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือด้านสิ่งของเงินทอง ก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความ

รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย มีกำลังใจที่จะต่อสู้ และเกิดแรงจูงใจ ที่จะปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น ดังนั้น ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหินได้ดี จึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหินแตกต่างกัน

10. การวิเคราะห์ปัจจัย ด้านตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อร่วมกันทำนาย การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (SS₂) การศึกษาระดับอุดมศึกษา (ED₃) สถานภาพสมรส หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (MR₂) อาชีพนักเรียน/นักศึกษา (OC₅) เป็นกลุ่มตัวทำนายที่สามารถ ร่วมกันทำนาย การดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถทำนายการดูแลตนเองได้ ร้อยละ 14.10 แสดงว่า สมมติฐานได้รับการสนับสนุนบางส่วน ส่วนความผันแปรของการดูแลตนเองส่วนที่เหลืออีก ร้อยละ 85.90 ซึ่งยังไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นผลจาก ปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษา และจากผลการศึกษา สามารถอธิบายได้ดังเหตุผลต่อไปนี้

การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง เป็นตัวแปรแรก ที่สามารถทำนายความผันแปรของการดูแลตนเองได้นั้น อาจเนื่องจาก ผลกระทบจากการมองเห็น ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคต่อหิน มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งความสามารถในการแสดงบทบาทของตนเอง ที่มีต่อครอบครัว และอาชีพการงาน และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61 – 70 ปี และ 70 ปีขึ้นไป มากที่สุด มีอาชีพแม่บ้านมากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจาก รายได้ส่วนใหญ่ของผู้ป่วย ต่ำกว่า 5,000 บาท จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพึ่งพาผู้อื่นในด้านแรงงาน และการบริการบางอย่าง รวมทั้งด้านการเงิน และสิ่งของ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจไม่เครียด ไม่วิตกกังวล ซึ่งการตอบสนองต่อสังคมสามารถตอบสนองความต้องการเหล่านี้ได้ ซึ่งสอดคล้องกับสภาพสังคมไทย ที่มีความผูกพันภายในเครือญาติค่อนข้างเหนียวแน่น และบิดา มารดา มีความรัก ห่วงใยต่อบุตร ทั้งขณะที่เป็นเด็ก และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ หรือแม้กระทั่งแต่งงานแยกครอบครัวไปแล้วก็ตาม ความผูกพันระหว่างครอบครัวเก่า และครอบครัวใหม่ก็ยังมียู่ ไปมาหาสู่ซึ่งกันและกัน ทำให้มีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยโรคต่อหินได้รับการตอบสนองที่ดีจากสมาชิกในครอบครัว ก็จะเกิดความมั่นใจในตนเองที่จะดำรงชีวิตอยู่ต่อไป แม้ว่าโรคต่อหินจะเป็นโรคที่ไม่หายขาดก็ตาม จึงทำให้การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหินได้ ร้อยละ 6.30

การศึกษาระดับอุดมศึกษา เป็นตัวแปรที่สอง ที่สามารถทำนายความผันแปรของการดูแลตนเองได้นั้น อาจเนื่องจาก การศึกษาช่วยพัฒนาคน ให้รู้จักคิด และทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีเหตุผล ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งในด้านความเป็นอยู่ และภาวะสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะเมื่อทราบว่า โรคต่อห็นเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และเมื่อปล่อยทิ้งไว้ จะทำให้สูญเสียการมองเห็นถึงขั้นตาบอดได้ ผู้ป่วยโรคต่อห็นที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา จะให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น พยายามแสวงหาความรู้ เพื่อการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะตาบอด โดยการค้นหาความรู้เพิ่มเติมในเรื่องที่เกี่ยวกับโรคต่อห็น แสวงหาข้อมูล ข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และนำความรู้นั้นไปปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ชักถามปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแผนการรักษา ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ รวมถึงรู้จักใช้บริการด้านการแพทย์ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งต่างจากผู้ป่วยโรคต่อห็นที่มีการศึกษาดำกว่า จะมีข้อจำกัดในด้านของการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้ โดยเฉพาะเมื่อรู้ว่า เป็นความยุ่งยากต่อการดำเนินชีวิต เนื่องจากไม่มีความใคร่รู้ในสิ่งต่าง ๆ มากพอ และขาดความเข้าใจในประโยชน์หรือความจำเป็นในสิ่งที่ตนต้องปฏิบัติ จึงทำให้มีความรู้ ความเข้าใจ ในการนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ได้น้อย นอกจากนี้ ผู้ป่วยจะไม่กล้าถามถึงการปฏิบัติตน รวมทั้งแนวทางการรักษา จากแพทย์ พยาบาล เพราะกลัวว่า เมื่อพูด ฟัง หรืออ่าน คำแนะนำจะไม่เข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยขาดการดูแลตนเองที่ถูกต้อง จึงทำให้ การศึกษา สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อห็นได้ ร้อยละ 4.75

สถานภาพสมรส หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ เป็นตัวแปรที่สาม ที่สามารถทำนายความผันแปรของการดูแลตนเองได้นั้น อาจเนื่องจาก ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ จะมีความรู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้ สิ้นหวัง ต่อความรู้สึกพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ขาดคนให้ความช่วยเหลือ คอยดูแลเอาใจใส่ ปลอบโยน ให้กำลังใจ และต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเอง เมื่อเป็นโรคต่อห็น ซึ่งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจากแพทย์ตลอดชีวิต และพยาธิสภาพของโรคยังเป็นสาเหตุทำให้ตาบอดได้ ยิ่งทำให้เกิดความวิตกกังวล กลัว หดหู่ สิ้นหวัง เหมือนถูกทอดทิ้งให้ต่อสู้ และเผชิญกับปัญหาอยู่คนเดียว ไม่มีคู่สมรสคอยปลอบโยน ให้กำลังใจที่จะต่อสู้ จึงทำให้ขาดความสนใจต่อการดูแลตนเองที่ดีเกี่ยวกับโรคต่อห็น ส่งผลให้ความใส่ใจในสุขภาพ และการดูแลตนเองลดลง จึงทำให้สถานภาพสมรส สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อห็นได้ ร้อยละ 1.69

อาชีพรักเรียน / นักศึกษา เป็นตัวแปรที่สี่ ที่สามารถทำนายความผันแปรของการดูแลตนเองได้นั้น อาจเนื่องจาก อาชีพ นักเรียน / นักศึกษา เป็นช่วงอายุที่ยังไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ประกอบกับโรคต่อหีน เป็นโรคที่ต้องใช้ความอดทนในการรักษา เพราะเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องหยอดยาตามให้ตรงตามแผนการรักษา และมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งผู้ป่วยโรคต่อหีน ที่มีอาชีพ นักเรียน / นักศึกษา ยังไม่ค่อยให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพของตนเองมากนัก ไม่เห็นความสำคัญของความรุนแรงของโรค รวมทั้งการให้ความสนใจกับข้อมูล ข่าวสารที่เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ และการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งเป็นเพราะผู้ป่วยมีวุฒิภาวะ และประสบการณ์ในชีวิตยังน้อย ทำให้ไม่สามารถเข้าใจ รับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย การมองปัญหา การใช้เหตุผล และการตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลตนเองที่ถูกต้องได้ โอกาสที่จะได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องที่เกี่ยวกับโรคของตนเอง กับผู้ป่วยในวัยเดียวกัน ก็มีน้อย ทำให้ผู้ป่วยขาดการดูแลตนเองที่ดี และจากการที่ผู้ป่วย ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ต้องพึ่งพา บิดา มารดา หรือบุคคลในครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึก ไม่กล้าตัดสินใจ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยจะคาดหวัง ให้ บิดา มารดา หรือบุคคลในครอบครัว คอยช่วยเหลือ ดูแลในเรื่องการเจ็บป่วยของตนเอง ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ไม่ได้รับการส่งเสริม และพัฒนาเท่าที่ควร จึงทำให้ อาชีพ สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีนได้ ร้อยละ 1.36

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะ ดังนี้

1. ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีน มีการดูแลตนเองในระดับดี แต่ก็มีผู้ป่วยบางส่วนที่มีการดูแลตนเอง ยังไม่ถูกต้องนัก ดังนั้น เจ้าหน้าที่ในทีมงานสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ควรมีการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ พร้อมทั้งจัดให้มีการสอนสุขศึกษาแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคต่อหีนสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น
2. จากการเก็บข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีนบางส่วน ยังไม่ทราบว่า โรคต่อหีนเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และเป็นสาเหตุทำให้เกิดตาบอดได้ รวมทั้งไม่ทราบว่าเป็นโรคที่สามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้ ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องโรคต่อหีนให้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบ และตระหนักถึงการดูแลตนเองให้ปราศจากภาวะแทรกซ้อนได้ดียิ่งขึ้น

3. จากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ อยู่ในวัยสูงอายุ การศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ การเลือกใช้สื่อในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร และการสอนสุขศึกษา ควรจัดให้เหมาะสมกับสภาพ และสถานการณ์ของผู้ป่วยให้มากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการรักษา ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรทำการศึกษา การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหินเรื้อรัง ในผู้สูงอายุ
2. ควรศึกษาตัวแปรด้านอื่น ๆ เช่น ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาในการเป็นโรค ความเครียด และความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อศึกษาว่า ปัจจัยใดที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน
3. ควรศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา ที่มีผลต่อผู้ป่วยโรคต่อหิน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคต่อหิน มีการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรแก้ว กอวัฒนา. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด.
วิทยานิพนธ์ สศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- กาญจนา ประสานปราน. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรม
การดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- กิตติพงษ์ ประวิณวงศ์วุฒิ. "ดื้อหิน," จักษุสารธารณสุข. 8(1) : 51 ; มกราคม – มิถุนายน
2537.
- คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, สำนักงาน. ศัพทานุกรมสำหรับปฏิบัติการในระบบสาร
สนเทศทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : กองสารสนเทศ, 2529.
- คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. รายงานการดำเนินโครงการ การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.
- จรีเมธ กาญจนารัตน์. Anatomy of the Eye. กรุงเทพฯ : โครงการตำราวิทยาศาสตร์
อุตสาหกรรม, 2529.
- จรีเมธ กาญจนารัตน์ และคนอื่น ๆ. เรื่องของตา. กรุงเทพฯ : มูลนิธิรามาชิตี, ม.ป.ป.
- จิตติรักษ์ วิเศษศิลปานนท์ และดวงพร เชื้อวชาญธนกิจ. "ระบดวิทยาของโรคดื้อหินมุมเปิด,"
จักษุสารธารณสุข. 13(1) : 100 ; มกราคม – มิถุนายน 2542.
- จินตนา มณฑลปัญญากุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแล
ตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์
(วัดไร่ขิง). ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร, 2542. อัดสำเนา.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม
กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- ชวลี โหมจิตทาภิวัฒน์. ปัจจัยคัดสรร ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพใน
ผู้ป่วยโรคต้อหินเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,
2534. อัดสำเนา.

- ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
- ญาณิ์ เจียมไชยศรี, รจิต ตูจินดา และปรีชา เมฆานันท์. “โรคตาบอดสาเหตุต่าง ๆ ตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. 2531,” สารศิริราช. 41(8) : 423 – 424 ; เมษายน 2532.
- เดือนทิพย์ ศิริวงศ์ไฉชาติ. ความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับภาพลักษณ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้เคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- ตริณาส โกวินเจริญตระกูล. การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการใน สำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2542. อัดสำเนา.
- ทรงพล ผุดผาด. พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิก วันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.
- ทวีศักดิ์ จุลวัจนะ. โรคตา. กรุงเทพฯ : พันนี้พับลิชชิง, 2534.
- ทัศนีย์ บุญทอง. “แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองกับการพัฒนาสุขภาพของประชาชน,” สมาการพยาบาล. 6(2) : 11 – 19 ; 2534.
- ทัศนีย์ หงษาครประเสริฐ. ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2540. อัดสำเนา.
- ธนารักษ์ สุวรรณประพิศ. การตรวจรักษาโรคตาเบื้องต้น. เชียงใหม่ : โครงการตำราศิริราช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2538.
- ธวัชชัย กฤษณะปกรกิจ และพันธ์ศักดิ์ วราอศวปติ. คู่มือจิตเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ทั่วไป. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ออฟเซ็ท, 2536.
- นพรัตน์ หนูบ้านยาง. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาล สมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2540. อัดสำเนา.
- นภาพร มัชฌมางกูร. กายวิภาคและสรีรวิทยา. กรุงเทพฯ : งานตำรา และคำสอน กองบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2523.

- นฤมล ศรีสม. การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ภาวะปกติ และภาวะเสี่ยงสูง. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.
- นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- นิรนาท วิทย์โชติคุณ. ความสามารถในการดูแลตนเองและสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. "จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2528.
- บุษบา ดันดีศักดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรค เอส แอล อี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- เบญจพร ทองเที่ยงดี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.
- ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2525.
- ประยงค์ สัจจงพงษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและลักษณะของประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- ผ่องพัทตร์ ชูศรี. "บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาในโครงการป้องกันตาบอด และส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย," จักษุสาธารณสุข. 13(1) : 70 ; มกราคม – มิถุนายน 2542.
- พรณทิวา เหมแหวน. ตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2543. อัดสำเนา.

- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. การวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5.
กรุงเทพฯ : ฟิงเกอร์ปรีน แอนด์ มีเดีย จำกัด, 2536.
- . วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ :
ฟิวส์เจอร์ปรีนแอนด์มีเดีย, 2535.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. "การดูแลสุขภาพของตนเองกับการสาธารณสุขมูลฐาน," ใน การดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะทางสังคม และวัฒนธรรม. หน้า 36 – 37. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- เพ็ญศรี เกิดนาค. ลีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง : กรณีศึกษา
จังหวัดนนทบุรี. ปรินทิพนิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.
- เพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อน
ที่มารับบริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก (โรคเรื้อน) โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัด
สมุทรปราการ. ปรินทิพนิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร, 2538. อัดสำเนา.
- มณฑนา เจริญกุล. แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะ
สุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
อัดสำเนา.
- มาลีรัตน์ สุทธิอารมณ์. คู่มือการพยาบาลทางจิตเวช. ม.ป.ท., 2528.
- มุกดา คุณาวัฒน์. ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อความพร้อม
ในการดูแลตนเอง และการปรับตัวในสังคม ของผู้ป่วยจอประสาทตาออก.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- วาสนา ปุริมณีวิวัฒน์. เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ที่มี
ความดันโลหิตปกติ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
อัดสำเนา.
- วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2526.
- . หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช,
2530.
- . "ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้," ข่าวสาร
การวิจัยการศึกษา. 8(3) : 9 ; กุมภาพันธ์ – มีนาคม 2538.

ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2543. อัดสำเนา.

สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. การจำแนกประเภทอาชีพ. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2534.

สมจิต หนูเจริญกุล. "การดูแลสุขภาพตนเองในการพยาบาล : ทฤษฎี และการประยุกต์ทางคลินิก," ใน ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. หน้า 126 – 155. กรุงเทพฯ : ศูนย์การศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

----- . การดูแลตนเอง : ศาสตร์ และศิลปะทางการแพทย์. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ.พรินติ้ง, 2537.

สัญญา ปิลกศิริ. จักขวิทยาพื้นฐาน. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช จำกัด, 2522.

สุจินดา ริมศรีทอง และคนอื่น ๆ. "การศึกษาความรู้และความร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคต้อหิน," จักขุสาธิต. 8(1) : 4 ; มกราคม – มิถุนายน 2537.

สุวิมล พนาวัฒน์กุล. อัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ภาพพิมพ์, 2537.

สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์คอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539.

สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

สุนทรา หิรัญวรรณ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน : ศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.

สุพรรณิ อินตะนัย. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด.

วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.

สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย. สุขภาพเพื่อชีวิต. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย
เกษตรศาสตร์, 2541.

สุพงษ์ ดวงรัตน์. ดวงตาน่าถนอม เล่ม 1. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2530.

อนเนก เพทวนิช. จักขุวิทยาในเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ : โครงการตำรา-ศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.

อรชร ศรีไทรล้วน. ความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเอง ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. ปรินิพนธ์
กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.

อัจฉริยา ปทุมวัน. แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วย
โรคมะเร็งเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล 2534. อัดสำเนา.

อัสรา อารณ. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และ
ปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรม
ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปรินิพนธ์
กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2540. อัดสำเนา.

อาภรณ์ ปราบริปุดลง และคนอื่น ๆ. จักขุวิทยา. ขอนแก่น : คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2538.

อุบล เลี้ยววาริน. ความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงาน
ในเขตกรุงเทพมหานคร. ปรินิพนธ์ กศ.ด. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.

Becker, M.H. and L.A. Maiman. "Social Behavioral Determinations of Complicant with
Health and Medical Care Recommendation," Medical Care. 13 : 10 – 20 ;
January, 1975.

Becker, M.H. and others. "Selected Phychosocial Model and Correlations of Individual
Health Related Behavior," Medical Care. 15 : 27 – 46 ; May, 1977.

Berkman, L.F. and S.L. Syme. "Social Networks, Host Resistance, and Mortality : A
Nine Year Follow-up Study of Alamda Buntry Resisdents," American Journal
of Epidemiology. 109 : 186 – 203 ; February, 1979.

- Brown J.P. and M.A. Mc Greedy. "The Hale Elderly : Health Behavior and its Correlates," Research and Nursing and Health. 5 ; December, 1986.
- Chandler, P.A. and W.M. Grant. Glaucoma. Philadelphia : Lea and Febiger Company, 1986.
- Cobb, S. "Social Support as a Moderator of Life Stress," Psychosomatic Medicine. 83 : 300 – 314 ; September – October, 1976.
- Cockerham, W.C. Medical Sociology. 2nd ed. New Jersey : Prentice Hall, 1982.
- Cohen, S. and T.A. Wills. "Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis," Psychological Bulletin. 98 : 310 – 357 ; February, 1985.
- Cronbach, Lee Joseph. Essential of Psychological Testing. 3rd ed. New York : Harper and Row, 1970.
- Dawson, Helen L. Basic Human Anatomy. 2nd ed. New York : Appleton Century Crofts, 1974.
- Farber, B.A. Stress and Burnout in the Human Service Professions. New York : Pergamon Press, 1983.
- Healthier, B.M. and G.S. Charles. Nursing Care of the Eye. California : Appleton and Lange, 1987.
- Jeglum, E.L. "Drug Therapy of Glaucoma," The Nursing Clinics of North America. 16 : 459 – 473 ; September, 1981.
- Joseph, L.S. "Self – Care and the Nursing Process," The Nursing Clinics of North America. 18 : 131 – 143 ; March, 1980.
- Kaplan, R.M., J.F. Sallis and T.L. Patterson. Health and Human Behavior. New York : McGraw Hill, 1993.
- Kilroy, J.L. "Care and Teaching of Patients with Glaucoma," The Nursing Clinics of North America. 16 : 393 – 395 ; September, 1981.
- Kirk, W.E. and others. Fundamentals of Social Statistics. 2nd ed. New York : McGraw Hill, 1990.
- Kunavisarut, S. and others. "Blindness Registered in Ramathibodi Hospital," Transaction of the Asia Pacific Academy of Ophthalmology. 766 ; 1981.

- Langlie, J. "Social Networks, Health Beliefs and Preventive Health Behavior,"
Journal of Health and Social Behavior. 18 : 253 - 254 ; 1977.
- Levin, L.S. "The Layperson as the Primary Care Practitioner," in Public Health Report.
New York : Prodist, 1976.
- Lukkarinen, H. and others. "Self – Care Agency and Factors Related to this Agency
Among Patients with Coronary Heart Disease," International Journal of
Nursing Studies. 34(4) : 295 – 304 ; 1997.
- Muhlenkamp, A.F. and J.A. Seyles. "Self – Esteem, Social Support, and Positive
Health Practices," Nursing Research. 35 : 334 – 337 ; November –
December, 1986.
- Norris, C.M. "Self – Care," American Journal of Nursing. 79 : 486 – 489 ; March,
1974.
- Ogden, Thomas E. and Andrew P. Schachat. Retina. 2nd ed. St. Louis : Mosby
Year Book, 1994.
- Orem, D.E. Nursing : Concepts of Practice. 2nd ed. New York : McGraw Hill,
1980.
- . Nursing : Concepts of Practice. 3rd ed. New York : McGraw Hill, 1985.
- . Nursing : Concepts of Practice. 4th ed. St. Louis : Mosby Year Book, 1991.
- Orem, D.E. and S. Taylor. "Orem General Theory of Nursing," in Case Studies in
Nursing Theory. Edited by P. Winstead Fry. p. 37 – 71. New York :
National League for Nursing, 1986.
- Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. Connecticut : Appleton Century
Crafts, 1982.
- . Health Promotion in Nursing Practice. 2nd ed. California : Appleton and
Lange, 1987.
- Pilisuk, M. "Delivery of Social Support : The Social Inoculation," American Journal of
Orthopsychiatry. 52 : 20 – 30 ; January, 1982.
- Ritch, Robert, Bruce M. Shield and Theodore Krupin. The Glaucomas. 2nd ed.
Missouri : Mosby Year Book, 1996.

- Roy, Hampton F. Master Techniques in Ophthalmic Surgery. Pennsylvania : Williams & Wilkins, 1995.
- Sharp, Kimberly, Catherine E. Ross and William C. Cockerham. "Symptoms, Beliefs and Use of Physician Services Among the Disadvantage," Journal of Health and Social Behavior. 24 : 255 – 263 ; 1983.
- Shields, Bruce M. Text Book of Glaucoma. 4th ed. Maryland : Williams & Wilkins, 1998.
- Speak, D.L. "Health Promotion Activity in the Well Elderly," Health Values. 11 : 25 – 30 ; November – December, 1987.
- Thoits, P.A. "Conceptual, Methodological and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress," Journal of Health and Social Behavior. 23 : 145 – 149 ; June, 1982.
- Tilden, V.P. "Issues of Conceptualization and Measurement of Social Support in the Construction of Nursing theory," Research in Nursing and Health. 8 : 199 – 206 ; June, 1985.
- Wiley, G. and R.A. Silliman. "The Impact of disease on the Social Support Experiences of Cancer Patient," Journal of Psychosocial Oncology. 8(1) : 79 – 95 ; 1990.

ภาคผนวก



ที่ ทม 1012/0/344

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

/0 พฤษภาคม 2543

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวธีรา พงษ์พานิช นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหื่นที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหื่น โรงพยาบาลราชวิถี” โดยมี รองศาสตราจารย์ นภาพร มัธยมามกุล และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์ นายแพทย์พงศ์ศักดิ์ ปัจฉิมะกุล นางสาวสุจิตรา รอดสว่าง พยาบาลวิชาชีพ 8 และ นางสาวประภัสสร ใจอารีย์ พยาบาลวิชาชีพ 8 เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหื่นที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหื่น โรงพยาบาลราชวิถี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวธีรา พงษ์พานิช ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย,

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร.258-4119, 664-1000 ต่อ 5644, 5664



ที่ ทม 1012/๐/395

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

10 พฤษภาคม 2543

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวธีรา พงษ์พานิช นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหินที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี” โดยมี รองศาสตราจารย์ นภาพร มัธยมามกุล และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์สุตรัก จิตต์หทัยรัตน์ พยาบาลวิชาชีพ 7 เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหินที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวธีรา พงษ์พานิช ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร.258-4119, 664-1000 ต่อ 5644, 5664

โทรสาร 258-4119

ที่ ทม 1012/ ๐154๔



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

/๘ พฤษภาคม 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวธีรา พงษ์พานิช นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหินที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี" โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตให้ผู้ป่วยโรคต่อหินที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 50 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหินที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี ในระหว่างเดือน พฤษภาคม - มิถุนายน 2543

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวธีรา พงษ์พานิช ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5644, 5664

โทรสาร. 258-4119



ที่ ทม 1012/ 01552

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

19 พฤษภาคม 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวธีรา พงษ์พานิช นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกลูกศศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหินที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี" โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัธยมมากร และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขออนุญาตให้ผู้ป่วยโรคต่อหินที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 300 คน ตอบแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหินที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี ในระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2543

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวธีรา พงษ์พานิช ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5644, 5664

โทรสาร. 258-4119

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

- | | | |
|-----------------------|----------------|---|
| 1. ผศ.จุฑามาศ | เทพชัยศรี | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร |
| 2. นายแพทย์พงศ์ศักดิ์ | ปัจฉิมะกุล | นายแพทย์ 9 กลุ่มงานจักษุวิทยา
โรงพยาบาลราชวิถี |
| 3. คุณสุจิตรา | รอดสว่าง | พยาบาลวิชาชีพ 8 หัวหน้างานการพยาบาล
ผู้ป่วยผ่าตัด กลุ่มงานศัลยกรรม
โรงพยาบาลราชวิถี |
| 4. คุณประภัสสร | ใจอารีย์ | พยาบาลวิชาชีพ 8 งานการพยาบาล
ผู้ป่วยผ่าตัด กลุ่มงานศัลยกรรม
โรงพยาบาลราชวิถี |
| 5. อาจารย์สุตรัก | จิตต์หทัยรัตน์ | พยาบาลวิชาชีพ 7 วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี กรุงเทพฯ |

แบบสอบถามงานวิจัย

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ แบ่งเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบสอบถามเรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน การตอบแบบสอบถามนี้ ขอความกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ และตอบให้ตรงกับความรู้ความคิดเห็น และการปฏิบัติของท่านมากที่สุด ความคิดเห็นของท่านไม่จำเป็นต้องเหมือน หรือตรงกับ ความคิดเห็นของบุคคลอื่น คำตอบของท่านจะไม่มีผลใด ๆ ต่อตัวท่าน โดยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยเป็นรายบุคคล จะนำเสนอผลการวิจัยในรูปของส่วนรวม ซึ่งผลของการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงการให้บริการด้านสุขภาพ และการจัดหา แนวทางส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองที่ถูกต้องต่อไป

ผู้วิจัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากท่านเป็นอย่างดี ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ธีรา พงษ์พานิช

ผู้วิจัย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน [] หรือเติมคำลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี
2. เพศ
 - [] ชาย
 - [] หญิง
3. ระดับการศึกษา
 - [] ต่ำกว่าประถมศึกษา
 - [] ประถมศึกษา
 - [] มัธยมศึกษา
 - [] อุดมศึกษา
4. อาชีพ
 - [] ค้าขาย
 - [] รับจ้าง
 - [] เกษตรกรรม
 - [] รับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ
 - [] แม่บ้าน
 - [] นักเรียน หรือนักศึกษา
 - [] อื่น ๆ ระบุ.....
5. รายได้ของผู้ป่วย.....บาท/เดือน
6. สถานภาพสมรส
 - [] โสด
 - [] คู่
 - [] หม้าย / หย่าร้าง / แยกกันอยู่

ตอนที่ 2 แบบสอบถามวัด ความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต้อหิน

คำชี้แจง

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างทางขวามือ ตามความคิดเห็นของท่าน

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคต้อหิน เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้		
2. ผู้ที่เป็นต้องระวังการเป็นโรคต้อหิน มากกว่า บุคคลอื่น ๆ คือ ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคต้อหิน		
3. โรคต้อหินเป็นโรคตาที่เกิดจากภาวะความดันในลูกตาสูงกว่าปกติ		
4. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน มีโอกาสเกิดโรคต้อหินได้มากกว่าปกติ		
5. การซื้อยาหยอดตาเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์ อาจมีโอกาเป็นโรคต้อหินได้		
6. อาการของโรคต้อหินเฉียบพลัน คือ เห็นแสงสีรุ้งรอบ ๆ ดวงไฟ ตามัว ปวดกระบอกตา		
7. เมื่อเป็นโรคต้อหินที่ตาข้างหนึ่งแล้ว จะไม่มีโอกาสเป็นกับตาอีกข้างหนึ่งได้		
8. อาการของผู้ที่เป็นโรคต้อหินจะมีลานสายตาแคบ ซึ่งสังเกตได้จากการเดินชนสิ่งของบ่อย ๆ โดยไม่ตั้งใจ		
9. โรคต้อหินเป็นโรคที่พบในคนอายุ 60 ปีขึ้นไปเท่านั้น		
10. ผู้ที่เป็นโรคต้อหิน ที่ต้องรักษาทางยา จำเป็นต้องใช้ยาไปตลอดชีวิต		
11. การหยอดยา / รับประทานยา เพื่อรักษาโรคต้อหิน ไม่จำเป็นต้องใช้เป็นประจำ จะใช้ต่อเมื่อมีอาการเท่านั้น		
12. ถ้าท่านมีอาการดีขึ้น ท่านสามารถเว้นระยะห่างในการมาพบแพทย์ได้เอง		
13. ในผู้ที่การมองเห็นบางส่วนเสียไปแล้ว การรักษาจะไม่ทำให้การมองเห็นดีขึ้นกว่าเดิมได้ แต่จะรักษาสวนที่เหลือไม่ให้เสียไปมากกว่าเดิม		
14. ถ้าท่านมีอาการดีขึ้น ไม่จำเป็นต้องมาตรวจตามนัดได้		
15. การรับการรักษาโรคต้อหินอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้การรักษาได้ผลดี		
16. ท่านสามารถซื้อยาหยอดตาชนิดเดียวกับที่แพทย์สั่งให้ผู้อื่นใช้		
17. โรคต้อหินเป็นโรคที่ไม่ต้องรีบรับการรักษา		

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

คำชี้แจง

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างทางขวามือ ที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
<u>การดูแลตนเองโดยทั่วไป</u>			
1. ท่านพยายามอยู่ในที่อากาศดี ปลอดโปร่ง อากาศถ่ายเทสะดวก			
2. ท่านดูแลที่อยู่อาศัยให้มีการระบายอากาศที่ดี			
3. ในแต่ละวัน ท่านรับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ			
4. ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย			
5. ท่านออกกำลังกายโดยการเดิน / วิ่งเหยาะ / กายบริหาร อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที			
6. ท่านจัดสิ่งแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัยให้เป็นระเบียบ ปลอดภัย			
<u>การดูแลตนเองตามพัฒนาการ</u>			
1. ท่านทำตัวให้เข้ากับทุก ๆ คนในสังคม			
2. ท่านสามารถเตือนตนเองให้รับสภาพต่อการสูญเสีย การมองเห็น			
3. ท่านยังทำงานร่วมกับผู้อื่นได้			
4. ท่านทำงาน / อาชีพของท่าน ได้ด้วยตนเอง			
5. เมื่อท่านมีอาการวิตกกังวล เครียด ท่านสามารถ ผ่อนคลายอารมณ์ด้วยการพักผ่อน ทำสมาธิ หรือฟังวิทยุ			
6. ท่านมักจะยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นได้อย่างมี เหตุผล			
7. ถึงแม้จะเจ็บป่วย ท่านยังคงไปมาหาสู่กับบุคคลอื่น ๆ			

ข้อความ	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
<u>การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ</u>			
1. ท่านพบปะพูดคุยกับผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน			
2. ท่านสอบถาม แพทย์ / พยาบาล เมื่อสงสัยเกี่ยวกับการรักษาที่ท่านได้รับ			
3. ท่านสามารถเตือนตนเองได้ว่า ความเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต			
4. ท่านค้นหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องโรคต่อหิน			
5. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี และป้องกันการลุกลามของโรค			
6. ท่านสนใจ ติดตาม ข่าวสาร รายการวิทยุ โทรทัศน์ ที่เกี่ยวกับโรคต่อหิน และการดูแลสุขภาพตนเองอยู่เสมอ			
7. ท่านอ่านหนังสือเกี่ยวกับโรคต่อหิน			

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างทางขวามือ ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ได้รับ เป็นประจำ	ได้รับ บางครั้ง	ไม่เคย ได้รับ
1. ท่านมีคนที่เข้าใจท่าน และสามารถพูดคุยปัญหาต่าง ๆ ได้			
2. คนในครอบครัวแสดงให้ท่านรู้ว่า เขาจะอยู่ใกล้ชิดท่านเสมอ เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ			
3. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น บุคคลรอบข้างจะช่วยเหลือท่าน			
4. ท่านได้รับคำแนะนำ และเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ต่อการดำเนินชีวิตของท่าน			
5. เมื่อต้องการสิ่งใด บุคคลใกล้ชิดพยายามจัดหาให้			
6. บุคคลใกล้ชิด พุดจาให้กำลังใจท่านเสมอ			
7. ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่ จากบุคคลรอบข้างมากขึ้น เมื่อรู้ว่าท่านเป็นโรคต่อหิน			
8. คนในครอบครัว ยอมรับความคิดเห็น และการกระทำของท่าน			
9. คนในครอบครัว ได้รับคำแนะนำ และความช่วยเหลือจากท่าน			
10. เมื่อท่านทำผิดพลาด ท่านจะได้รับคำชี้แจง และช่วยแก้ไขเสมอ			
11. คนในครอบครัว กระตุ้นเตือนให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล			
12. คนในครอบครัว กระตุ้นเตือนให้ท่านหยุดยา / รับประทานยา ตรงตามที่แพทย์แนะนำ			

ข้อความ	ได้รับ เป็นประจำ	ได้รับ บางครั้ง	ไม่เคย ได้รับ
13. บุคคลใกล้ชิด มาเยี่ยมเยียนท่านเสมอ ๆ			
14. คนในครอบครัว ช่วยทำงานบ้าน เพื่อแบ่งเบาภาระ หน้าที่ของท่าน			
15. เมื่อท่านเจ็บป่วย จะได้รับการดูแลจากคนในครอบครัว อย่างใกล้ชิด			
16. บุคคลใกล้ชิด ให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เมื่อท่านมี ปัญหา			
17. บุคคลใกล้ชิด มักแจ้ง ข้อมูล ข่าวสาร ที่เป็นประโยชน์ เกี่ยวกับโรคต่อหินแก่ท่าน			
18. คนในครอบครัว พร้อมที่จะไปไหนมาไหนกับท่าน เมื่อท่านต้องการ			
19. เมื่อท่านขาดแคลน ของใช้ เสื้อผ้า อาหาร และสิ่งอื่น ๆ คนในครอบครัวคอยช่วยเหลือท่าน			
20. เมื่อท่านมีปัญหาด้านการเงิน คนในครอบครัวคอย ช่วยเหลือท่าน			

ตาราง คำตอบที่ถูกต้องของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน

ข้อ	คำตอบที่ถูกต้อง	
	ใช่	ไม่ใช่
1		✓
2	✓	
3	✓	
4	✓	
5	✓	
6	✓	
7		✓
8	✓	
9		✓
10	✓	
11		✓
12		✓
13	✓	
14		✓
15	✓	
16		✓
17		✓

ตาราง ค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.50
2	0.36
3	0.36
4	0.57
5	0.64
6	0.36
7	0.50
8	0.50
9	0.79
10	0.57
11	0.64
12	0.64
13	0.50
14	0.64
15	0.50
16	0.50
17	0.36

ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.6905

ตาราง ค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถามวัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตหิน

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
<u>การดูแลตนเองโดยทั่วไป</u>	
1	0.45
2	0.55
3	0.38
4	0.54
5	0.34
6	0.33
<u>การดูแลตนเองตามพัฒนาการ</u>	
1	0.55
2	0.52
3	0.62
4	0.64
5	0.64
6	0.70
7	0.58
<u>การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบน</u>	
1	0.58
2	0.62
3	0.54
4	0.46
5	0.44
6	0.52
7	0.52

ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.8416

ตาราง ค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.43
2	0.23
3	0.41
4	0.45
5	0.60
6	0.61
7	0.32
8	0.35
9	0.39
10	0.46
11	0.53
12	0.46
13	0.26
14	0.37
15	0.27
16	0.34
17	0.40
18	0.36
19	0.50
20	0.32

ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.9178

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาว วีรา ชื่อสกุล พงษ์พานิช

เกิดวันที่ 21 เดือน พฤษภาคม พุทธศักราช 2503

สถานที่เกิด กรุงเทพมหานคร

สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 207/103 ซอยติวานนท์ 32

ถนนติวานนท์ ตำบลบางกระสอ อำเภอเมือง

นนทบุรี 11000

ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 7

สถานที่ทำงานปัจจุบัน งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด กลุ่มงานศัลยกรรม

โรงพยาบาลราชวิถี

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2521 เติร์ยมอดุมศึกษา จากโรงเรียนศรีอยุธยา

พ.ศ. 2525 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสูง
จากวิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ (วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี กรุงเทพ)

พ.ศ. 2530 สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต จากมหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2544 การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา)
จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน
โรงพยาบาลราชวิถี

บทคัดย่อ
ของ
ธีรา พงษ์พานิช

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
กุมภาพันธ์ 2544

การศึกษาครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษา การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคต่อหินที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 300 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน แบบสอบถามการดูแลตนเอง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว และหาตัวทำนายนการดูแลตนเองโดยวิธีการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า

1. ผู้ป่วยโรคต่อหิน มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี
2. ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มี เพศ อายุ และอาชีพ ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหินไม่แตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มี ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน และการสนับสนุนทางสังคม ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหิน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ตัวแปร การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ สามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถร่วมทำนายการดูแลตนเองได้ร้อยละ 14.10

SELF – CARE OF GLAUCOMA PATIENTS IN GLAUCOMA CLINIC
AT RAJAVITHI HOSPITAL

AN ABSTRACT
BY
THEERA PONGPANICH

Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakarinwirot University
February 2001

The purpose of this study was to study the self-care of glaucoma patients in Glaucoma Clinic at Rajavithi Hospital.

The sample consisted of 300 glaucoma patients in Glaucoma Clinic at Rajavithi Hospital. They were obtained from a purposive sampling technique. The instruments used in this study were a set of questionnaire which comprised of 4 parts : general information of glaucoma patients, knowledge concerning glaucoma, self-care of glaucoma patients and social support. The instruments were constructed by researcher and the data were analyzed by using descriptive statistics, Percentage, Mean, Standard deviation, Student's t-test, One-way analysis of variance and Stepwise multiple regression analysis.

The results of this study were as follows :

1. Glaucoma patients's self-care was classified into good level.
2. There were no statistical difference in self-care of glaucoma patients with any personal variables : sex, age, and occupation.
3. Glaucoma patients with different education level, income, marriage status, knowledge concerning glaucoma and social support showed statistical difference in self-care of glaucoma patients at .05 level of significance.
4. The prediction of glaucoma patients's self-care could be done by using variable : social support, education level, marriage status and occupation at .05 level of significance with a power of prediction 14.10 percent.