

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง
ในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

ปริญญานิพนธ์
ของ
จินตนา มณฑลปัญญากุล

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
ธันวาคม 2542
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วัฒนวัตรเวที)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วัฒนวัตรเวที)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรัชามารณ)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์นภาพร มัธยมามงกูร)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์)

วันที่ 3๑ เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2542

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวท กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารอด และรองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติมที่ทำให้กำลังใจช่วยเหลือและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนผู้วิจัยสามารถดำเนินการทำปริญญานิพนธ์นี้ได้สำเร็จ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณทุกท่านอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์กฤษฏา ศรีสำราญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี รวมทั้งผู้แต่งตำราและผู้วิจัยทุกท่าน ที่ผู้วิจัยได้นำมาใช้ประกอบการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

ขอขอบพระคุณท่านผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือตรวจสอบเครื่องมือและให้คำแนะนำแก้ไขจนทำให้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสมบูรณ์มีคุณภาพ และขอขอบพระคุณผู้บังคับบัญชาทุกท่าน เจ้าหน้าที่แผนกกิจกรรมวิทยุ พยาบาลและเจ้าหน้าที่กลุ่มงานการพยาบาลทุกท่าน และผู้ที่สำคัญสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคข้อกระดูกที่ท่านได้ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามแก่ผู้วิจัยด้วยดีจนบรรลุวัตถุประสงค์

ขอกราบนมัสการขอบพระคุณ พระอุบาลีคุณูปมาจารย์ เจ้าอาวาสวัดไร่ขิง (หลวงพ่ोज้าอาวาสวัดไร่ขิง) ที่ได้เมตตากรุณาให้ทุนสนับสนุนช่วยเหลือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายผู้วิจัยขอเทอดพระคุณ คุณยายเกตุ คงเพชร ที่ได้อบรมสั่งสอนผู้วิจัยถึงความใฝ่รู้ และคุณค่าอันมหาศาลแห่งการศึกษาเล่าเรียนว่า เป็นทรัพย์สมบัติที่ติดกายมนุษย์ ไม่มีหมดสิ้น และเมื่อเป็นผู้รู้แล้วควรเผยแพร่และมอบสิ่งที่ดี หรือช่วยเหลือผู้อื่นที่ไม่มีโอกาสต่อไป พร้อมนี้คุณประโยชน์ที่พึงมีจากการทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอขอบแต่ คุณพ่อ คุณแม่ ผู้มีพระคุณครูบาอาจารย์ทุกท่าน คุณพ่อพิชัย คุณแม่สมศรี มณฑลปัญญากุล ญาติผู้ใหญ่และพี่น้องทุกท่าน โดยเฉพาะคุณนิรันดร์ มณฑลปัญญากุล ที่ให้ความช่วยเหลือทุกอย่าง พร้อมทั้งให้กำลังใจกับผู้วิจัยตลอดมา

จินตนา มณฑลปัญญากุล

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
คำนำ	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	5
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	6
ข้อตกลงเบื้องต้น	6
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	11
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	11
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	46
การวิจัยในต่างประเทศ	46
การวิจัยในประเทศไทย	49
สมมติฐานการวิจัย	56
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	58
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	58
ประชากร	58
กลุ่มตัวอย่าง	58
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	59
ลักษณะของเครื่องมือ	59
เกณฑ์การให้คะแนน	59
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ	60
การหาคุณภาพเครื่องมือ	60
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	61
วิธีจัดกระทำกับข้อมูล	62
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	63

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาค้นคว้า	69
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	69
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	69
ผลการศึกษาค้นคว้า	70
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	86
บทย่อ	86
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	86
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	86
การวิเคราะห์ข้อมูล	87
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	88
อภิปรายผล	89
ข้อเสนอแนะ	100
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป	100
บรรณานุกรม	101
ภาคผนวก	115
ภาคผนวก ก	116
ภาคผนวก ข	122
ภาคผนวก ค	132
ประวัติย่อของผู้วิจัย	137

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพ	70
2	ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย โรคต่อกระเจก จำแนกตามตัวแปร	73
3	จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความเชื่อ ด้านสุขภาพ	75
4	ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคต่อกระเจก จำแนกตามตัวแปร.....	77
5	จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ในการป้องกันตาบอดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อกระเจก	79
6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับ พฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระเจก	82
7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระเจก	83

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แสดงระยะของการดูแลตนเอง	23
2 แสดงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง.....	28
3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้ในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ ...	34
4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย	36
5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	56

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายหลักที่สำคัญ คือ เพื่อการมีสุขภาพดีของประชาชน ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนนั้นมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ พันธุกรรม พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และบริการสาธารณสุขสำหรับประชาชน สุขภาพเปรียบเสมือนวิถีทางอันจะนำบุคคลไปสู่ความสุขและความสำเร็จในชีวิต ซึ่งจะส่งผลถึงการพัฒนาประเทศด้วย ประเทศไทยได้ลงนามในกฎบัตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในการพัฒนาสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนคนไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2543 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการดำเนินการ สนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) คือ “ทุกครอบครัวมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและบรรลุคุณภาพชีวิต” (กระทรวงสาธารณสุข. 2535 : 27) การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของคนเรา จะต้องมีความสุขจิตและสุขภาพกายที่สมบูรณ์แข็งแรง เมื่อคนเรามีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ มีอวัยวะทุกส่วนครบสมบูรณ์ ไม่มีความเสื่อมหรือความพิการก็จะทำให้มีการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

ดวงตา เป็นอวัยวะที่มีความสำคัญส่วนหนึ่งของร่างกายคนเรา ที่ช่วยในการมองเห็น ทำให้คนเรามีการดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างปกติสุข การป้องกันมิให้ดวงตาเกิดอันตรายจนเป็นเหตุให้เกิดความพิการหรือตาบอดก่อนเวลาอันสมควร จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากตาบอดเป็นปัญหาที่ทำให้ประชากรของโลกต้องประสบกับความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นภาระอันหนักของครอบครัวผู้ป่วย และสังคม นอกจากนี้ยังเป็นต้นเหตุของการสูญเสียทางเศรษฐกิจเป็นอันมาก และตาบอดเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับประชากรในประเทศที่กำลังพัฒนา เนื่องจากการติดเชื้อ การขาดสารอาหาร ขาดการดูแลตนเอง และขาดการรักษาขั้นพื้นฐานที่ถูกต้องพร้อมกันนี้ พบว่าอัตราคนตาบอดในประเทศที่กำลังพัฒนาสูงถึง 10-14 เท่าของคนในประเทศที่พัฒนาแล้ว (สมศักดิ์ รัตมิตต. 2535 : 460) ดังรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่ามีคนตาบอดทั่วโลกโดยประมาณ 28 ล้านคน ซึ่งในจำนวนคนตาบอดนี้ มีสาเหตุมาจากโรคต้อกระจก ประมาณ 15 ล้านคน หรือเท่ากับร้อยละ 53.60 ของคนตาบอดทั้งหมด (สมศักดิ์ รัตมิตต. 2535 : 456 ; อ้างอิงมาจาก WHO . 1975) ในทำนองเดียวกัน องค์การอนามัยโลก (นิยม คอนยามา. 2535 : 478 ; อ้างอิงมาจาก WHO . 1975) กล่าวถึงสถิติขององค์การอนามัยโลกที่รายงานถึง สาเหตุของตาบอด (Blindness) ทั่วโลก ประมาณโดยคร่าวๆ ดังนี้

1. โรคต้อกระจก (Cataract) จำนวน 15 ล้านคน
2. โรคต้อตรางตา (Trachoma) จำนวน 6 ล้านคน
3. โรคต้อหิน (Glaucoma) จำนวน 3 ล้านคน
4. โรคพยาธิในตา (Onchocerciasis) จำนวน 3 ล้านคน
5. โรคเรื้อน (Leprosy) จำนวน 1 ล้านคน
6. โรคตาบอดจากขาดสารอาหาร (Blinding Corneal Malnutrition) จำนวน 0.5 ล้านคน
7. โรคตาบอดจากแรงกระแทก (Trauma) จำนวน 0.5 ล้านคน
8. โรคพยาธิสภาพที่เริ่มต้นจากเบาหวาน (Diabetic Retinopathy) จำนวน 0.25 ล้านคน

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) มีแผนการป้องกันตาบอดเพื่อวัตถุประสงค์ให้บริการดูแลทางตาเท่าที่จำเป็นแก่ประชาชนทุกคน และขจัดตาบอดที่หลีกเลี่ยงได้ (Avoidable Blindness) ให้หมดไป อัตราคนตาบอดในแต่ละประเทศจึงไม่ควรมีเกินร้อยละ 0.5 และในชุมชนก็ไม่ควรมีมากไปกว่าร้อยละ 1 ซึ่งกลุ่มคนตาบอดที่หลีกเลี่ยงได้ มีกระจายอยู่ในประเทศต่างๆ ในอัตราส่วนที่ไม่เท่ากัน องค์การอนามัยโลกจึงได้มีการจัดกลุ่มคนตาบอดที่หลีกเลี่ยงได้ (Avoidable Blindness) ออกเป็น 3 กลุ่ม ตามความชุกของคนตาบอด ดังนี้ (สมศักดิ์ รัชมิตต์, 2535 : 460)

1. กลุ่ม A เป็นกลุ่มประเทศหรือพื้นที่ที่การให้บริการในการรักษาโรคตายังไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรในชนบท กลุ่มนี้จะมีการตาบอดในอัตราที่มากกว่าร้อยละ 1 ตาบอดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเมื่อก่อนอาจจะไม่มากนัก อันเนื่องมาจากอายุขัยเฉลี่ย (Life Expectancy) ยังมีอัตราต่ำอยู่ แต่ปัจจุบันประชากรโลก มีอายุยืนยาวมากขึ้นเนื่องจากการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นและมีวิทยาการทางการแพทย์ที่ทันสมัยมากขึ้น แต่อัตราคนตาบอดก็ยังเป็นปัญหาอย่างมาก ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุและกลุ่มประเทศ หรือพื้นที่ดังต่อไปนี้

1.1 โรคต้อตรางตา (Trachoma) พบมากในประเทศทางแถบตะวันออกกลาง แอฟริกา เอเชียตะวันออกเฉียงใต้

1.2 โรคพยาธิในตา (Onchocerciasis) พบมากในประเทศแถบแอฟริกา อเมริกากลาง และบางแห่งในอเมริกาใต้

1.3 โรคตาบอดจากขาดสารอาหาร (Blinding Corneal Malnutrition) พบมากในประเทศแถบเอเชีย และกระจายอยู่ทั่วไปในแถบคาริเบียน อเมริกาใต้ และตะวันออกกลาง

1.4 โรคต้อกระจก (Cataract) พบมากในประเทศที่กำลังพัฒนาทั่วไป

2. กลุ่ม B เป็นกลุ่มประเทศหรือพื้นที่ที่พัฒนาขึ้นมาบ้างแล้ว อัตราคนตาบอดจึงเกิดไม่มากเท่ากับกลุ่มแรก ตาบอดที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ สามารถควบคุมได้บางส่วน การรักษาโดยวิธีการผ่าตัดนับว่ายังไม่เพียงพอ ดังนั้นตาบอดจากโรคที่สามารถรักษาได้จึงมีอยู่ กลุ่มดังกล่าวนี้จึงมีอัตราการตาบอดอยู่ระหว่างร้อยละ 0.04 ถึงร้อยละ 0.65

3. กลุ่ม C เป็นกลุ่มหรือพื้นที่ที่การให้บริการทางการแพทย์เจริญขึ้นมาก จึงสามารถควบคุมตาบอดจากการติดเชื้อได้ ตาบอดที่รักษาได้ก็ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ดังนั้น ตาบอดส่วนใหญ่จะเป็นโรคที่รักษาไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคของตาส่วนหลัง อัตราความชุกของโรคที่ทำให้ตาบอดจะอยู่ระหว่างร้อยละ 0.15 ถึงร้อยละ 0.25

แผนการป้องกันตาบอดและควบคุมสายตาแห่งชาติของประเทศไทย ได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ และมีวิธีการดำเนินงานแบ่งออกเป็นส่วนหนึ่งของงานสาธารณสุขมูลฐานโดยวางเป้าหมายในการดำเนินงานไว้ 2 ประการ ดังนี้ คือ (นิยม คอนยามา. 2535 : 475)

1. ประชาชนได้รับการดูแลเกี่ยวกับตาขั้นพื้นฐาน ดังนี้

1.1 บริการตรวจเช็คสายตาเบื้องต้นในโรงเรียนให้กับนักเรียนและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ตลอดจนประชาชนทั่วไป

1.2 สนับสนุนส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคตาแก่ประชาชนเพื่อการป้องกันโรคโดยเจ้าหน้าที่ของสาธารณสุขทุกระดับ

1.3 แนะนำให้ประชาชน มีความตระหนักในการดูแลตนเอง หากมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับตา

1.4 ประสานขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน และกระทรวงมหาดไทย เป็นต้น

2. กำจัดโรคตาที่สามารถป้องกันและรักษาได้ให้หมดไป โดยมีวิธีดังนี้

2.1 ตรวจแยกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย และทำการรักษาตามขั้นตอนต่อไปของแต่ละโรค เช่น โรคต้อกระจกอาจทำการรักษาโดยการผ่าตัด หรือ ลอกต้อกระจกตามดุลยพินิจของแพทย์

2.2 สำรวจจำนวนต้อกระจกของโรคเกี่ยวกับตาเพื่อดำเนินการต่อไป เช่น โรคต้อกระจก ก็จัดเข้าโครงการสลายต้อกระจก หรือ ให้การรักษาต่อเนื่องในโรคตาอื่น ๆ

2.3 วางแผนป้องกัน รณรงค์ และรักษาอย่างต่อเนื่องในกลุ่มเสี่ยง

2.4 ผลิตแพทย์เฉพาะทางจักษุวิทยาในการรักษาให้เพียงพอกับสัดส่วนของผู้ป่วยตามความเหมาะสม

ประเทศไทยได้มีการสำรวจทางระบาดวิทยา เรื่องตาบอด เมื่อปี พ.ศ. 2526 พบว่ามีอัตราความชุกของคนตาบอดในผู้ป่วยโรคตาทั่วประเทศไทย ถึงร้อยละ 1.14 โดยมีสาเหตุมาจากโรคต้อกระจกเป็นอันดับหนึ่ง ถึงร้อยละ 0.47 นอกจากนี้ยังพบว่ามี การเหลือตกค้างของโรคต้อกระจก (Backlog) ที่ยังรอการรักษาผ่าตัดมากกว่า 200,000 ราย จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การให้บริการสาธารณสุขเกี่ยวกับโรคต้อกระจกยังไม่ดีเพียงพอ และผลจากการสำรวจในเรื่องตาบอดนี้ ประเทศไทยจึงถูกจัดให้อยู่ในอันดับของประเทศในกลุ่ม A ตามที่องค์การอนามัยโลก (WHO) กล่าวไว้ว่า กลุ่ม A คือกลุ่มที่มีอัตราผู้ป่วยตาบอดมากกว่าร้อยละ 1 (สมศักดิ์ รัตมิต. 2535 : 460)

ต่อมาประเทศไทยได้มีการสำรวจทางระบาดวิทยา เรื่องตาบอด ครั้งที่ 2 เมื่อปี พ.ศ. 2530 โดยวิธีสุ่มง่าย ๆ (Sampling Survey) ในจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ พบว่า อัตราความชุกของคนตาบอดลดลงเหลือประมาณร้อยละ 0.60 โดยมีโรคต้อกระจกเป็นสาเหตุอันดับแรก และจากการสำรวจทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับโรคตาบอดและสายตาสั้นครั้งที่ 3 เมื่อปี พ.ศ. 2537-พ.ศ. 2538 ในระดับประเทศ และระดับภูมิภาค โดยใช้ระบบความเป็นไปได้ใน สัดส่วนของขนาดประชากร แบ่งออกเป็น 4 ภาค คือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคใต้ พบว่า อัตราความชุกของคนตาบอดเท่ากับร้อยละ 0.31 และสายตาสั้นเท่ากับร้อยละ 0.80 ผลจากการสำรวจคาดว่าประชากรในประเทศไทย 4 ภาค มีคนตาบอดจำนวน 180,704 ราย สายตาสั้นจำนวน 471,340 ราย และพบว่ามีอัตราคนตาบอดจากโรคต้อกระจกจำนวน 134,903 ราย สายตาสั้นจำนวน 370,238 ราย พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (สมชัย วงศ์เวชสวัสดิ์. 2540 : 39)

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เป็นโรงพยาบาลขนาดกลาง มีผู้ป่วยที่เข้ามารับการตรวจรักษาจำนวนมาก ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2540 มีผู้ป่วยโรคตาเข้ารับการตรวจรักษา โดยสาเหตุมาจากโรคต้อกระจก มีจำนวน 28,135 รายต่อปี และโดยเฉลี่ย 2,344 รายต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 69.24 ของคนไข้โรคตาทั้งหมดต่อเดือน นับเป็นอัตราความชุกของโรคต้อกระจกที่สูงมาก ทำให้เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทย ที่ต้องรีบเร่งดำเนินการแก้ไข โดยเฉพาะด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ หญิงมีครรภ์ ผู้ใช้แรงงานที่เกี่ยวข้องกับแสงอัลตราไวโอเลต การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูโรคต้อกระจก

ถึงแม้ว่าการรักษาโรคต้อกระจกโดยจักษุแพทย์ จะเป็นทางเลือกที่เห็นว่าเหมาะสมในสายตาของแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขแผนปัจจุบัน แต่ยังมีประชาชนอีกจำนวนมากที่หลงเชื่อและเลือกรักษาโดยวิธีหมอพื้นบ้าน และหมอพื้นบ้านมีอิทธิพลอย่างมาก แม้แต่เจ้าหน้าที่ของรัฐก็ไม่สามารถเข้าไปดำเนินการจัดการได้ ยังเปิดดำเนินการอยู่เกือบทุกจังหวัดของประเทศไทย นอกจากนี้หมอพื้นบ้านบางรายมีการเรียกเก็บค่ารักษาในอัตราที่สูง บางแห่งสูงกว่าค่ารักษาแผนปัจจุบันถึงเกือบเท่าตัว แต่ก็ยังมีผู้ป่วยจำนวนมากไปรับการรักษา ผลกระทบจากสภาพของโรคต้อกระจก และการรักษาที่ไม่ถูกต้องตามหลักการแพทย์ ทำให้ตาบอดและสายตาสั้น (ชนินทร์ รัตนสกุล. 2540 : 109 - 110) ซึ่งตรงข้ามกับผู้ป่วยที่มีความเชื่อด้านสุขภาพจะมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสมและถูกต้อง มีภาวะสุขภาพที่ดีกว่า มีความหวัง กำลังใจ การเลือกตัดสินใจใช้บริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและปลอดภัย

จากปัญหาดังกล่าว และประสบการณ์การปฏิบัติงานของผู้วิจัยในการร่วมมือดำเนินการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยสู่ส่วนภูมิภาคในการผ่าตัดต้อกระจกด้วยอัลตราซาวด์ พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการและรับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อกระจก มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง และมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องปล่อยให้โรคต้อกระจกนานเกินไป จนทำให้ตาบอดมองไม่เห็นมีผลกระทบทำให้เกิดปัญหาเป็นภาระแก่ ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ

ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก จะบรรลุเป้าหมาย และมีประสิทธิภาพหรือไม่นั้น ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญ

นอกจากความเชื่อด้านสุขภาพแล้วยังมีปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกแตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว (อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์. 2531 : ก) ดังนั้น ความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก จึงเป็นสิ่งที่สำคัญ เพื่อตอบสนองความต้องการในการป้องกันตาบอด จากโรคต่อกระดูก และเป็นไปตามแผนการรักษาด้านสาธารณสุข

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกและปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างไร ซึ่งคาดว่าผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินงานสุขภาพ ซึ่งกรมการแพทย์มีหน้าที่และส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกตระหนักถึงพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม เพื่อช่วยลดความรุนแรง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคต่อกระดูกได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

① ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดจากภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการป้องกันตาบอดจากภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก
4. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดจากภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก

2

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ ได้ตระหนักถึงความสำคัญ และนำเอาปัจจัยเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยพื้นฐานมาเป็นส่วนร่วมในการประเมินวางแผน และให้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกสามารถควบคุมความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ต่อไป

2. เพื่อเป็นแนวทางในการนิเทศ แนะนำ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้มีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง และส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้วิธีการให้สุขภาพศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก

3. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคต่อกระดูก ในประเด็นอื่นๆ ต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคตาในคลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ที่มีคุณสมบัติดังนี้ คือ

1. เป็นผู้ป่วยโรคตาที่ได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ ว่าเป็นโรคต่อกระดูกและไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน

2. เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะปกติ มีการได้ยินที่ปกติ

3

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกทั้งหญิงและชายที่มารับบริการที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จำนวน 28,135 คนต่อปี เฉลี่ย 2,344 คนต่อเดือน (ใช้สถิติปีงบประมาณ 2540)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ได้มารับบริการในคลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ ยามาเน่ (Yamane) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 341 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามข้อตกลงเบื้องต้น

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ และ ปัจจัยพื้นฐานประกอบด้วย

1.1 ความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการป้องกันตาบอดของโรคต้อกระจก ซึ่งประกอบไปด้วยความเชื่อในด้านต่างๆ ดังนี้

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค
- การรับรู้ความรุนแรงของโรค
- การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา
- การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน
- แรงจูงใจด้านสุขภาพ

1.2 ปัจจัยพื้นฐานที่ทำการศึกษาค้างนี้ ได้แก่

- เพศ
- อายุ
- ระดับการศึกษา
- รายได้ (ของครอบครัว)
- อาชีพ

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดจากโรคต้อกระจก

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief) หมายถึง การรับรู้หรือการแสดงออกถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคต้อกระจกต่อสุขภาพของตนเอง โดยแบ่งได้ดังนี้ (เกศินี ไข่นิล. 2536 : 8-10 ; อ้างอิงมาจาก Becker and others. 1975)

1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคต้อกระจก

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยโรคต้อกระจกว่าอาการตามัว การเห็นภาพซ้อน การปวดตาหรืออาการอื่นๆ ที่เกิดขึ้น เป็นความรุนแรงของโรค และมีผลกระทบต่อการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน ครอบครัว สังคม และฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย

1.3 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มีต่อแผนการรักษาว่าสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายและควบคุมอาการของโรคได้

1.4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน หมายถึง ความเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยโรคต่อผลกระทบเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่างๆ ตามความเป็นจริงที่ขัดขวางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคต่อผลกระทบ

1.5 แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป หมายถึง ความสนใจ หรือห่วงใยสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคต่อผลกระทบ รวมถึงความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมโรคและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านสุขภาพที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเองในชีวิตประจำวัน เพื่อควบคุมอาหารไม่ให้เกิดการดำเนินของโรครุนแรงเพิ่มขึ้น ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแล 3 ด้าน คือ (Orem, 1991 : 136)

2.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเพื่อคงไว้ซึ่ง อากาศ น้ำ และอาหาร ที่เพียงพอ การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน การคงไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายให้เป็นไปตามปกติ การป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ

2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อลดความตึงเครียดทางอารมณ์ หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากความเจ็บป่วย

2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย ได้รับอันตรายหรือทุพพลภาพ อันเป็นสาเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงหรือไม่สามารถกระทำการกิจกรรมบางอย่างที่อยู่ภายใต้การรักษาพยาบาลได้

3. ปัจจัยพื้นฐาน หมายถึง คุณลักษณะปัจจัยต่างๆ ที่นำเข้ามาศึกษาในวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 เพศ หมายถึง คุณลักษณะของบุคคลแบ่งเป็น

1. เพศหญิง
2. เพศชาย

3.2 อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุผู้ป่วยโรคต่อผลกระทบ นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา โดยแบ่งตามอายุดังนี้ (สมชัย วงศ์เวชสวัสดิ์. 2540 : 131)

1. ต่ำกว่า 50 ปี
2. 50-60 ปี
3. 61-70 ปี
4. มากกว่า 70 ปี

3.3 ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาชั้นสูงสุดของผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มารับบริการของโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) แบ่งตามกลุ่มได้ดังนี้ (สมชัย วงศ์เวชสวัสดิ์. 2540 : 129)

1. ต่ำกว่าประถมศึกษา
2. ประถมศึกษา
3. มัธยมศึกษา
4. อุดมศึกษา

3.4 อาชีพ หมายถึง การประกอบกิจการงานเพื่อให้มีรายได้ประจำเลี้ยงตนเองของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น

1. รับจ้าง
2. เกษตรกรรม
3. ค้าขาย หรือ ธุรกิจส่วนตัว
4. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ราชการบำนาญ

3.5 รายได้ของครอบครัว หมายถึง รายได้เฉลี่ยของสมาชิกในครอบครัวทั้งหมดต่อเดือน แบ่งตามกลุ่มได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2536 : 48)

1. ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน
2. ตั้งแต่ 3,000-8,000 บาทต่อเดือน
3. ตั้งแต่ 8,001-13,000 บาทต่อเดือน
4. สูงกว่า 13,000 บาทต่อเดือน

4. ตาบอด หมายถึง ตาที่มีระดับความสามารถในการมองเห็น เมื่อผ่านการแก้ไขเต็มที่แล้วมองเห็นน้อยกว่าระดับ 0.05 หรือ 10/200 ฟุต หรือ 3/60 เมตร บนแผ่นวัดสายตาแบบสเนลเลน (Snellen Chart)

5. คนตาบอดจากโรคต้อกระจก (Blinding Cataract) หมายถึง ผู้ที่มีตาบอดจากโรคต้อกระจก (Leading Cause by Cataract) แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ผู้ที่เป็นโรคต้อกระจกทั้งสองข้าง
2. ผู้ที่เป็นโรคต้อกระจกในตาข้างหนึ่งและตาอีกข้างมีสาเหตุจากโรคอื่น

6. โรคต้อกระจก หมายถึง โรคที่เกิดจากการขุ่นของเลนส์ตา ทำให้บัดบังแสงที่จะส่องผ่านไปยังจอประสาทตา ผู้ป่วยจึงมีอาการตามัว ทำให้มองเห็นภาพไม่ชัดเจน

7. ผู้ป่วยโรคต้อกระจก หมายถึง ชายและหญิงที่มีอาการทางตาที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) และจักษุแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อกระจก

8. คลินิกจักษุวิทยา หมายถึง สถานบริการสุขภาพ เฉพาะผู้ป่วยนอก สำหรับผู้ป่วยโรคทางตา ได้แก่ การบริการตรวจรักษาโรคตาทั่วไป และการให้คำแนะนำ ปรีกษาปัญหาทางตา มีกำหนดเปิดบริการเฉพาะวันราชการ เวลา 08.30 น. - 12.30 น. เว้นวันหยุดราชการ

9. โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไปขนาดกลาง ให้บริการที่ครอบคลุมกิจกรรมสาธารณสุขทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การตรวจรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ให้บริการแก่ประชาชนทั่วไป เป็นหน่วยงาน ขึ้นตรงกับกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและการวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจก แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเอง และการวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ และในประเทศไทย ตามลำดับเนื้อหา ดังนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจก

ความหมายของโรคต้อกระจก

โรคต้อกระจก ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายลักษณะ ดังต่อไปนี้

อารีย์ เจริญพงศ์ (2536 : 44) กล่าวว่า คำว่า “ต้อ” ในภาษาไทย หมายถึง โรคที่เกิดขึ้นแก่ดวงตา ซึ่งมีหลายชนิด เช่น ต้อเนื้อ ต้อลม ต้อลม้า ต้อตาปู ต้อหิน และต้อกระจก เป็นต้น โรคต้อกระจกในภาษาอังกฤษ เรียกว่า Cataract ซึ่งแปลว่า “น้ำตก” เข้าใจว่าผู้ที่ เป็นโรคต้อกระจก จะมีการอาการสายตารำมัวเหมือนมองผ่านน้ำตก เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของเลนส์ ซึ่งอยู่ภายในดวงตาด้านหลังของม่านตา ปกติเลนส์มีหน้าที่ปรับแสงให้ตกลงพอดีที่ชั้นประสาทด้านหลังลูกตา เปรียบได้กับเลนส์ของกล้องถ่ายรูป เลนส์ตานี้จะมีลักษณะใสเพื่อให้แสงผ่านได้โดยสะดวก เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงภายในเลนส์ ทำให้เกิดการขุ่นมัวขึ้น การมองเห็นภาพต่างๆ ไม่ชัดเจน ในคนที่ เป็นโรคต้อกระจกมานานหรือต้อกระจกสุกแล้วจะมองเห็นเป็นสีขาวอยู่ด้านหลังม่านตา

สมศักดิ์ รัศมีทัต (2535 : 461) ได้ให้ความหมายของโรคต้อกระจก คือ โรคตาที่เกิดจากการขุ่นของเลนส์ตา ทำให้บดบังแสงที่จะส่องผ่านไปยังจอประสาทตา ผู้ป่วยจึงมีอาการตามัว ทำให้มองเห็นภาพไม่ชัดเจน

สุรพงษ์ ดวงรัตน์ (2530 : 92) กล่าวว่า โรคต้อกระจกเกิดจากภาวะที่แก้วตาหรือเลนส์ตาเกิดขุ่นขาวผิดปกติไปจากธรรมดา ปกติแล้วแก้วตาจะใสโปร่งแสง มีคุณสมบัติหักเหแสงให้ไปรวมกันที่จอรับภาพ ทำให้มองเห็นภาพวัตถุหรือสิ่งต่างๆ ได้ชัดเจนขึ้น และเมื่อเลนส์มีการขุ่นขาวผิดปกติ ทำให้ตาพรำมัวมองเห็นภาพไม่ชัดเจน

เมธ หลิมวงศ์ (2535 : 465) ได้ให้ความหมายว่า โรคต่อกระจก หมายถึง ภาวะที่แก้วตาหรือเลนส์ตา ภายในลูกตามีลักษณะขุ่นขาวขึ้นจากปกติ ที่มีลักษณะโปร่งใส ทำให้แสงไม่สามารถผ่านไปรวมที่จอตาได้ เกิดอาการตามัว ตาฝ้าฟาง

โดยสรุป ความหมายของโรคต่อกระจก คือ โรคตาที่เกิดจากการขุ่นขาวของเลนส์ตา เนื่องจากสาเหตุต่างๆ ทำให้การผ่านของแสงสู่จอตาไม่สะดวก เกิดอาการตาพร่ามัว มองเห็นภาพไม่ชัดเจน

ระบาดวิทยาของโรคต่อกระจก

องค์การอนามัยโลก สํารวจพบว่า มีอัตราคนตาบอดทั่วโลกจำนวน 28 ล้านคน ซึ่งในจำนวนคนตาบอดนี้มีสาเหตุมาจากโรคต่อกระจกประมาณ 15 ล้านคน หรือเท่ากับร้อยละ 53.60 ของคนตาบอดทั้งหมด (สมศักดิ์ รัชมิทัต. 2535 : 461 ; อ้างอิงมาจาก WHO . 1975)

สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจทางระบาดวิทยาของโรคตาบอดและสายตาสั้นครั้งที่ 3 เมื่อปี พ.ศ. 2537 พ.ศ. 2538 พบว่ามีอัตราความชุกของคนตาบอดร้อยละ 0.31 และสายตาสั้นร้อยละ 0.80 จากการสำรวจคาดว่า มีคนตาบอด 180,704 ราย คนสายตาสั้น 471,340 ราย ในอัตราความชุกของคนตาบอดและสายตาสั้นพบว่ามีสาเหตุมาจากโรคต่อกระจกเป็นอันดับหนึ่ง โดยพบว่าคนตาบอดจากโรคต่อกระจกเท่ากับ 134,903 ราย สายตาสั้นจากโรคต่อกระจกเท่ากับ 370,238 ราย และพบว่าเพศหญิงเป็นมากกว่าเพศชาย (สมชัย วงศ์เวชสวัสดิ์. 2540 : 35-37)

พยาธิสภาพของโรคต่อกระจก

เลนส์ตาเกิดการสูญเสียความโปร่งใส เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและเคมีของโปรตีนภายในเลนส์ตาทำให้เกิดการจับตัวของโปรตีนเป็นก้อน จึงมองเห็นเลนส์ตาขุ่น และเป็นผลจากการผันผวนทางการเผาผลาญดูดซึมกลับของวิตามินซี และวิตามินบี 12 ในเลนส์ตา หลอดเลือดแข็งตัว และความผันแปรของระบบฮอร์โมน สิ่งเหล่านี้ทำให้เลนส์ตาขุ่นมัว และเลนส์ตาบวม ทำให้การมองเห็นผิดปกติมองภาพไม่ชัดเจน (จํานงค์ อังคนาวีศัลย์. 2532 : 229)

การขุ่นมัวของเลนส์ตาอาจจะเป็นส่วนรอบนอก และตรงกลางใส หรือตรงกลางทึบแล้วรอบนอกใสก็ได้ หรืออาจเป็นทั้งสองอย่างแล้วค่อยๆ ขยายตัวเข้าหากันจนขุ่นมัวทั่วทั้งโรคต่อกระจกไม่ว่าจะมีอาการขุ่นมัวลักษณะแบบไหน ผู้ป่วยโรคต่อกระจกจะเห็นเวลากลางคืนดีกว่าเวลากลางวัน เพราะเวลากลางคืนม่านตาขยายมากกว่าเวลากลางวัน

การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี พบว่าเลนส์ของต่อกระจก มีความแตกต่างจากเลนส์ปกติในทางเคมี ดังต่อไปนี้ (สมสงวน อัมมคุณ. 2535 : 290)

1. มีโซเดียม (Sodium) และน้ำ (Water) เพิ่มขึ้น
2. มีโพแทสเซียม (Potassium) กรดอะมิโน (Amino Acid) และอินโนซิทอล (Inositol) ลดลง

3. สารกลูตาไธโอน (Glutathione) ลดลง
 4. สารโปรตีนที่ละลายน้ำได้ (Soluble Protein) ลดลง สารโปรตีนที่ไม่ละลาย (Insoluble Protein) เพิ่มขึ้น
 5. แคลเซียม (Calcium) เพิ่มขึ้น
 6. การทำงานของน้ำย่อยโปรตีน ส่วนใหญ่ลดลง แต่ตัวเร่งปฏิกิริยาในการย่อยสลายโปรตีนและตัวเร่งปฏิกิริยาการย่อยสลายไกลโคเจน (Glycogen) เพิ่มขึ้น
 7. ปริมาณสารพลังงานสูง เอทีพี (Adenosine Triphosphate) ลดลง
- การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจจะเป็นผลที่สืบเนื่องจากโรคต่อกระจกมากกว่าจะเป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่อกระจก

การจำแนกชนิดและสาเหตุของโรคต่อกระจก

โรคต่อกระจกแบ่งออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้ (ทวีศักดิ์ จุลวัจนะ. 2534 : 60-71)

1. โรคต่อกระจกโดยกำเนิด (Congenital Cataract)
2. โรคต่อกระจกจากภาวะชรา (Senile Cataract)
3. โรคต่อกระจกทุติยภูมิ (Secondary Cataract)

1. โรคต่อกระจกโดยกำเนิด (Congenital Cataract) หมายถึง การขุ่นขาวของเลนส์ตาในเด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 3 เดือนแรก แต่ต่อกระจกจะสุกเมื่ออายุมากขึ้น

สาเหตุของโรคต่อกระจกโดยกำเนิด มีดังนี้

1. เกิดเนื่องจากพันธุกรรม ซึ่งส่วนมากจะมีการถ่ายทอดแบบออโตโซมอลโดมิแนนท์ (Autosomal Dominant) ที่เกิดขึ้นเองจากการรับลักษณะเด่น
2. เกิดจากการเจริญเติบโตผิดปกติของแก้วตา เมื่อมารดาติดเชื้อไวรัสหัดเยอรมัน (Rubella Virus) ขณะตั้งครรภ์อยู่ในระยะ 3 เดือนแรก
3. เกิดจากต่อมไร้ท่อผิดปกติ หรือ ความผิดปกติของโครโมโซม
4. การคลอดก่อนกำหนดของทารก (Premature)

2. โรคต่อกระจกจากภาวะชรา (Senile Cataract) หมายถึง การขุ่นขาวของเลนส์ตาเกิดตามัวมองภาพไม่ชัดเจนในคนที่มีอายุเกิน 45 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นโรคต่อกระจกชนิดพบบ่อยที่สุด (ทวีศักดิ์ จุลวัจนะ. 2534 : 60-71)

สาเหตุ เกิดจากความเสื่อมของเลนส์ตามตามอายุ (Degenerative Change) โดยที่แก้วตาจะดูดน้ำ ทำให้เกิดการขุ่นแสงที่ผ่านแก้วตากระจายอยู่อย่างไม่เป็นระเบียบ การมองเห็นจึงไม่ดี จากการตรวจพบสามารถแบ่งโรคต่อกระจกจากภาวะชราออกเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะโรคต้อกระจกเริ่มเป็น (Incipient Cataract) มีอาการทึบแสง ส่วนรอบๆ แก้วตา แต่ตรงกลางยังใส หรือมีการทึบแสงตรงกลางแต่ส่วนรอบๆ ใส

ระยะที่ 2 เป็นระยะโรคต้อกระจกยังไม่สุก (Immature Cataract) คือ โรคต้อกระจก ที่เป็นมากขึ้น และมีอาการแก้วตาบวมทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนกลายเป็นโรคต้อหิน เรียกว่า ต้อหินทุติยภูมิ และจากการตรวจพบโดยฉายแสงเฉียงๆ (Oblique Illumination) จะพบเงาของ ม่านตา มองเห็นเป็นเงาดำหลังขอบรูม่านตาเป็นรูปพระจันทร์เสี้ยวบนแก้วตา การมองเห็นจะเห็น เพียงรูปร่างของสิ่งของ

ระยะที่ 3 เป็นระยะโรคต้อกระจกสุก (Mature Cataract) ระยะนี้จะมีอาการทึบแสง มากจนทั่วแก้วตา ทำให้เห็นแก้วตาขุ่นขาวและเมื่อตรวจด้วยวิธีฉายแสงเฉียงจะไม่พบเงา ม่านตา ผู้ป่วยจะมองไม่เห็นอะไรหากวัดสายตา ผู้ป่วยอาจจะบอกได้ว่า เห็นมีการเคลื่อนไหวอยู่จนถึง สามารถบอกทิศทางของแสงไฟได้ถูกต้อง ถ้าตรวจด้วยเครื่องตรวจวัดสายตาจะไม่เห็นปฏิกิริยา แสงสีแดง

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่โรคต้อกระจกสุกเกิน (Hypermature Cataract) คือ ระยะสุดท้าย ของโรคต้อกระจก แก้วตาเริ่มเปลี่ยนแปลงมีการละลายของเนื้อแก้วตามองดูเห็นขุ่นขาวมากคล้าย นํ้านมทำให้ส่วนในกลางของแก้วตาตกลงสู่ส่วนล่างภายในแคปซูล หากวัดสายตาในระยะนี้อาจจะ บอกทิศทางของแสงไฟได้ หรือบอกทิศทางของแสงไฟไม่ได้ แต่เห็นแสงไฟเลืองๆ โรคต้อกระจก ระยะนี้หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาตาข้างนั้นก็บอดได้อันเนื่องมาจากม่านตาอักเสบ หรือเกิด โรคต้อหินมุมเปิดชนิดทุติยภูมิ หรือจากแก้วตาหลุดตกไปข้างหลัง

3. โรคต้อกระจกทุติยภูมิ (Secondary Cataract) เกิดจากหลายสาเหตุดังนี้
(ทวีศักดิ์ จุลวัจนะ. 2534 : 60-71)

3.1 โรคต้อกระจกที่เกิดจากสาเหตุภายนอก (Traumatic Cataract) เกิดจาก การได้รับอุบัติเหตุ เช่น ถูกไม้ฟาด ถูกหนังสือตีถึงตา หรือถูกของมีคมทิ่มตา ทำให้แคปซูล ของแก้วตาฉีกขาดน้ำเลี้ยงตาซึมเข้าไปทำให้แก้วตาที่เคยใสนั้นทึบแสงเป็นโรคต้อกระจก จะพบว่า ต้อกระจกเป็นรูปดาว หรือใบไม้ตรงกลางแก้วกลายเป็นสีชมพูเต็มช่องหน้าของลูกตา และเกิด โรคต้อหินแทรกซ้อนได้ โรคต้อกระจกอาจจะเกิดขึ้นที่หลังจากได้รับอุบัติเหตุ หรือรอนาน หลายเดือนจนกลายเป็นปฏิกิริยา

3.2 โรคต้อกระจกที่เกิดจากสาเหตุแทรกซ้อน (Complication Cataract) คือ โรคต้อกระจกที่เกิดจากโรคภายในลูกตา ได้แก่ ม่านตาอักเสบ โรคต้อหินเรื้อรัง จอประสาทตา ลอกหลุด และจากผู้ป่วยสายตาสั้นมาก

3.3 โรคต้อกระจกที่เกิดจากสาเหตุร่วมกับโรคอื่นๆ คือ โรคต้อกระจกที่เกิด ร่วมกับโรคทางอายุรศาสตร์ เช่น โรคเบาหวาน เรียกว่า โรคต้อกระจกเบาหวาน โรคบาดทะยัก หรือพบในผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อมธัยรอยด์

3.4 โรคต้อกระจกที่เกิดจากรังสี(Irradiation Cataract) เกิดจากรังสีเอ็กซ์ รังสีอินฟราเรด และจากไฟฟ้าแรงสูง เช่น ฟิวส์

อาการและอาการแสดงของโรคต้อกระจก พอสรุปได้ดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้ป่วยอาจมีอาการมองเห็นเป็นจุดเดียวหรือหลายจุดอยู่ในสายตาและสายตาก็จะค่อยๆ มัวลงทีละน้อย ลักษณะตามัวของโรคต้อกระจก ผู้ป่วยมักจะกล่าวว่าเหมือนมีมด หรือกระจกฝ้ามาบัง เรียกว่า เต็มไปด้วยหมอก (Foggy) หรือ การพร่ามัว (Misty Vision)

ระยะที่ 2 ผู้ป่วยมองเห็นเป็นภาพซ้อน ตาข้างมัวจะมองเห็นเป็น 2 ภาพ ส่วนใหญ่แล้วจะเป็นทั้ง 2 ข้าง โดยข้างหนึ่งอาจเป็นมากกว่าอีกข้างหนึ่ง ระยะนี้ตาจะมัวมากขึ้นอีกเล็กน้อยแต่จะมากกว่าระยะแรก ผู้ป่วยบางรายโรคต้อกระจกเกิดขึ้นที่กลางแก้วตาส่วนรอบ ๆ ยังใสเป็นปกติ ผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อกระจกแบบนี้จะมีอาการตามัว มองไม่ชัดเมื่ออยู่ในที่แสงสว่างมากๆ หรือมองย้อนแสงอาทิตย์ เนื่องจากเมื่อมองแสงจ้าๆ ม่านตาจะหดตัวปิดเฉพาะตรงกลางตา ซึ่งเป็นบริเวณที่เป็นต้อกระจกแสงผ่านไปได้ ทำให้มองไม่เห็นส่วนที่แสงสว่างน้อย เช่น อยู่ในห้องจะมองเห็นได้ดีขึ้นเพราะที่มีม่านตาจะขยายกว้างทำให้แสงลอดผ่านข้างต้อได้มาก

ระยะที่ 3 ผู้ป่วยมีอาการแก้วตาบวม สายตาของผู้ป่วยอาจกลายเป็นสายตาสั้นชั่วคราว เนื่องจากการหักเหแสง (Refractive Index) ของแก้วตาเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยอาจจะใช้แว่นสายตาสวมช่วยให้การมองเห็นได้ชัดขึ้นชั่วขณะหนึ่ง หรือถ้ามีสายตาสั้นและใส่แว่นอ่านหนังสืออยู่ก่อนแล้ว ระยะนี้อาจจะอ่านหนังสือได้โดยไม่ต้องใช้แว่นเป็นอาการที่เรียกว่า ตากลับ ระยะที่มีอาการบวมของแก้วตาต้องระมัดระวัง เพราะม่านตาถูกแก้วตาที่บวมดันมาข้างหน้าทำให้มุมของช่องผ่านตาแดง เป็นผลทำให้เกิดโรคต้อหินแทรกซ้อน

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่สายตามัวมากขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งแก้วตาขุ่นทึบทั้งหมด ระยะนี้สายตาของผู้ป่วยจะเหลือเพียงเงาเคลื่อนไหวเท่านั้น เป็นระยะที่ต้อสุก (Mature) เต็มที่ และเหมาะสมที่จะทำการผ่าตัด ระยะเวลาที่แก้วตาสุกเต็มที่ใช้เวลาตั้งแต่ 2-3 เดือนจนถึงหลาย ๆ ปี และหากไม่ได้รับการรักษาผ่าตัดต้อกระจก จะทำให้แก้วตาสุกเกิน

ระยะที่ 5 ระยะสุดท้ายของโรคต้อกระจก ถ้าหากว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการผ่าตัดเมื่อต้อกระจกสุก แก้วตาเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงมีการละลายของเนื้อแก้วตา มองเห็นขุ่นขาวมากคล้ายน้ำมันระยะนี้ผู้ป่วยอาจจะบอกทิศทางของแสงไฟได้ หรือบอกทิศทางของแสงไฟไม่ได้ แต่เห็นแสงไฟเหลืองๆ เป็นระยะที่มีอันตราย ถ้าไม่ได้รับการรักษา จะมีอาการม่านตาอักเสบรุนแรง มีต้อหินเกิดขึ้นเป็นโรคแทรกซ้อนจากโรคต้อกระจก และอาจมีอาการแก้วตาหลุดไปข้างหลัง จึงเป็นผลทำให้ตาบอดอย่างถาวรแก้ไขไม่ได้

ภาวะแทรกซ้อนของโรคต้อกระจก

โรคต้อกระจกไม่ได้รับการรักษา อาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน ดังนี้

1. โรคต้อหินที่เกิดจากความผิดปกติของแก้วตา (Phacolytic Glaucoma) ในโรค

ต้อกระจกสุกมาก ผู้ป่วยบางรายมีโปรตีนรั่วซึมผ่านแคปซูลที่ห่อหุ้มแก้วตาออกมาในช่องหน้าและช่องหลังตาและไปอุดตันทำให้ระบายของเหลวออกไม่ได้

2. โรคต้อหินที่เกิดจากการบวมของแก้วตา (Phacomorphic Glaucoma) ในโรคต้อกระจกระยะเริ่มชุนจะมีการดูดซึมน้ำมาก ทำให้แก้วตาอ้วนขึ้นหรือมีอาการแก้วตาบวมขึ้น และไปดันม่านตาให้โป่งมาทางข้างหน้า ทำให้เกิดโรคต้อหินชนิดมุมเปิดขึ้นทันที ผู้ป่วยจะมีอาการปวดตามากอย่างเฉียบพลัน ตาแดง คลื่นไส้ อาเจียน

3. ม่านตาอักเสบ โรคต้อกระจกที่สุกเกิน บางรายมีโปรตีนของแก้วตาซึมออกมาสู่ช่องหน้าและช่องหลังตา และโปรตีนของแก้วตาจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยา ทำให้ม่านตาอักเสบ ผู้ป่วยจะมีอาการตาแดง และปวดตาโดยเฉพาะเวลาถูกแสง

4. ระบบประสาท จอประสาทหรือจอร์ับภาพผิดปกติ สายตาเสื่อมเกิดภาวะแทรกซ้อนตาบอดได้ อาจพบว่ามีทั้งชนิดตายังไม่บอดสนิทและที่ตาบอดสนิททั้งสองข้าง

การวินิจฉัยโรคต้อกระจก มีวิธีการดังนี้

1. การซักประวัติ
2. การตรวจร่างกาย
 - 2.1 การวัดสายตา (Visual Acuity) โดยใช้แผ่นวัดสายตาแบบสเนลเลน (Snellen Chart)
 - 2.2 การใช้กล้องจุลทรรศน์ปรับมุมแสง (Slit Lamp Microscope) ซึ่งมีกำลังขยาย 16 ถึง 45 เท่า บอกตำแหน่งของต้อกระจกทำให้การวินิจฉัย แน่นนอนขึ้น
 - 2.3 การใช้เครื่องมือตรวจความขุ่นของลูกตาในส่วนหลังและจอประสาทตา หลังจากหยอดตาขยายรูม่านตาผู้ป่วยแล้วเมื่อส่องดูปฏิกิริยาแสงสีแดงจะเห็นเป็นเงาดำตามขนาดและรูปร่างของต้อกระจก
 - 2.4 การตรวจสมรรถภาพของจอประสาทตาด้วยเครื่องมือพิเศษ เช่น เครื่องอัลตราซาวด์
 - 2.5 การตรวจอื่นๆ เช่น การวัดความดันลูกตา เป็นต้น

การรักษาโรคต้อกระจก

การรักษาโรคต้อกระจกด้วยการใช้ยาหยอดนั้นได้ผลไม่แน่นอน เป็นต้นว่าหยอดยาเพื่อป้องกัน หรือเป็นแล้วหยอดเพื่อรักษาให้หาย หรือไม่ให้เป็นมากขึ้นไม่ค่อยได้ผล และสิ้นเปลืองโดยไม่ได้ผลคุ้มค่า (เอนก เพทวนิช. 2528 : 28) ในปัจจุบันยังไม่มี การรักษาทางยาใดๆ ที่พิสูจน์ได้ว่า สามารถลดหรือป้องกันการเกิดโรคต้อกระจกได้ การรักษาทางยายังอยู่ในภาวะทดลอง (สมสวาน อัจฉณคุณ. 2535 : 290)

ดังนั้น การรักษาที่ได้ผลแน่นอน คือ การผ่าตัดลอกต้อกระจกออกแล้วใช้แว่นตาช่วยในการมองเห็น

ขั้นตอนการรักษาโรคต้อกระจก แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนใหญ่ ๆ ดังนี้

1. การผ่าตัดลอกเอาแก้วตาต้อกระจกออก โดยวิธีการผ่าตัดต่าง ๆ
2. การแก้ไขความผิดปกติของสายตาหลังผ่าตัด

1. การผ่าตัดลอกแก้วตาต้อกระจกออก โดยการผ่าตัดมี 4 วิธี ดังนี้

1.1 การผ่าตัดต้อกระจกแบบเข็มเจาะ (Needling Aspiration) เป็นวิธีการผ่าตัดในแก้วตาที่ยังไม่มีนิวเคลียส (Nucleus) ซึ่งแก้วตาจะอ่อน (Soft Cataract) เช่นในต้อกระจกแต่กำเนิด ต้อกระจกจากภัยอันตรายและต้อกระจกแทรกซ้อนจากการอักเสบภายในตา ปัจจุบันนี้ไม่นิยมแล้วเนื่องจากวิวัฒนาการของเครื่องมือผ่าตัดที่ทันสมัยยิ่งขึ้นการผ่าตัดแบบเข็มเจาะ (Needling Aspiration) จักษุแพทย์จะทำการฉีดยาชาเฉพาะที่ เมื่อตาผู้ป่วยอยู่ในสภาพชาดีแล้วแพทย์จะเลาะเยื่อบุตาและจักษุแพทย์จะเริ่มทำการผ่าตัดต่อไป

1.2 การผ่าตัดต้อกระจกแบบเอาถุงหุ้มตาออกทั้งหมด (Intracapsular Cataract Extraction) เป็นการผ่าตัดเอาแก้วตาต้อกระจกพร้อมทั้งถุงหุ้มแก้วตาออกทั้งหมดโดยจักษุแพทย์จะทำการฉีดยาชาเฉพาะที่ เมื่อตาผู้ป่วยชาดีแล้ว จักษุแพทย์จะเปิดตาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือถ่างตา ดึงขอบตาบนและหนังตาล่างไว้ หลังจากนั้นจะทำการผ่าตัดโดยมีขั้นตอนดังนี้

- เลาะเยื่อบุตา
- ขยายรอยผ่า
- ตัดม่านตา
- ลอกเอาแก้วตาต้อกระจกออก โดยใช้ความเย็นช่วย
- ให้น้ำต้ออากาศ หรือ น้ำเกลือสมดุลย์ เข้าไปในช่องตา
- เมื่อเย็บแผลเสร็จแล้ว อาจใส่อากาศที่ฉีดไว้หรือดูดอากาศออก
- เย็บปิดเยื่อบุตา
- ให้ยาปฏิชีวนะ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
- ปิดตาจนกว่าแพทย์จะเปิดตา

1.3 การผ่าตัดต้อกระจกแบบที่เหลือนิวเคลียสด้านหลังไว้ (Extracapsular Cataract Extraction) เป็นการผ่าตัดต้อกระจกโดยเอาแก้วตาและถุงหุ้มแก้วตาด้านหน้าออก เหลือแต่นิวเคลียสด้านหลัง การผ่าตัดต้อกระจกแบบที่เหลือนิวเคลียสด้านหลังไว้ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการเตรียมขยายม่านตาให้กว้างขณะทำการผ่าตัดเพื่อแพทย์จะเอาแก้วตาออกให้หมด ขั้นตอนต่างๆ คล้ายกับการผ่าตัดต้อกระจกแบบเอาถุงหุ้มตาออกทั้งหมด จะแตกต่างกันบ้างตรงที่ใช้เข็มเกี่ยวนิวเคลียสด้านหน้าให้หลุดขาดหรือฉีกออกเป็นวงกลมแล้วกดทางขอบแผลเพื่อให้แก้วตาแยกออกจากนิวเคลียสด้านหน้า

1.4 การผ่าตัดต้อกระจกแบบใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (Phaco-Emulsification) เป็นการผ่าตัดต้อกระจกด้วยวิธีใหม่ล่าสุดกำลังเป็นที่นิยมแพร่หลายมาก วิธีใช้คลื่นเสียงความถี่สูง

ทำให้นิวเคลียสของแก้วตาแตกเป็นชั้นๆ แล้วดูต้อออกผ่านท่อขนาดเล็ก ผลดีของการผ่าตัดวิธีนี้คือ แผลจะเล็กมาก ระยะพักรักษาตัวจะน้อยลง แต่มีข้อเสียตรงที่เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้มีราคาแพง ค่าใช้จ่ายสูงมีความยุ่งยากในการใช้และการดูแล ทำได้ยากในกรณีแก้วตาแข็งหรือกระจกตาทึบไม่โปร่งแสงประกอบกับต้องการม่านตาที่ขยายเต็มที่จึงจะทำการผ่าตัดได้ดี

การผ่าตัดโรคต้อกระจกนั้นจะประสบความสำเร็จดียิ่งขึ้นในกรณีต่อไปนี้

1. การตรวจตา วินิจฉัยโรคต้อกระจกได้ถูกต้อง และการวินิจฉัยแยกโรคได้แน่นอน ประกอบกับต้องขยายรูม่านตา ตรวจจอประสาทตา และขั้วประสาทตาภายในตาว่า อยู่ในสภาพปกติ
2. การทดสอบตาต้องอยู่ในสภาพที่ชี้ทิศทางของไฟส่องได้ถูกต้องและมีปฏิกิริยาของม่านตาดีเป็นปกติ
3. ตาอยู่ในสภาพปราศจากการติดเชื้อโรคจากกัณธย เชื้อบูตาอักเสบ ถุงน้ำตาอักเสบ และความดันตาเป็นปกติ
4. สภาพร่างกายทั่วไป ปกติสามารถควบคุมโรคเบาหวาน โรคไต โรคเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคปอด และโรคฟันผุ (เอนก เพทวนิช. 2528 : 28)

2. การแก้ไขความผิดปกติของสายตาหลังการผ่าตัดต้อกระจกมี 3 วิธี (นริรัตน์ อยู่สวัสดิ์. 2531 : 282) คือ

2.1 การใช้แว่นซึ่งมีข้อดีที่มีราคาถูก ดูแลรักษาสะดวก ประหยัด ปลอดภัย แต่มีข้อเสียในแง่ของคุณภาพการมองเห็นคือ ขนาดของภาพขยายขึ้นร้อยละ 25 ถึง ร้อยละ 33 มีลานสายตาแคบลงเป็นต้น ผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาหลายสัปดาห์หรือเป็นเดือนในการปรับตัว และไม่สามารถใช้ในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดต้อกระจกที่เป็นเพียงข้างเดียว เพราะภาพที่เห็นในสายตาสองข้างจะมีขนาดไม่เท่ากัน

2.2 การใช้เลนส์สัมผัส (Contact Lens) ให้คุณภาพการมองเห็นที่ดีกว่า ใกล้เคียงธรรมชาติ คือสามารถลดการขยายของภาพเหลือเพียงร้อยละ 7 ถึง ร้อยละ 12 แต่ราคาแพง อาจมีผลแทรกซ้อนทำให้เกิดแผลบนกระจกตาได้ และต้องอาศัยความชำนาญในการถอดใส่เลนส์สัมผัส

2.3 การใช้เลนส์ตาเทียม (Intra Ocular Lens) คุณภาพการมองเห็นจะใกล้เคียงธรรมชาติที่สุด คือสามารถลดการขยายของภาพเหลือเพียง ร้อยละ 3.5 เป็นวิธีที่นิยมที่สุดในปัจจุบัน ไม่มีภาวะยุ่งยากในการดูแลรักษาเป็นพิเศษ เนื่องจากการใช้เลนส์ตาเทียมนี้แพทย์ผู้ผ่าตัดจะใส่ในขณะผ่าตัดลอกต้อกระจก

ข้อควรปฏิบัติของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ก่อนได้รับการรักษาผ่าตัด

1. เมื่อมีอาการเห็นแสงแวบๆ เห็นจุดดำลอยไปมา ปวดตา ตามัวอย่างเฉียบพลัน

หรือตามัวกว่าปกติ เห็นภาพไม่ชัดเจน ควรไปพบจักษุแพทย์

2. เมื่อมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หรือมีอุบัติเหตุทางตา ต้องรีบไปพบจักษุแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษาทันที
3. เมื่อทราบว่าเป็นโรคต้อกระจก ควรรับการรักษาตามคำแนะนำของแพทย์
4. ไม่รักษากับหมอเถื่อน หรือซื้อยามาหยอดตาด้วยตนเอง
5. เมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวาน หรือมีการผ่าตัดต่อมพาราไธรอยด์ออกต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

การรักษาโรคต้อกระจกในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

การรักษาโรคต้อกระจก ในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ผู้ให้การรักษาผู้ป่วย คือ จักษุแพทย์ หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคทางตา

จักษุแพทย์มีหน้าที่รับผิดชอบ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้คือ

1. จักษุแพทย์ที่มีหน้าที่รับผิดชอบตรวจผู้ป่วยนอก แผนกจักษุวิทยา
 - ตอนเช้า ตรวจโรคตาทั่วไป
 - เวลาทำการ ตั้งแต่เวลา 8.30 น. - 12.30 น.
 - ตอนบ่าย ตรวจคลินิกพิเศษ เช่น คลินิกกล้ามเนื้อตา คลินิกต้อหิน คลินิกจอประสาทตา และน้ำวุ้นตา คลินิกต้อกระจก คลินิกอุบัติเหตุทางตา
 - เวลาทำการ ตั้งแต่เวลา 13.30 น. - 16.30 น.
2. จักษุแพทย์ที่มีหน้าที่รับผิดชอบตรวจผู้ป่วยหอน ในแผนกจักษุวิทยา โดยทำการตรวจรักษาผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ตามผู้ป่วยที่แพทย์รับผิดชอบหรือเป็นเจ้าของไข้ นอกจากนี้จักษุแพทย์ยังมีหน้าที่อยู่เวรนอกเวลาราชการทุกวัน เพื่อให้การตรวจรักษาในกรณีผู้ป่วยตามมีปัญหาและเกิดภาวะฉุกเฉิน ที่ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน หรือกรณีรับปรึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางตาจากแผนกอื่นๆ หรือกรณีฉุกเฉินทางตาจากห้องฉุกเฉิน เช่น ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุทางตา เป็นต้น เวลาทำการในเวลาราชการตั้งแต่ 8.30 น.-16.30 น. และนอกเวลาราชการตั้งแต่เวลา 16.30 น.-8.30 น.
3. จักษุแพทย์ที่มีหน้าที่รับผิดชอบปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โดยแพทย์จะนัดผู้ป่วยที่แพทย์เจ้าของไข้นัดผ่าตัดไว้ในเวลาทำการ ตั้งแต่ 8.30 น.-16.30 น. และนอกเวลาทำการในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน

ขั้นตอนการเข้ารับการรักษาโรคต้อกระจกในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

1. ผู้ป่วยทำบัตรประจำตัวที่แผนกห้องบัตรพร้อมยื่นความจำนง เพื่อตรวจโรคตา แผนกจักษุ เจ้าหน้าที่ประทับชื่อแผนกและให้คำแนะนำผู้ป่วย รูดบัตรคิวที่แผนกผู้ป่วยนอก จักษุวิทยา
2. ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจต่าง ๆ ดังนี้

2.1 การซักประวัติ

2.2 การวัดสายตา

2.3 จักษุแพทย์ตรวจและจะประเมินสภาวะความผิดปกติของตา

2.4 ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคแล้ว แพทย์จะทำการแยกโรคเพื่อให้การรักษาตามลักษณะของโรคตามขั้นตอนต่อไป

3. ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อกระจก จักษุแพทย์จะให้คำแนะนำถึงการปฏิบัติตนที่ถูกต้องต่อไป หากต้องทำการรักษาผ่าตัดและผู้ป่วยยินยอม จักษุแพทย์จะให้พยาบาลนัดวันให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ตามที่ผู้ป่วยตกลงกับจักษุแพทย์เจ้าของไข้ ส่วนใหญ่จะนัดมาโรงพยาบาล ก่อนผ่าตัด 1 วัน เพื่อเตรียมผ่าตัดต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง (Self - Care) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยจิตใจของบุคคลที่มีวุฒิภาวะ ทำให้มีผลต่อตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมชีวิต การทำงาน และความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งโดยทั่วไปมนุษย์มีความต้องการที่จะดูแลตนเอง เพื่อการดำเนินชีวิต ที่คงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ รวมทั้งหลีกเลี่ยงอันตรายต่างๆ ที่คุกคามชีวิตของตน (Orem. 1985 : 32)

ความหมายของการดูแลตนเอง

โอเรม (Orem. 1985 : 38-41) ให้ความหมายว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเอง เพื่อจะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน ซึ่งเป็นการกระทำที่ตั้งใจ และมีเป้าหมาย (Dileberate Action and Goal Oriented) มีระบบระเบียบ มีขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล

เลวิน (Lewin. 1981 : 177-184) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง คือ กระบวนการที่สามัญชนคนหนึ่งๆ ทำหน้าที่ด้วยตัวเอง ในกิจการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย และรักษาโรคในระดับทรัพยากรสาธารณสุขพื้นฐานในระบบบริการสาธารณสุข

นอร์ริส (Norris. 1989 : 486-489) ได้ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการที่ประชาชนและครอบครัวมีโอกาสที่จะช่วยเหลือตัวเอง และรับผิดชอบตัวเอง ตระหนักถึงศักยภาพตนเองในการที่จะนำไปพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2533 : 14) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นการสร้างบริการสาธารณสุขแนวใหม่ ที่มุ่งเสริมสร้างบทบาทของสามัญชน (ผู้ที่ไม่ได้เป็นนักวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเพื่อการนี้โดยตรง) ในด้านบริการสาธารณสุข

สมทรง รักษ์เผ่า (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2535 : 10-11 ; อ้างอิงมาจาก สมทรง รักษ์เผ่า. ม.ป.ป.) ได้กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึงการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพในเชิงบวกของตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการตัดสินใจ

เลือกปฏิบัติตนในเรื่องเกี่ยวข้องกับสุขภาพ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพให้กลับไปสู่สภาวะที่อยู่ในสังคมได้อย่างสงบสุข โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเอง

สรุเกียรติ อาชานุภาพ (2533 : 5) ได้ให้ความเห็นว่า การดูแลสุขภาพตนเองนั้น นับเป็นจุดมุ่งหมายอันเป็นรูปธรรมของการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งจะต้องทำให้ประชาชนรู้จักการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง

องค์การอนามัยโลก (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2534 : 210) ให้นิยามว่า “การดูแลสุขภาพตนเอง” หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชน โดยรวมความคิดการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค (รวมทั้งการให้ยา) และการปฏิบัติตนหรือรับบริการ

จากความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองดังกล่าวมาแล้วข้างต้น พอสรุปได้ว่าการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง ของปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมถึงการตัดสินใจ เลือกปฏิบัติตนในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ อย่างมีเป้าหมาย มีระบบ ระเบียบ ขั้นตอน และเมื่อปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้บุคคลมีการพัฒนาการดำเนินชีวิตไปได้ถึงสูงสุด

ทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Theory)

โอเร็ม (Orem. 1985) ให้ความหมายการดูแลสุขภาพตนเองว่า เป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล จุดประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพที่จำเป็น และการดูแลสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536 : 8)

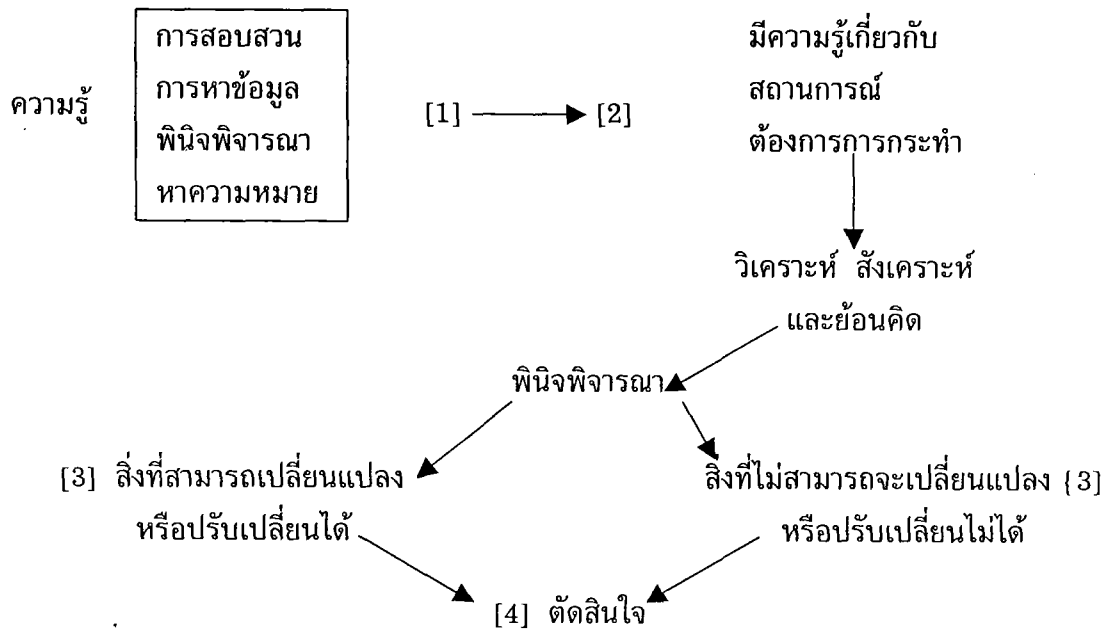
นอกจากนี้ โอเร็ม (Orem. 1985) เสนอแนวคิดว่าการดูแลสุขภาพตนเองเป็นพฤติกรรมที่จงใจ และมีเป้าหมาย (Dileberate Action and Goal Oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ บุคคลที่จะสามารถดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสมในสภาวะการนั้นๆ ดังนั้นก่อนที่จะบุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้น ๆ ว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพ และให้ผลตามที่ต้องการจะเห็นว่าการดูแลสุขภาพตนเองนั้น ต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์และสภาวะการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบมอง

เห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

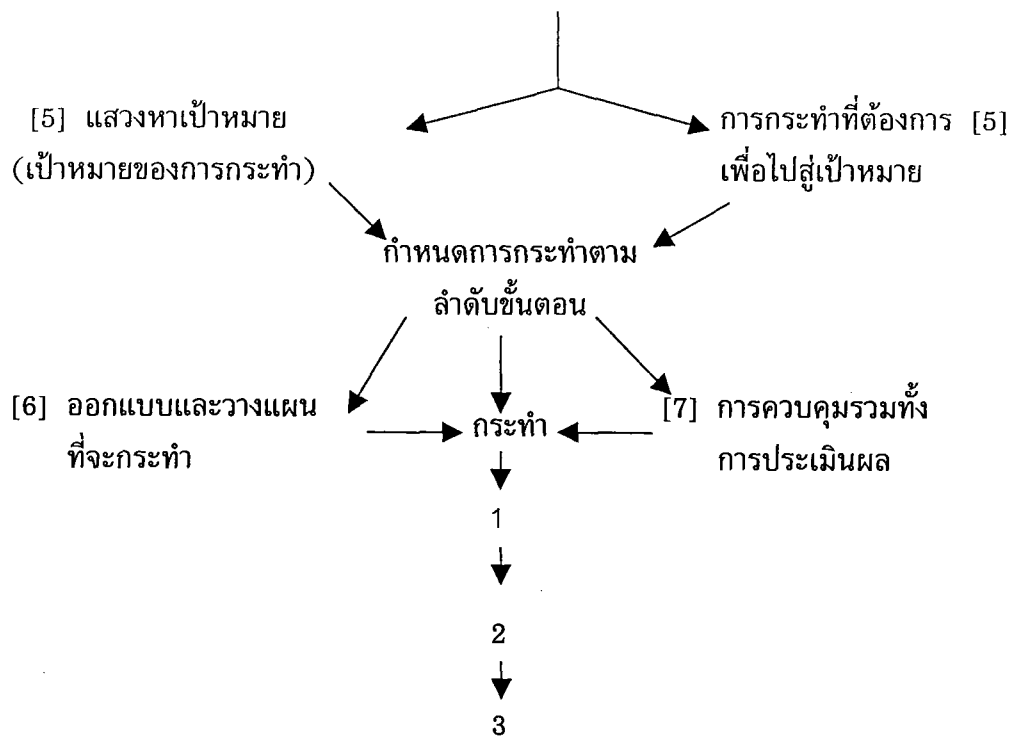
ระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

ในการปฏิบัติเพื่อให้ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้ ความชำนาญเป็นพิเศษในกิจกรรมที่จะทำ มีแรงจูงใจในการกระทำและใช้ความพยายามอย่างต่อเนื่องจนได้รับผลสำเร็จ ได้กระทำกิจกรรมนั้นอย่างสม่ำเสมอ โดยมีข้อบกพร่องหรือการลืมน้อยที่สุด มีกำลังใจและความตั้งใจสูง ในการดูแลตนเองตั้งแต่เริ่มปฏิบัติจนสิ้นสุด และมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนบรรลุผลตามต้องการ ตามภาพประกอบ 1

ระยะที่ 1 : การพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ประกอบด้วย ลำดับขั้นตอน ดังต่อไปนี้



ระยะที่ 2 : เป็นการกระทำและผลของการกระทำ



ภาพประกอบ 1 แสดงระยะของการดูแลตนเอง

ที่มา : สมจิต หนูเจริญกุล. 2534 : 9

ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit)

ความบกพร่องในการดูแลตนเองเกิดขึ้น เมื่อความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดในขณะนั้น หรือทำนายได้ว่าจะไม่เพียงพอในอนาคต หรือความสามารถของผู้รับผิดชอบที่จะสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลผู้อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบไม่เพียงพอ ดังนั้นบุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล ซึ่งพยาบาลจะต้องทำหน้าที่ในการตอบสนองการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย หรือ ผู้รับบริการในขณะนั้น และในขณะเดียวกันจะต้องช่วยผู้ป่วยในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง หรือช่วยให้ญาติได้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย ถ้าหากว่าเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด การที่จะเข้าใจแนวคิดความบกพร่อง ในการดูแลตนเองได้นั้น จำเป็นต้องเข้าใจแนวคิดของความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำในระยะเวลาหนึ่ง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-Care Requisites) โดยใช้วิธีที่ถูกต้องเหมาะสม การดูแลตนเองที่จำเป็นในความหมายของโอเร็ม (Orem, 1985) คือ เป้าประสงค์ของการดูแลตนเองที่แสดงออกในรูปของการกระทำการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยแบ่งการดูแลออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) เป็นความต้องการ การดูแลตนเองของทุกคนในทุกๆ วัยของชีวิต ซึ่งจะต้องปรับตามอายุ ระยะพัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยต่างๆ ความต้องการนี้เกี่ยวข้องกับกระบวนการของชีวิตในการที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่ สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล ความต้องการและกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการ (Action Demand) มีดังนี้ คือ

1.1 คงไว้ซึ่ง อากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

- บริโภคอาหาร น้ำ อาหาร ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ และคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก
- รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง
- หาคความผิดปกติจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

- จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติ ทั้งจัดการกับตนเอง และสิ่งแวดล้อม
- จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ และการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย
- ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

- ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

- เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย มีการตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม
- รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อนและการออกกำลังกายของตน
- ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์จากขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นพื้นฐานในการสร้างแผน การพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตน

1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

- คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนา เพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง และสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อที่จะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

- ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง และการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ

- สนใจและรับรู้ต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้น
- จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย
- หลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ
- ควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายในระบบสังคม และความสามารถของตนเอง (Promotion of Normalcy)

- พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง
- ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง
- ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่บุคคล

(Health Promotion & Preventions)

- ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้างและหน้าที่ที่แตกต่างไป

จากปกติของตนเอง (Early Detection)

2. ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-Care Reguisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในช่วงต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลในทางลบต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา เป็นต้น หรืออาจเป็นความต้องการโดยทั่วไป ที่ปรับให้สอดคล้องเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ ความต้องการที่เกิดขึ้นมาจากกระบวนการพัฒนามี 2 อย่าง คือ

2.1 การพัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีช่วยสนับสนุนกระบวนการของ

ชีวิตและพัฒนาที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะในระหว่างที่อยู่ในครรภ์มารดาและการคลอด ตลอดจนในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยชรา และระยะตั้งครรรภ์

2.2 การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ หรือบรรเทาเบาบาง ความเครียด หรือเอาชนะผลเสียที่เกิดจาก

- การขาดการศึกษา
- ปัญหาการปรับตัวทางสังคม
- การสูญเสียญาติมิตร
- การเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และความพิการ
- การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต
- การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายและการที่จะต้องตาย

3. ความต้องการการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Reguisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการแต่กำเนิดหรือ โครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และในหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ระหว่างคลอดและหลังคลอด และจากการวินิจฉัยการรักษาจากแพทย์ ความต้องการดูแลตนเองในภาวะนี้มี 6 อย่าง คือ

- 3.1 แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย
- 3.2 รับรู้สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการ
- 3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงจากการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับทัศนคติ และภาพลักษณ์ ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนจะต้องได้รับความช่วยเหลือจากระบบบริการสุขภาพ

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษาที่สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตและส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการสนองความต้องการ การดูแลตนเองในประเด็นนี้ จะต้องมีความสามารถในการผสมผสาน ความต้องการในการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรค หรือ บรรเทาเบาบาง ผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัยและการรักษา ต่อพัฒนาการของตนเอง ซึ่งเป็นแนวคิดที่รวมเอาบทบาทและความรับผิดชอบที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการจะต้องกระทำในฐานะสมาชิกของครอบครัวและสังคมด้วย

เมื่อการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ด้าน ได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลนั้นจะได้รับในสิ่งต่อไปนี้

1. การรอดชีวิต
2. การคงไว้ซึ่งความปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล
3. ได้รับการสนับสนุนในเรื่องของการพัฒนาการ ตามความสามารถของบุคคล
4. มีส่วนส่งเสริมให้มีการปรับหรือควบคุมให้พ้นจากการบาดเจ็บ และจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น
5. มีส่วนส่งเสริมต่อการรักษา การควบคุมพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น
6. การส่งเสริมประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นเป้าประสงค์สูงสุดในการดูแลตนเอง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งโครงสร้าง และหน้าที่ของร่างกาย ตลอดจนพัฒนาการของชีวิต อันนำไปสู่ภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีนั้น บุคคลจะมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) ซึ่งบุคคลแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง (Self-Care Behavior) โจเซฟ (Joseph. 1980 : 136-137) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลเป็นผลจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองเปรียบเสมือนระบบๆ หนึ่งที่เป็นระบบเปิด (Open System) ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบุคคล การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมเพียงอย่างเดียวหนึ่งหรือทั้ง 2 อย่าง ย่อมมีผลกระทบต่อความสามารถในการดูแล และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ย่อมเปลี่ยนแปลงตามความสามารถในการดูแลตนเอง จึงมีทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายในบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคลตามแนวคิดของโอเรม คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเองอย่างเต็มที่โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยหรือบุคคลมีภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Orem. 1985 : 110)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายในบุคคล

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายในบุคคล คือตัวบุคคลนั่นเอง โอเรมมองว่าบุคคลเป็นหน่วยเดียวที่ผสมผสานกันอย่างแยกไม่ไ้ระหว่างร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งบุคคลเป็นผู้ดูแลตนเอง (Self-Care Agent) โดยมีความสามารถในการดูแลตนเอง อันเป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลในการตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นพลังของบุคคล (Human Agency) ที่จะกระทำในสิ่งที่จำเป็นต่อการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพโดยแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองนั้นประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ คือ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2534 : 17-23) ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 แสดงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง
ที่มา : สมจิต หนูเจริญกุล. 2534 : 23

จากภาพประกอบ 2 โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองจะเห็นว่าความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน จะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการ และพลังความสามารถ 10 ประการ จะเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง สำหรับรายละเอียดของความสามารถในการดูแลตนเองมีดังนี้

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities of Self-Care Operations)

การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย ดังนั้นในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองจึงต้องมีระยะต่างๆ ของการปฏิบัติดังต่อไปนี้ (Orem. 1991 : 149)

1.1 การคาดการณ์ (Estimative Operations) เป็นความสามารถในการตรวจสอบเพื่อที่จะทราบความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น และวิถีทางที่จะสนองตอบความต้องการนั้น

1.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional Operations) เป็นความสามารถในการพิจารณาและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

1.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive Operations) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power Components)

พลังความสามารถ 10 ประการ เป็นพลังพื้นฐานของมนุษย์ที่สำคัญที่จะช่วยในการปฏิบัติการดูแลตนเองพลังความสามารถ 10 ประการ ประกอบด้วย (Orem. 1991 : 155 ; สมจิต หนูเจริญกุล. 2534 : 19-21)

- 2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจ และเอาใจใส่ภาวะภายใน-ภายนอกตัวเอง และปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง
- 2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเอง ให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
- 2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหว ที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง
- 2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง
- 2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเอง ที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ
- 2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
- 2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้
- 2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง
- 2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง
- 2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

จะเห็นว่าพลังความสามารถในการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเรมนั้น ประกอบด้วย ปัจจัยต่าง ๆ ที่นอกเหนือจากความรู้ (Knowledge) เจตคติ (Attitude) และทักษะในการปฏิบัติ (Psychomotor) ตามแนวคิดดั้งเดิม เพราะปัจจัย 3 ประการนี้ ไม่เพียงพอที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นได้

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Disposition) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate Action) โดยทั่วไป (สมจิต หนูเจริญกุล. 2534 : 21-22) ซึ่งประกอบด้วย

- 3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล
- 3.2 หน้าที่ของประสาทสำหรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส
- 3.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในภายนอกตนเอง
- 3.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

- 3.5 นิสัยประจำตัว
- 3.6 ความตั้งใจ
- 3.7 ความเข้าใจในตนเอง
- 3.8 ความห่วงใยในตนเอง
- 3.9 การยอมรับตนเอง
- 3.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ
- 3.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล

โอเรม กล่าวถึงสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคลว่า การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โดยจะเพิ่มแรงจูงใจ ให้บุคคลมีการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ โอเรมได้อธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเองไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุ-เชิงผล แต่การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเอง ควรคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานของบุคคลซึ่งได้แก่ (Orem, 1985 : 220-221)

1. อายุ
2. เพศ
3. ระยะพัฒนาการ
4. ภาวะสุขภาพ
5. สังคมชนบทธรรมนิยมประเพณี
6. ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ
7. ระบบครอบครัว
8. แบบแผนการดำเนินชีวิต
9. สภาพที่อยู่อาศัย
10. แหล่งประโยชน์และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

ปัจจัยพื้นฐานต่างๆ ที่กล่าวมานี้ผู้วิจัย จะเลือกบางปัจจัยที่มีอยู่ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยร่วมของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยจะกล่าวเป็นหัวข้อต่อไป และที่ผู้วิจัยนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากทฤษฎีนี้ได้เน้นถึงการให้บุคคลได้ริเริ่มและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง ซึ่งเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคต่อกระดูก เพราะโรคต่อกระดูกรักษาให้หายได้ด้วยการทำผ่าตัดผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับแนวคิดและการปฏิบัติให้สอดคล้องกับภาวะของโรคและแผนการรักษาของแพทย์การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง จะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยกระทำในสิ่งที่ตนเองเลือก หรือ

ตัดสินใจและคิดว่ามีประโยชน์ หรือเหมาะสมกับตนเอง พร้อมทั้งถ้าได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสมจากบุคลากรในทีมสุขภาพและจากญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และการที่ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกจะมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมมีประสิทธิภาพ และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขนั้น ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกจะต้องตระหนักถึงพฤติกรรมสุขภาพ หรือความเชื่อด้านสุขภาพคือผู้ป่วยต้องมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรค รับรู้ถึงประโยชน์ อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกดังจะกล่าวรายละเอียดในหัวข้อต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อเป็นส่วนประกอบภายในตัวบุคคล โดยที่บุคคลนั้นอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงเสมอไป อาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมติฐาน ซึ่งอาจมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มในการกระทำพฤติกรรมของบุคคล (จรรยา สุวรรณทัต. 2527 : 141) ความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ที่เป็นผลจากการที่บุคคลได้รับประสบการณ์ต่างๆ มาทั้งทางตรงและทางอ้อม และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย (สุธีรา อายุวัฒน์. 2527 : 1-2)

ดังนั้นความเชื่อจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเป็น การศึกษาความเชื่อของบุคคลทางด้านสุขภาพที่มีแนวโน้มให้บุคคล มีการปฏิบัติตามความรู้สึกนึกคิดความเข้าใจเรื่องนั้นๆ โดยอาศัยการรับรู้เป็นพื้นฐานสำคัญในการศึกษา ซึ่งการรับรู้เป็นกระบวนการในการแปลความหมายของข้อมูลทำให้บุคคลตระหนักถึงตนเอง บุคคลอื่นสิ่งของ และเหตุการณ์ในสิ่งแวดล้อมในโลกแห่งความเป็นจริง การรับรู้ความหมายมีความสำคัญต่อบุคคล และมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรม (กรณิการ์ สุวรรณโคตร. 2528 : 464-465)

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา สังคม เพื่อใช้ในการอธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพโดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนาย และอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness Behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick-Role Behavior)

พัฒนาการของความเชื่อด้านสุขภาพ

ในช่วงศตวรรษที่ 20 นักวิชาการได้หันมาสนใจศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์กันมาก เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถทำความเข้าใจและทำการควบคุมได้ โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ สำหรับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพนั้น ในช่วง ค.ศ. 1950-1960

พบว่าประสบปัญหาเรื่องการจัดบริการสาธารณสุขที่เน้นกิจกรรมการป้องกันโรค คือมีประชาชนมารับบริการป้องกันโรคกันน้อย ทั้งๆที่บริการนั้นไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ หรือต้องเสียค่าใช้จ่ายมากก็ตาม นักพฤติกรรมศาสตร์ และนักสาธารณสุขสนใจที่จะทำความเข้าใจว่าอะไร เป็นสาเหตุ และสภาวะการณ์ใดเหมาะสมที่จะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติในการป้องกันโรค และการไปตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรอง หรือวินิจฉัยโรคตั้งแต่วัยแรกที่ยังไม่มีอาการใดๆ จากปัญหาดังกล่าวนี้ ฮอชบัม และคณะได้เริ่มทำการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลทางด้านจิตวิทยาสังคมตามแนวคิดทฤษฎีของ เคริท์ เลวิน (Kurt Lewin) ที่กล่าวว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ หมายถึงว่า สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่มีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคล ยกเว้นแต่สิ่งแวดล้อมเหล่านั้นได้ปรากฏอยู่ในใจหรือการรับรู้ของบุคคล ด้วยเหตุนี้บุคคลจึงมีการแสดงออกตามสิ่งที่เขาเชื่อ ถึงแม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่ถูกต้องตามที่ผู้อยู่ในวิชาชีพคิดก็ตาม และเลวินได้อธิบายไว้อีกว่า ในช่วงชีวิตของบุคคล (Life Space) จะมีส่วนที่เป็นแรงบวก (Positive Valance) แรงด้านลบ (Negative Valance) และส่วนที่เป็นกลาง (Relative Neutral) แรงด้านบวกจะเป็นสิ่งที่ดึงดูดบุคคลให้เข้าสู่เป้าหมายที่ตนเองปรารถนา ส่วนแรงด้านลบจะเป็นตัวผลักดัน ให้บุคคลเคลื่อนหนีออกจากสิ่งที่ไม่ปรารถนา ส่วนที่เป็นกลาง คือส่วนที่มีความสมดุลระหว่างแรงด้านบวก และแรงด้านลบ พฤติกรรม หรือการแสดงของบุคคลจึง ถูกมองว่าเป็นกระบวนการการถูกดึงดูดโดยแรงด้านบวก และถูกผลักโดยแรงด้านลบ ถ้าแรงผลักดันด้านลบมากก็จะทำให้เกิดโรคขึ้น และในทางตรงกันข้าม การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมในการป้องกันโรค หรือหลีกเลี่ยงจากโรค ก็จะต้องมีแรงด้านบวกมากกว่าแรงด้านลบ (Rosenstock. 1974 : 330)

องค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพ

โรเซนสตอก (Rosenstock. 1974 : 330) ได้อธิบายแนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อที่ว่า

1. เรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. โรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร
3. การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคก่อให้เกิดผลดีแก่เขา โดยการช่วยลด

โอกาสเสี่ยงหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ การปฏิบัติดังกล่าว ไม่ควรมีอุปสรรคที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก และความกลัว เป็นต้น

ต่อมา เบคเคอร์ และไมแมน (Becker and Maiman. 1975 : 12) จึงได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมในการป้องกันโรค โดยมีสมมติฐานว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคเมื่อมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to Take Action) เป็นความพร้อมทางด้าน

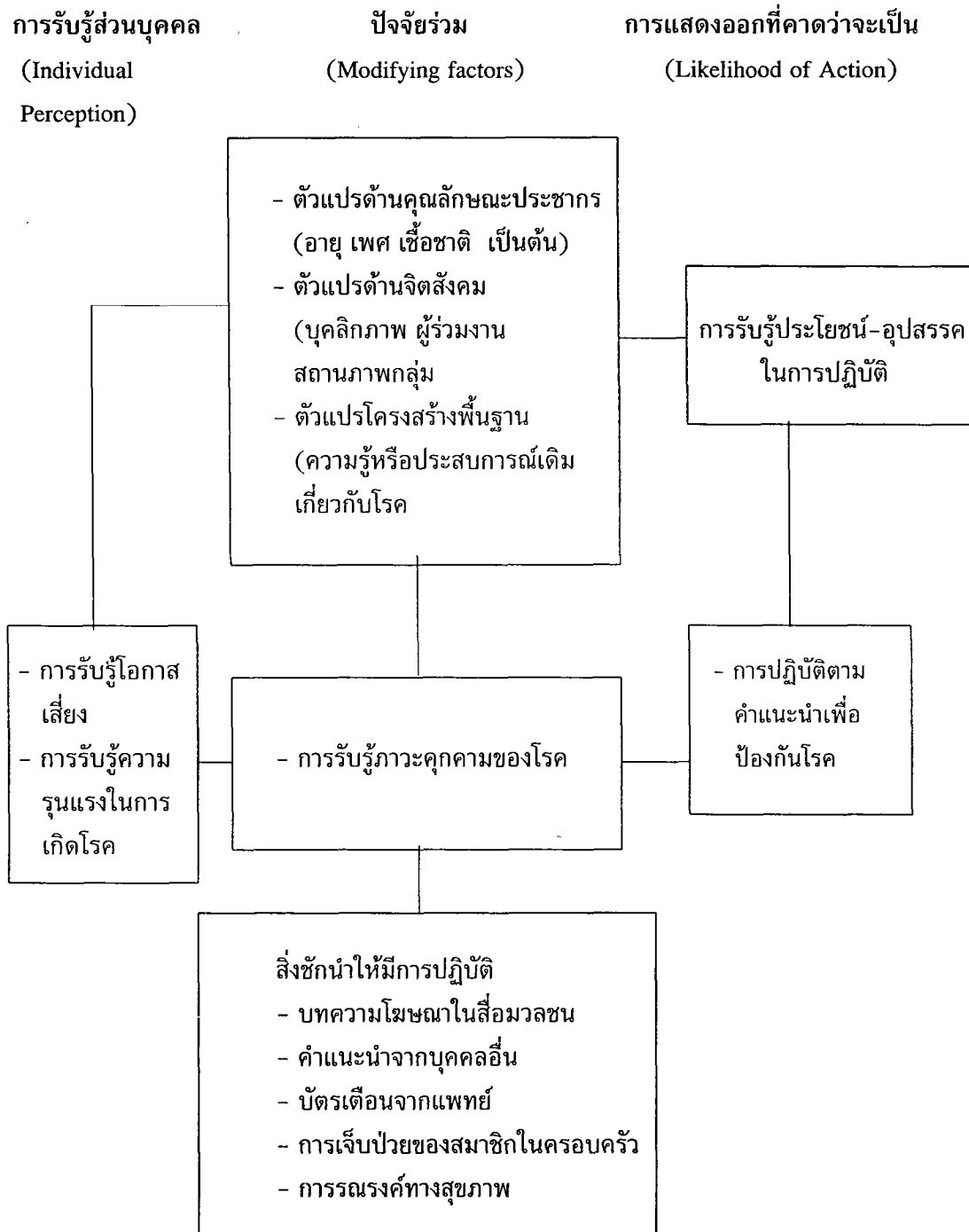
จิตใจของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพโดยขึ้นอยู่กับความรู้ของแต่ละบุคคล ได้แก่ การรับรู้ต่อสถานะคุกคามของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะเป็นผลจากการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค

2. การคาดคะเนของบุคคลต่อพฤติกรรมอนามัยของตน โดยพิจารณาถึงความสะดวกที่สามารถปฏิบัติได้ และผลที่ได้รับในการลดความรุนแรงของโรค โดยบุคคลจะไตร่ตรองถึงสภาวะทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่จะเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัตินั้น

3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cue to Action) เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมอนามัยที่เหมาะสมกับสภาพการณ์นั้นๆ สิ่งชักนำนี้อาจเป็นสิ่งที่ชักนำภายใน เช่น อาการเจ็บป่วยต่างๆ หรือสิ่งชักนำภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสื่อมวลชนต่าง ๆ

นอกจากนี้แล้ว ปัจจัยด้านประชากร บุคลิกภาพ โครงสร้างต่างๆ และปัจจัยด้านสังคมจะส่งผลถึงแรงจูงใจและการรับรู้ของแต่ละบุคคลด้วย แต่ปัจจัยเหล่านี้จะไม่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แสดงไว้ในภาพประกอบ 3



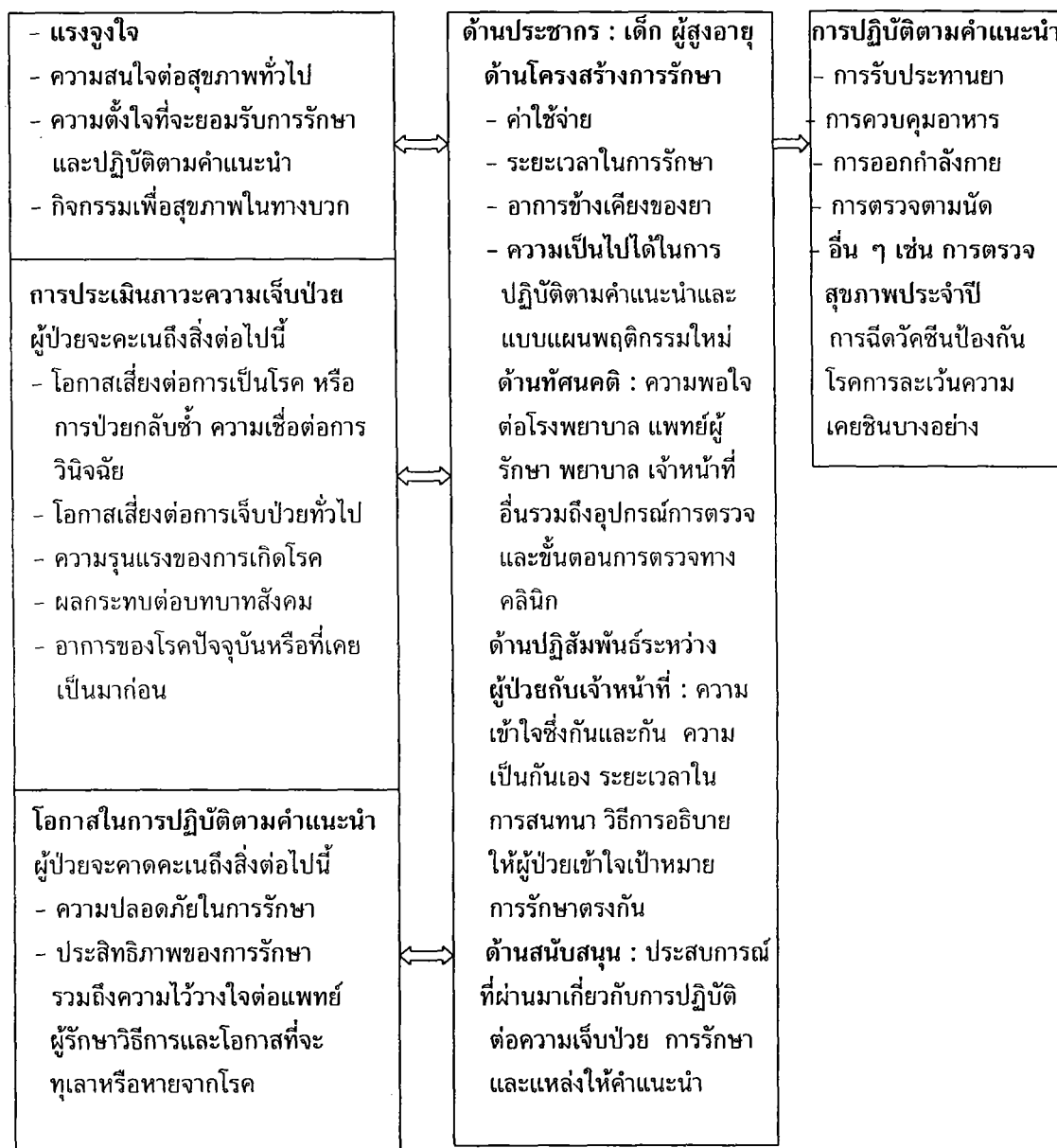
ภาพประกอบ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้ในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ
ที่มา : รุ่งศรี ยุ่งทอง. 2537 : 33 ; อ้างอิงมาจาก Becker and Maiman. 1975 : 12

คาสล และค็อบ (Kasl and Cobb, 1966 : 246) ได้ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาเป็นกรอบในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการเจ็บป่วยโดยศึกษาองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจปฏิบัติของบุคคล คือแรงจูงใจในทางด้านสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยในอดีต กับระดับความสนใจสุขภาพ ภาวะคุกคามของโรคที่มีต่อความเจ็บปวดของร่างกาย ประโยชน์ ผลดีหรือคุณค่าของการปฏิบัติต่อการดูแลสุขภาพของโรค และอุปสรรคหรือค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติ แต่เมื่อนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้มาอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย พบว่ามีข้อจำกัด เนื่องจากพบความสัมพันธ์กับปัจจัยบางประการเท่านั้น เบคเคอร์และไมแมน (Becker and Maiman, 1975 : 20) จึงได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่ออธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในรูปของการรับรู้และความเชื่อโดยมีองค์ประกอบที่สำคัญที่ใช้ทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยในการรักษา (Becker and Maiman, 1975 : 13) ตามภาพประกอบ 4

ความพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ

ปัจจัยร่วม

พฤติกรรมผู้ป่วย



ภาพประกอบ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย

ที่มา : นิตยา เขื่อนจำ. 2535 : 21 ; อ้างอิงมาจาก Becker and Maiman. 1975 : 20

จากภาพประกอบ 4 เห็นได้ว่าตัวแปรที่แสดงถึงความพร้อมที่จะปฏิบัติ ได้แก่

1) แรงจูงใจ 2) การรู้ถึงคุณค่าของการลดความเจ็บป่วย ซึ่งอาจแบ่งออกได้เป็น 2 ตัวแปร คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และ 3) การให้ความร่วมมือเพื่อลดความเจ็บป่วย เป็นตัวแปรที่เกี่ยวกับการรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการรักษา

ส่วนตัวแปรที่เป็นปัจจัยร่วมนั้นได้แก่ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ทศนคติของผู้ป่วยต่อแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพและสิ่งเอื้ออำนวยต่างๆ ที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติ

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่เบคเคอร์ ได้ปรับปรุงแล้วนั้นได้มีผู้นำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มบุคคลและการเจ็บป่วยในโรคต่างๆ กันอย่างแพร่หลายนี้ ประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 5 ประการ (นิตยา เย็นฉ่ำ. 2535 : 13 ; อ้างอิงมาจาก Becker. 1974 : 409-414 ; Becker. 1975 : 13-20) ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived Susceptibility)
2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและความสิ้นเปลืองหรืออุปสรรคต่างๆ

(Perceived Benefits and Cost)

4. แรงจูงใจ (Motivation)
5. ปัจจัยร่วมและสิ่งเอื้ออำนวย (Modifying and Enabling Factors)

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived Susceptibility)

เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรค การที่จะหลีกเลี่ยงภาวะที่จะเกิดโรคดังกล่าวจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคและเป็นการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว ซึ่งจะแตกต่างไปจากผู้มีสุขภาพดีทั่วไป (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2527 : 30) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพัฒนามาจากแนวความคิดทฤษฎีพลังสนามของเลวิน (Lewin 's Field Theory) ที่กล่าวว่า มนุษย์อยู่ในห้วงจักรวาล (Life Space) ซึ่งประกอบด้วย 3 บริเวณ (Region) คือ บริเวณที่เป็นบวก บริเวณที่เป็นกลาง และบริเวณที่เป็นลบ สำหรับเชื้อโรคอยู่ได้เฉพาะบริเวณที่เป็นลบเท่านั้น เพราะฉะนั้นจึงพยายามผลักดันมนุษย์ที่อยู่ในบริเวณลบออกไปให้พ้นจากส่วนนี้ ดังนั้นมนุษย์จึงสร้างแรงต้านทานเพื่อต่อต้านเชื้อโรค โดยการสร้างความเชื่อให้เกิดขึ้นกับตนเองในการหลีกเลี่ยงภาวะโรค กล่าวคือ มนุษย์จะมีความเชื่อว่าตนจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคและเมื่อเกิดเป็นโรคจะทำให้ร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่งเป็นอันตราย เพราะฉะนั้นจึงต้องมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรค เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรค (Rosenstock. 1974 : 330)

การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคเป็นความเชื่อ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ความเชื่อนี้จะแตกต่างกันออกไปแต่ละบุคคล บางคนเชื่อว่าตนไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อยกว่าผู้อื่น ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน

เบคเคอร์ และไมแมน (Becker and Maiman. 1975 : 17-18) กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและทราบการวินิจฉัยของตนแล้ว ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลงไป เช่น ผู้ป่วยอาจจะไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์ซึ่งจะทำให้การคาดคะเนเกี่ยวกับ

โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซ้ำได้อีก และสำหรับบุคคลที่กำลังเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูงขึ้น ทำให้มีความรู้สึกว่ามีโอกาสต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น

ดังนั้นในภาวะของความเจ็บป่วยพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างแน่นอนแล้วจะสามารถวัดการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยได้ 3 ด้าน คือ (Becker. 1974 : 83)

1.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรคในรายที่มีอาการหนักมาก ในรายที่ไม่ไว้วางใจแพทย์หรือวิธีการวินิจฉัยโรค หรือในรายที่มีความเชื่อผิดๆ ในด้านสุขภาพอาจจะไม่ยอมรับในการวินิจฉัยนั้น และทำให้การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของตนต่อความเจ็บป่วยนั้นบิดเบือนไป

1.2 การคาดคะเนของผู้ป่วยต่อการเกิดความรุนแรงของโรคซ้ำ หรือการกลับเป็นซ้ำ ในรายที่เคยมีอาการมาก่อน

1.3 ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ หรือการเจ็บป่วยด้วยภาวะอื่น ๆ

ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ถือว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมาก ฮอคบาวม (Hochbaum. 1958 : 1-28) กล่าวว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ ได้มีการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันปัญหาทางสุขภาพของนักวิจัยจำนวนมาก พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น การศึกษาของฮาลลาล (Hallal. 1982 : 137-142) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ และการศึกษาในประเทศไทย (นิตยา ภาสุนันท์. 2529 : 8) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด และจากการศึกษาวิจัยหลายๆ ครั้ง เบคเคอร์ (Becker. 1974 : 409-419) ได้สรุปว่าบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีโดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันรักษาโรคของบุคคล

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)

เมื่อบุคคลได้รับรู้เกี่ยวกับโอกาสที่จะเป็นโรคแล้ว ถึงแม้บุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนก็ตาม แต่พฤติกรรมเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยอาจจะไม่เกิดขึ้นถ้าหากบุคคลมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยนั้นจะทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะหรือกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคมก็จะช่วยให้บุคคลตัดสินใจได้ว่าควรจะต้องปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพหรือไม่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความหมายไปในด้านความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีความรุนแรงของโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วยหรือเป็นความรุนแรงที่ผู้ป่วยประเมินว่าความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 6) ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับการ

ยอมรับว่าบุคคลถึงจะรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยก็ไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมร่วมมือในการรักษาบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงานและบทบาททางสังคมของเราด้วย จึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรมร่วมมือในการรักษาเกิดขึ้น (Becker. 1974 : 84) ในการตัดสินใจว่าโรคหรือความเจ็บป่วยต่างๆ มีความร้ายแรงมากน้อยเพียงใดอาจวัดได้จากความกลัวหรือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อเรารู้ถึงความร้ายแรงของโรค เช่น การที่ต้องใกล้ชิดหรือติดต่อกับผู้ป่วยโรคนั้นๆ และความทุกข์ทรมาน ซึ่งบุคคลนั้นจะได้รับในยามเจ็บป่วยหรือต้องเผชิญหน้าเมื่อเขาป่วยหรือเป็นโรคนั้นๆ เช่น เขาจะกังวลเมื่อได้รับรู้ถึงผลที่จะเกิดจากวิธีการรักษาพยาบาลความพิการหรือความเจ็บป่วยเรื้อรัง ตลอดจนความตายหรืออาการที่เกิดขึ้นอาจทำให้เรามีอายุสั้นกว่าที่ควรจะเป็น อย่างไรก็ตามบุคคลอาจจะรับรู้ถึงความร้ายแรงของโรคใดโรคนั้นมากกว่าอีกโรคนั้น (Becker and others. 1974 : 348) การรับรู้ความร้ายแรงของโรคของแต่ละบุคคลอาจมีความแตกต่างกัน โดยแต่ละบุคคลจะได้รับผลจากสิ่งเร้าภายนอกต่างกัน เช่น ความเชื่อ วัฒนธรรม การงานอาชีพ ความสัมพันธ์ทางสังคมของเรา เช่น บุคคลหนึ่งอาจไม่เชื่อว่าวัณโรคเป็นโรคร้ายแรง แต่เมื่อมีปัจจัยภายนอกมากระทบ เช่น ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา ได้แก่ ความรังเกียจของบุคคลอื่น บุคลิกลักษณะ สถานภาพของบุคคลเหล่านี้อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความเชื่อและการรับรู้ถึงความร้ายแรงของโรคได้

การรับรู้ความร้ายแรงของโรคจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยของบุคคล (Becker. 1974 : 334) นอกจากนี้ยังมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเจ็บป่วย (Ruth. 1973 : 147) คือการรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคและความเข้าใจเกี่ยวกับความร้ายแรง ไม่ว่าความเจ็บป่วยนั้นปรากฏให้เห็นจากสภาพร่างกาย หรืออาการที่แสดงหรืออาจจะไม่ปรากฏให้เห็น การรับรู้เกี่ยวกับความร้ายแรงเป็นตัวแปรที่สำคัญมากในการกำหนดพฤติกรรมการเจ็บป่วย ประการสำคัญการรับรู้ความร้ายแรงของโรคมิได้หมายถึงความร้ายแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง แต่หมายถึง การประเมินความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความร้ายแรงของโรค (Resenstock. 1974 : 354-380) และการให้ ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดความกลัวซึ่งจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อเผชิญภาวะความเจ็บป่วยนั้นหรือลดอันตรายที่จะเกิดขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยมีความเชื่อและวิตกกังวลอย่างมากต่อความรุนแรงของโรคอาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมปฏิเสธภาวะเจ็บป่วยนั้นๆ และไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำก็ได้ การศึกษาของ สุภาพ ไบแก้ว (2528 : ค) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 81) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ประยงค์ สัจจงพงษ์ (2534 : ก) พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตอำเภอตำบโนนสะอาด จังหวัดราชบุรี สำหรับผลลบที่กล่าวมานี้ผู้วิจัยได้เสนอความคิดว่าอาจมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

ด้านจิตวิทยาในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีระดับความกลัว และความวิตกกังวลสูงหรือในขณะที่ทำการศึกษาค้นคว้าส่วนใหญ่ไม่มีอาการรุนแรง

ดังนั้นกล่าวโดยสรุปว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ ส่วนในกรณีที่ได้ผลลบจะต้องพิจารณาตัวแปรทางด้านอื่น เช่น ประสบการณ์เดิม และพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยาของผู้ป่วย ระดับความกลัวและความวิตกกังวลสูงเกินไป ซึ่งอาจมีสาเหตุต่าง ๆ กัน

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและความสิ้นเปลืองหรืออุปสรรคต่าง ๆ (Perceived Benefits and Costs)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำถ้าเขามีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นจะมีประสิทธิภาพในการป้องกัน การสืบค้น หรือการรักษาโรค (Mikhail. 1981 : 81) ดังนั้นการรับรู้ถึงประโยชน์หรือประสิทธิภาพของการรักษาจึงนำไปสู่พฤติกรรมที่จะช่วยลดภาวะคุกคามจากโรคได้และการศึกษาของ สุภาพ ไบแก้ว (2528 : 108) พบว่าการรับรู้ในด้านนี้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาเช่นกัน การรับรู้เกี่ยวกับความสิ้นเปลืองหรืออุปสรรคต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งจะมีการสะสมเพิ่มพูนขึ้นเรื่อย ๆ และนิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 25) พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนน้อยจะให้ความร่วมมือในการรักษาดี เป็นต้น

สรุปได้ว่าการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายตลอดจนอุปสรรคต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและความสามารถใช้ทำนายถึงพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษาได้

4. แรงจูงใจ (Motivation)

แรงจูงใจ ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) ซึ่งหมายถึงความแตกต่างของอารมณ์หรือความรู้สึกนึกคิดที่ถูกกระตุ้นโดยสิ่งเร้าทางด้านสุขภาพอนามัยที่ต่างกันสิ่งเร้านี้อาจเป็นความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความตั้งใจที่จะยอมรับคำแนะนำและร่วมมือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ความสมัครใจที่จะเสาะแสวงหาและยอมรับการรักษาตามแผน หรือในบางรายอาจเกิดความกลัวกลัวกังวลใจ (Milkail. 1981:70) เป็นต้น ในกรณีที่บุคคลมีความต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะมีส่วนผลักดันร่วมกับปัจจัยด้านการรับรู้ต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจนี้จะวัดออกมาในรูปของความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปและความตั้งใจหรือความต้องการที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา พวงพยอม การภิญโญ (2526 : 110) พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ นิตยา เย็นฉ่ำ (2535 : ข) พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพสามารถทำนายการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประยงค์ สัจจพงศ์ (2534 : ก) ศึกษาวิจัยพบว่า

แรงจูงใจในด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคในเขตอำเภอ
ดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี จากงานวิจัยที่กล่าวมาแล้วผลที่พบว่า มีความสอดคล้องกัน
แต่พบว่า มีผลการศึกษาวิจัยที่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวมาแล้ว ได้แก่ การศึกษาของ
มิลเลอร์และคนอื่นๆ (Miller and others. 1985 : 270) ที่รายงานไว้ว่าความตั้งใจที่จะให้ความ
ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายขณะอยู่ในโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับ
การงดสูบบุหรี่ การรับประทานยาและการลดความเครียด

ตัวแปรในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเคอร์ที่กล่าวมาแล้วทั้ง 4 ประเภะนั้น
ล้วนแต่พื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้แล้วส่งผลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันรักษา
สุขภาพ แล้วยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและมีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย
ของบุคคลดังจะกล่าวถึงในหัวข้อต่อไป

5. ปัจจัยร่วมและสิ่งเอื้ออำนวย (Modifying and Enabling Factors)

ปัจจัยต่าง ๆ (Modifying Factors) เป็นปัจจัยตามสภาพความจริงที่ส่งเสริมหรือขัดขวาง
การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสรวง สุวรรณ. 2534 : 32)
ปัจจัยร่วม ได้แก่ ประชากร โครงสร้าง ทักษะคนดี ปฏิสัมพันธ์ และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ
ซึ่งเป็นตัวแปรทางพฤติกรรมสังคมซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันรักษาสุขภาพ
ด้วยจากการศึกษาวิจัย พบว่า ตัวแปรที่ให้ผลในการทำนายความร่วมมือในการป้องกันรักษา
สุขภาพได้อย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา
อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และฐานะทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา
ผู้ป่วย (Becker and Maiman. 1980 : 113-131) และตัวแปรทางด้านสังคม เช่น เพื่อนและ
สมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการป้องกันและรักษา (Becker and
Maiman. 1975:11-16) และจากการศึกษาวิจัยพบว่าปัจจัยร่วมที่ให้ผลในการทำนายพฤติกรรม
ได้อย่างสม่ำเสมอคือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ การมีสัมพันธภาพที่ดีเป็นไปตามที่
ผู้ป่วยคาดหวัง จะก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อบริการของของเจ้าหน้าที่และนำไปสู่การปฏิบัติตัว
ที่ถูกต้องตามคำแนะนำ ได้แก่ การที่เจ้าหน้าที่ให้ความเป็นกันเองการยอมรับและเข้าใจในตัว
ผู้ป่วย การให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย

จากการที่กล่าวถึงปัจจัยร่วม และสิ่งเอื้ออำนวยข้างต้นแล้วนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย
ได้ศึกษาถึงปัจจัยร่วมด้านประชากร ดังนี้

ปัจจัยร่วมด้านประชากร เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญปัจจัยหนึ่งในการทำนายพฤติกรรม
สุขภาพบุคคลซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะต่าง ๆ
กัน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สรวง สุวรรณ. 2534 : 33) ตัวแปรด้านนี้มีมากมายในการศึกษา
ครั้งนี้ จึงทำการศึกษาปัจจัยร่วมด้านประชากร ดังนี้คือ

ด้านเพศ : เพศเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพคือเพศหญิง และเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันเนื่อง จากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา การปรับ ตัวและทัศนคติต่อการเจ็บป่วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. 2534 : 33) และ กรแก้ว กอวัฒนา (2533 : ข) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด แต่ถึงแม้จะมีการวิจัยที่ไม่สอดคล้องกันบ้าง เพศก็ยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สนิท พิงสาย (2539:38-39) ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอกกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน

ด้านอายุ : อายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลถึงการมีพฤติกรรมที่แตกต่างต่อปัญหาต่างๆ ซึ่งถือว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพบุคคล ผู้ที่มีอายุระหว่าง 25-44 ปี เป็นช่วงอายุที่สนใจอยู่กับการทำงานและการสร้างฐานะ จึงไม่สนใจเกี่ยวกับสุขภาพเท่าที่ควรจะเป็นดังที่โอเรม (Orem. 1985:154) ได้กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ ยอมรับและรับผิดชอบที่กระทำเพื่อตัวเองได้ดีกว่าวัยเด็ก สूरีย์ โภภาศิริวิทย์ (2531 : ก) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

ด้านระดับการศึกษา : การศึกษามีผลและอิทธิพลในการพัฒนาความรู้ เจตคติทักษะ ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันในการแก้ปัญหา บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีโอกาสใคร่รู้ในเรื่องต่างๆ ในเรื่องที่ไม่รู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยย่อมมีความต้องการที่จะค้นหาความรู้เพื่อนำมาตอบคำถามให้กับตนเองว่าควรจะทำอย่างไร ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการดูแลตนเอง (จารุวรรณ ชันติสุวรรณ. 2538 : 47) โอเรม (Orem. 1985 : 108-109) กล่าวว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ทักษะการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการเรียนรู้ การใช้เหตุผล ความรู้ ความเชื่อ และความเข้าใจ เรื่องราวต่างๆ ได้ดีกว่าผู้มีการศึกษาน้อย และจากการศึกษาของ สุภาพ ไบแก้ว (2528 : 8-9) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปและการรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : ก - ข) ศึกษาเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ พบว่าระดับการศึกษาเป็น ตัวทำนายที่ดีที่สุดในการทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์

ด้านรายได้ : สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของบุคคล และรายได้เป็นสิ่งส่งเสริมให้บุคคลมีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูงขึ้น บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแล

ตนเองได้ดี และให้ความสนใจกับสุขภาพ ผู้ที่มีรายได้น้อยจะมีข้อจำกัดในเรื่องต่างๆ เนื่องจากต้องหาเลี้ยงชีพ แรงจูงใจในด้านสุขภาพมีน้อยกว่าบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง (Pender. 1982 : 15, 161-162) โอเรม (Orem. 1985 : 175) กล่าวว่ารายได้เป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งที่มีผลทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคลดีขึ้น ทั้งในด้านการศึกษาความรู้ การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

ด้านอาชีพ : อาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ใช้พิจารณาแหล่งประโยชน์ด้านเวลาในการจัดระบบการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2533 : 37) และจากการศึกษาของ กอบแก้ว คุณตวัส (2527 : ก-ข) ในผู้ป่วยโรคปอดในจังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพมีงานประจำเป็นหลักแหล่งจะมีการการดูแลตนเองด้านการรักษาสม่ำเสมอ มากกว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพที่มีการย้ายถิ่นที่อยู่บ่อยๆ เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 91) ได้ศึกษาพบว่าผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมเจ็บป่วยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวมา ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำองค์ประกอบบางตัวมาประยุกต์ใช้ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระเจก องค์ประกอบนั้นได้แก่ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่อกระเจก การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อกระเจก การรับรู้ต่อประโยชน์และอุปสรรคในการรักษาโรคต่อกระเจก แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป และปัจจัยร่วมด้านประชากร หรือปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และอาชีพ โดยประยุกต์แนวคิดของ เบคเคอร์ และ ไมแมน (Becker and Maiman. 1975:13-20) ที่ได้พัฒนามาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และหัวข้อที่จะกล่าวต่อไป คือ ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้มีผู้ทำการศึกษา และรายงานไว้มากมาย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จำแนกความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นรายด้านของความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนี้

1. แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป (Health Motivation) เป็นความห่วงใย หรือสนใจสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงความตั้งใจปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมโรคและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี แรงจูงใจด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา เบคเคอร์และคนอื่น ๆ (Becker and others. 1978 : 271) พบว่ามารดาให้ความสนใจและห่วงใยบุตรที่เป็นโรคหอบหืดมากกว่าบุตรคนอื่น ๆ ของตน และมีความตั้งใจให้ความร่วมมือในการรักษา โดยเชื่อว่าสามารถควบคุมอาการจับหืดได้ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะหายจากอาหารหอบหืดแล้ว แต่มารดาของผู้ป่วยยังรู้สึกว่าการยังต้องรับประทานยาโรคหืด เพื่อป้องกันอาการจับหืดและควรรับประทานยาบำรุง ได้แก่ วิตามิน เป็นต้น นอกจากนี้ยังเห็นความสำคัญของการมีโปรทวดใช้ส่วนตัวเพื่อ

ดูแลสุขภาพของบุตรรวมถึงการมาพบแพทย์ตามนัด การศึกษาของ พวงพยอม การภิญโญ (2526 : 110) พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพ ไบแก้ว (2528 : 99) ที่ว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง และการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 80) พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งความร่วมมือในการรักษา เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองตามแผนการรักษา (Pender. 1982 : 150)

แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ โจเซฟ (Joseph. 1980 : 132) ที่กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมและหันมาดูแลตนเอง และโอเรม (Orem. 1991 : 155) ได้มองแรงจูงใจว่าเป็นหนึ่งในสิบของพลังความสามารถในการดูแลตนเอง ที่ช่วยให้เกิดการกระทำอย่างจริงจังเพื่อการดูแลตนเอง แรงจูงใจจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยในการที่จะตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยต่อกระเจก เพื่อที่จะสามารถดูแลตนเองได้ และปฏิบัติตัวได้สอดคล้องกับโรคเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจนเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยโรคต่อกระเจก

2. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceive Susceptibility) เป็นทักษะหรือการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรค ในผู้ที่มีสุขภาพดีโดยทั่วไปและเป็นการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นโรคเรื้อรังหรือเป็นโรคอื่นๆอีกได้ สำหรับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแน่นอนจากแพทย์แล้ว มโนทัศน์เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลงไปจากกรณีที่ยังไม่ทราบว่าเป็นโรค ซึ่งสามารถวัดได้ 3 ทางคือ (Becker. 1974 : 83)

2.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค การที่บุคคลไม่เชื่อการวินิจฉัยโรค หรือข้อสรุปจากแพทย์ ย่อมทำให้การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคผิดไป

2.2 การคาดคะเนของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก

2.3 ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ หรือความเจ็บป่วยโดยทั่วไป

มีรายงานการศึกษาวิจัยจำนวนมากที่สนับสนุนว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันรักษาโรค เช่น การศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 81) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด สมใจ ยิ้มวิไล (2531: จ) พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง ในทางตรงข้าม สุภาพ ไบแก้ว (2528 : ค) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะควบคุมโรคไม่ได้ มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมโรคได้ ซึ่งมีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่า

โอเรม กล่าวว่า การรับรู้ต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกร่างกาย เป็นปัจจัยหนึ่ง ในส่วนประกอบของความสามารถของคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (สมจิต หนูเจริญกุล. 2533 : 19 ; อ้างอิงมาจาก Orem. 1991) ซึ่งทำให้บุคคลมีความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จิตใจ และมีเป้าหมายโดยทั่วไปและสามารถพัฒนาความสามารถ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการของตนเองได้ การรับรู้จึงทำให้บุคคลทราบถึงความจำเป็นและเหตุผลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และช่วยในการประเมิน คาดการณ์ คิดไตร่ตรอง ตัดสินใจเลือกวิธีการที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน จะต้องมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างถูกต้อง ซึ่งการรับรู้ที่ถูกต้องจะช่วยผลักดันให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี

3. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceive Severity) การที่บุคคลรับรู้ว่ามีโอกาสเกิดโรคแต่เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดการกระทำ หรือพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา แต่บุคคลนั้นจะต้องเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกายและบทบาททางสังคมของเขา จึงเป็นแรงผลักดันให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความเจ็บป่วยมากกว่าจะหมายถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง (Becker. 1974 : 840) การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มากหรือน้อยเกินไป มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำแนะนำ เบคเกอร์และคนอื่นๆ (Becker and others. 1977 : 33) ศึกษาพบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค เทย์-แซค (Tay-Sachs) โดยการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคในระดับต่ำหรือปานกลาง จะกระตุ้นให้บุคคลสนใจมาตรวจว่าตนเป็นพาหะหรือไม่ แต่ถ้าหากบุคคลรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคในระดับสูง เกินไป บุคคลจะวิตกกังวลและพยายามหลีกเลี่ยงการมารับการตรวจ

ความร่วมมือในการรักษามีความสำคัญต่อการดูแลตนเองเมื่อบุคคลเกิดภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ ผู้ป่วยจะตระหนักถึงอันตรายและติดตามผลทางพยาธิสภาพและมีการยอมรับสภาพการเจ็บป่วย หรือความพิการของตน ยอมรับความจำเป็นในการดูแลสุขภาพของตนตามแผนการรักษาพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง และเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่กับผลจากพยาธิสภาพ และผลที่มาจาก การวินิจฉัยและการรักษา (Orem. 1980 : 50) และปัจจัยที่นำไปสู่การเลือกวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองยามเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดประการแรกในการเลือกวิธีการหรือแหล่งการรักษาเยียวยา ส่วนปัจจัยรองลงมาได้แก่ ความรู้เรื่องวิธีการเยียวยาตนเองของ ผู้ป่วย และความเชื่อถึงในประสิทธิภาพของการรักษาเยียวยาตนเอง หรือวิธีการรักษาแบบพื้นบ้าน (พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. 2530 : 79-82) จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย ในทำนองเดียวกันการที่ผู้ป่วยต่อกระจกมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อกระจกที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยโรคต่อกระจกตระหนักถึง อันตรายที่จะเกิดขึ้นและหันมาดูแลตนเอง มากขึ้น

4. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (Perceived Benefits) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อแผนการรักษาว่าสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายและควบคุมอาการของโรคได้ ผู้ป่วย

ที่ให้ความร่วมมือโดยปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ อย่างเคร่งครัดจะมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้น ๆ สามารถลดภาวะความเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อสุขภาพได้ จากการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2530 : 82) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจ อย่างไรก็ตามมีบางรายงานที่ให้ผลในทางลบ เช่น พวงพยอม การภิญโญ (2526 : 116) รายงานว่าการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเช่นกัน การที่บุคคลรับรู้ถึงประโยชน์หรือโทษ ซึ่งเกิดจากการกระทำที่เลือกแล้วว่าดีกว่าวิธีอื่น ทำให้บุคคลมีการตัดสินใจดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ

5. การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน (Perceive Barrier) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามสภาพเป็นจริงที่ขัดขวางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการให้ความร่วมมือในการรักษา จากผลการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 82) พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนน้อย จะให้ความร่วมมือในการรักษาดี และ สมใจ ยิ้มวิไล (2531 : ง) พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคในกลุ่มที่ยังไม่เกิดการเจ็บป่วย และมีผลต่อพฤติกรรมในการควบคุม และรักษาโรคในกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว สำหรับผู้ป่วยโรคต่อกระเจกนั้นเป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยมีความจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันมิให้การดำเนินโรครุนแรงขึ้นอีกทั้งป้องกันมิให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ซึ่งการที่ผู้ป่วยโรคต่อกระเจกจะมีความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดหรือไม่ นั้น น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน และแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในต่างประเทศ

การวิจัยเกี่ยวกับโรคต่อกระเจก

ลาซแฮม และคนอื่น ๆ (Latham and others. 1992 : 4-9) ได้ศึกษาการสอนแบบเดิมและแบบโปรแกรมใหม่ล้วน เพื่อการประเมินและพัฒนารูปแบบการสอนสุขศึกษาในผู้ป่วยหลังตัดต่อกระเจก พบว่า การเตรียมให้สุขศึกษาการดูแลตาในผู้ป่วยขึ้นอยู่กับวิธีการที่จะลดเวลาในการสอนซึ่งมีอยู่จำกัด ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจก ไม่สามารถดูแลตาตนเองได้ดีพอ

ลิฟวิงส์ตันและคนอื่นๆ (Livingston and others. 1995 : 8) ศึกษาเรื่องระบาดวิทยาของโรคต่อกระดูก โดยการศึกษาทางระบาดและการหาข้อมูลให้แน่นอนของโรคต่อกระดูกมีความจำเป็นสำหรับการวางแผนนโยบาย การป้องกันและควบคุมทางระบาดวิทยาของโรคต่อกระดูก การประเมินคุณค่าของความต้อการดูแลสุขภาพของตา การตัดสินใจปัจจัยเสี่ยงจำเป็นเพื่อลดผลสะท้อนกลับทางด้านเศรษฐกิจและสังคมเกี่ยวกับโรคต่อกระดูกในกลุ่มวัยกลางคนและผู้สูงอายุ

ไมเดลฟาร์ท (Midelfart. 1996 : 92) ศึกษาความแตกต่างของลูกตาในเพศหญิงและเพศชาย พบว่า เพศหญิง และเพศชาย หรือเพศต่างกัน จะมีส่วนประกอบของตาต่างกันอย่างน้อยสำคัญซึ่งจะสัมพันธ์กับการผ่าตัดต่อกระดูกและอิทธิพลของฮอร์โมนเพศหญิงต่อกระดูกตา

ถนอม เหล่ารักพงษ์ (2534 : ข) ได้ศึกษาผลกระทบทางสังคมของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกในประเทศอินเดีย พบว่า ในประเทศอินเดีย ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกมักอายุน้อย และต่อกระดูกจะสุกเร็วมาก ดังนั้นในแต่ละชุมชนจะมีผู้ป่วยตาบอดจากโรคต่อกระดูกมาก ถ้าเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ โดยเฉพาะในประเทศตะวันตก ผู้ป่วยตาบอดจากต่อกระดูกจะประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นกรรมกรในไร่จะมีรายได้ประมาณวันละ 12 บาท ในขณะที่ผู้หญิงจะได้เงินเพียงวันละ 10 บาท ซึ่งไม่เพียงพอกับรายจ่ายใน 1 วัน ซึ่งบางครั้งจะเป็นปัญหามาก

การวิจัยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเอง

เบคเคอร์ (Becker. 1977 : 348) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับการทำนายความร่วมมือในการควบคุมอาหารในเด็กที่เป็นโรคอ้วน โดยการสัมภาษณ์มารดา จำนวน 116 คน และการใช้สื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัวและให้คำแนะนำโดยนักโภชนาการโดยวัดผลจากการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักของบุตรหลังศึกษา 2 เดือน และการมาตามนัดของมารดา ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างแรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ลักษณะเฉพาะของน้ำหนักเด็ก ประโยชน์ของการควบคุมอาหารและอุปสรรคของการควบคุมอาหาร กับการมีน้ำหนักของบุตรลดลง ยกเว้นไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง อายุของเด็กและสถานภาพสมรสของมารดา กับ การลดน้ำหนักของเด็ก

แลงลี (Langlie. 1977 : 244) ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้พฤติกรรมการป้องกันทั้งพฤติกรรมทางตรง เช่น การรับรอง การเดินถนน การสูบบุหรี่ พฤติกรรมทางอ้อม ได้แก่ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การไต่ยา การไปรับการตรวจเบื้องต้น การไปรับภูมิคุ้มกันโรคในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 383 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางตรงและทางอ้อมที่ป้องกันโรคได้

แอนดรีโอไล (Andreoli. 1981 : 327) ได้ศึกษาเปรียบเทียบในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ทราบสาเหตุและไม่

ทราบสาเหตุในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 71 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม (ที่ทราบสาเหตุและไม่ทราบสาเหตุ) มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมคือ ในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เวนเบอร์เกอร์ และคนอื่นๆ (Weinberger and others. 1981 : 1253) ทำการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่วนในเรื่องของการรับรู้ประโยชน์อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันสุขภาพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ เพื่อป้องกันสุขภาพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

ฮาลาล (Hallal. 1982 : 137) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมของเพศหญิง ในกลุ่มตัวอย่าง 201 คน ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสการเกิดโรค การรับรู้ถึงคงประดัยชนของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในเรื่องของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง เต้านมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดย 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพดี และมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองบางครั้งเท่านั้น

มอนท์ เกอเมอรี และคนอื่นๆ (Montegermery and others. 1989 : 304) ได้ทำการศึกษาในเรื่องความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มชายรักร่วมเพศ โดยการศึกษาแบบ cohort เป็นเวลาถึง 18 เดือน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ และปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคม รวมถึงการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่มีการเปลี่ยนแปลง ส่วนในเรื่องของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคนั้นไม่สามารถที่จะทำการวัดความสัมพันธ์ออกมาได้

บรูส์ และ เอียนนอททิ (Brush and Iannotti. 1990 : 69-86) ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการใช้ยาในเด็กก่อนวันรุ่น จำนวน 270 คน โดยการสัมภาษณ์รายบุคคลผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยามีความสัมพันธ์ต่อการระมัดระวังมิให้เกิดการเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพของตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิกเตอร์ (Victor. 1977 : 5364) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบที่เกี่ยวกับเชื้อชาติ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษาของครอบครัว ขนาดครอบครัว ความหนาแน่นของที่อยู่อาศัย ตลอดจนการได้รับภูมิคุ้มกันโรคกับระดับสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนในสหรัฐอเมริกา ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ทุกองค์ประกอบของสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนและความเจ็บป่วยของเด็ก นอกจากนั้นโอกาสด้านสุขภาพยังขึ้นอยู่กับองค์ประกอบฐานะทางสังคมด้วย

แมททิว และฮิกนสัน (Matthew and Hignson. 1977 : 879-889) ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของแพทย์ พบว่า

1. การที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของแพทย์นั้น เพราะผู้ป่วยคิดว่าตนไม่มีความผิดปกติรุนแรงที่ก่อให้เกิดความพิการหรือคุกคามต่อชีวิต โดยถ้าไม่ปรากฏอาการของโรคจะไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาในกรณีเดียวกันถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะมารับการรักษาน้อยลง

2. การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์นั้น จะมีจำนวนมากขึ้นเมื่อแผนการรักษานั้นยุ่งยากเกินไปโดยพบว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์จะน้อยลงถ้าระยะเวลาเพิ่มมากขึ้นจำนวนที่ใช้รับประทานมากขึ้นหรือการรักษาที่ให้ผลข้างเคียงมาก

3. สัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยนั้น มีผลกระทบต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่พึงพอใจในเจ้าหน้าที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในจำนวนที่สูง แต่ถ้าผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณไม่ได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ หรือได้รับข้อมูลด้านความเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาน้อยเกินไป ผู้ป่วยจะมีแนวโน้มปฏิบัติตามแนวทางการรักษาน้อยลง

การวิจัยในประเทศไทย

การวิจัยเกี่ยวกับโรคต่อกระดูก

สมชัย วงศ์เวชสวัสดิ์ (2540 : 27) ได้ศึกษาระบาดวิทยาของคนตาบอดและสายตาเลือนรางในประเทศไทย โดยการสุ่มตัวอย่างจากประชากร 52 อำเภอ ใน 18 จังหวัด กระจายทั่วทั้ง 4 ภาค ทั่วประเทศ ผลการศึกษาพบว่า อัตราความชุกจากการปรับโดยอายุและเพศของคนตาบอดพบร้อยละ 0.31 และพบสายตาเลือนรางร้อยละ 0.80 สาเหตุน่าจะเกิดจากโรคต่อกระดูกเป็นอันดับหนึ่ง คาดว่ามีคนตาบอดจำนวน 180,704 ราย และสายตาเลือนราง 471,340 ราย นอกจากนี้ยังพบว่า เพศหญิงเป็นมากกว่าเพศชาย

สิริมม ไซยเชษฐ์ (2539 : ก - ข) ได้ศึกษาเรื่องผลกระทบและปัจจัยเสี่ยงของโรคต่อกระดูกในผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลอุดรธานี โดยทำการเปรียบเทียบย้อนหลัง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับบริการส่วนมากเป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่า และมีการศึกษาต่ำ ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ เมื่อนำปัจจัยด้านอาชีพมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ผลปรากฏว่าไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชนินทร รัตนสกุล (2540 : ก-ข) ได้ศึกษาเรื่อง “การศึกษาเปรียบเทียบการรักษาโรคต่อกระดูกแผนพื้นบ้าน และแผนปัจจุบัน” ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะทั่วไปในผู้ป่วยที่เลือกการรักษาทั้ง 2 แผน จะมีความคล้ายคลึงกัน จะแตกต่างกันบ้างในเรื่องของอาชีพและรายได้ โดยกลุ่มผู้ป่วยที่เลือกรักษาแผนปัจจุบันส่วนใหญ่จะมีสถานะทางเศรษฐกิจสูงกว่า แต่การรักษาโรคต่อกระดูกแผนพื้นบ้านก็ยังคงมีผู้ป่วยเลือกไปรักษาอยู่ พบว่ามาจากปัจจัยต่อไปนี้

1. ความเชื่อ ความศรัทธาต่อการรักษาแผนพื้นบ้าน จากคำบอกเล่าของบุคคลที่ผ่านการรักษามาแล้ว
2. ความรู้สึกที่คุ้นเคยเป็นกันเอง และไม่รู้สึกลัวว่าแปลกแยกกับหมอพื้นบ้านเป็นความแตกต่างอย่างสิ้นเชิงกับความรู้สึกที่มีต่อแพทย์ผู้ให้การรักษาแผนปัจจุบันในโรงพยาบาล
3. ความกลัวและไม่เข้าใจในกระบวนการรักษาแผนปัจจุบัน รวมทั้งเคยประสบความล้มเหลวจากการรักษาแผนปัจจุบัน
4. อุปนิสัย และพื้นฐานทางวัฒนธรรมของคนไทย ซึ่งมีลักษณะจิตใจดี มีความเมตตา กรุณา ไม่เคยฟ้องร้องหรือเรียกร้องเมื่อตกเป็นผู้เสียหาย

การวิจัยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเอง

สมทรง ศุภศิลป์ (2526 : ก-ข) ได้ศึกษาปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาและบุตรในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 286 คน พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการกำหนดพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทิศทางเดียวกันคือ รายได้ครอบครัวต่อปีของมารดา อาชีพที่ไม่ใช่เกษตรกร ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคจากแหล่งต่างๆ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค คือ อายุ การศึกษา รายได้ครัวเรือนต่อปี จำนวนบุตรที่มีชีวิต ประสบการณ์ที่เคยเห็นและเป็นโรคอุจจาระร่วง และได้รับคำแนะนำเรื่องโรคอุจจาระร่วงจากแหล่งต่างๆ แต่ประสบการณ์เกี่ยวกับการเคยเห็นและเคยเป็นโรคอุจจาระร่วงจะ ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทิศทางตรงกันข้าม

นิตยา ภาสุนันท์ (2529 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 100 ราย โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษา โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 5 ด้าน คือแรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงประโยชน์ อุปสรรคของการรักษา การมีส่วนร่วมและความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 การเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวมในด้านต่าง ๆ 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : ก) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 28-40 สัปดาห์ ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์

โรงพยาบาลของรัฐบาลในกรุงเทพมหานคร จำนวน 252 ราย พบว่า การรับรู้ความร้ายแรงของปัญหาสุขภาพและการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ส่วนในเรื่องของการรับรู้ถึงโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองมากก็จะทำให้การดูแลตนเองไม่ดี ส่วนในเรื่องของปัจจัยร่วม อันได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัวต่อเดือนนั้น การศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในทิศทางบวก เช่นเดียวกันกับการได้รับคำแนะนำต่างๆ มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

พนมศรี เสาร์สาร (2531 : ข) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงบริการในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มารับบริการตรวจจำนวน 380 คน ที่หน่วยกามโรค พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ระดับการศึกษา ระดับข่าวสารและโอกาสที่จะรับรู้ข่าวสารมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคเอดส์

เอี่ยมพร กาญจนรังสิชัย (2532 : 88) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดในทางเส้นเลือดขณะเข้ารับการบำบัดรักษาชั้นตอนพิษ จำนวน 100 คน ที่วัชรพยาบาลและโรงพยาบาลตากสิน การศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ที่ระดับ 0.001 และร้อยละ 55.12) ในเรื่องของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยเป็นโรคเอดส์ และการรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบของโรคเอดส์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาถึงปัจจัยชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เช่นกัน

สุกัญญา ณรงค์วิทย์ (2532 : ก - ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อป้องกันกามโรคในหญิงอาชีพพิเศษ ทำการศึกษาในหญิงอาชีพพิเศษที่มีแหล่งพำนักในเขตรับผิดชอบของสถานีตำรวจนครบาลบางซื่อ โดยไม่จำกัดลักษณะของสถานบริการจำนวน 150 คน ผลการศึกษาพบว่า อายุ และระดับการศึกษาไม่มีผลให้การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันรักษากามโรคของหญิงอาชีพพิเศษแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนในเรื่องของระยะเวลาในการประกอบอาชีพที่แตกต่างกัน เป็นผลให้หญิงอาชีพพิเศษมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคแตกต่างกัน และการรับโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นกามโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันกามโรค มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรค อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมแล้วมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันรักษากามโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.3187, p < 0.03$)

ศิริพร พงษ์โกคา (2532 : ข) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรค ในมารดาหลังคลอด อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจและลักษณะของครอบครัวแตกต่างกัน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการติดต่อของโรคอย่างมีนัยสำคัญ ฐานะทางเศรษฐกิจและความรู้เรื่องโรคสามารถร่วมกันทำนาย การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบบี ได้ร้อยละ 18.8

จินตนา เหลืองสุลลย์ (2534 : ก - ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และเจตคติต่อโรคกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่น ในเขตชุมชนแออัดคลองบางชื่อ ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน ผลการศึกษาวิจัยพบว่า อายุ และสถานภาพสมรสวัยรุ่นอายุน้อย และผู้ที่เป็นโสด ไม่มีโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อโรคเอดส์ คือ ส่วนในเรื่องของการระดับการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ คือ วัยรุ่นที่มีการศึกษาสูงจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ดีกว่าวัยรุ่นที่มีการศึกษาต่ำ เช่นเดียวกับการรับรู้ต่อโรคเอดส์ที่รวมถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโรคเอดส์กับรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับประโยชน์อุปสรรคของการป้องกัน การติดเชื้อโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ($r = 0.207$) กล่าวคือ ถ้าวัยรุ่นมีการรับรู้ต่อโรคเอดส์ไม่ดีก็จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ไม่ดีไปด้วย

มลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : ก) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ ห้างบริการ ประสบการณ์การป่วยเป็นกามโรคกับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษในเขตท้องที่ที่รับผิดชอบของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย จำนวน 218 ราย ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสบการณ์การป่วยเป็นกามโรค ส่วนปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ต่างก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ เมื่อนำตัวแปรเหล่านี้เข้าสมการถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น และพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ระดับการศึกษา การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ อายุ สามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับการศึกษาเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด ในการทำนายความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์

สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534 : ก-ข) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค ในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบบี จำนวน 100 ราย

ที่มาบริการที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะในการรับรู้การเป็นโรคของผู้ป่วย ความรู้เรื่องโรค และความเชื่อด้านสุขภาพ และระยะเวลาในการรับรู้การเป็นโรคของผู้ป่วยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคตับอักเสบไวรัสบีในคูสมรส โดยมีอำนาจทำนาย ร้อยละ 22.28 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าด้านอื่น คือ ร้อยละ 94 และ 93 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคตับอักเสบไวรัสบี โดยรวมพฤติกรรมทางเพศและการสนใจติดตามข่าวสารอยู่ในระดับ ปานกลาง แต่พฤติกรรมด้านการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับดี ปานกลาง และไม่ดีใกล้เคียงกัน

นิตยา เย็นฉ่ำ (2535 : 56) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยพื้นฐานบางประการกับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาล เขตกรุงเทพมหานคร กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้สูบบุหรี่มีจำนวนทั้งสิ้น 162 คน ผลการวิจัย พบว่า อายุ และรายได้เฉลี่ยมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่องดการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$ $r = 0.20$) ในเรื่องของการ รับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่องดการสูบบุหรี่ คือผู้ที่การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงมีการปฏิบัติเพื่องดการสูบบุหรี่ที่ดี แต่การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่กลับพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่องดการสูบบุหรี่ ปัจจัยเรื่องของประวัติการมีสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนใกล้ชิดสูบบุหรี่นั้น พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่องดการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รุ่งศรี ศศิธร (2536 : ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงานก่อสร้าง จำนวน 200 คน ในบริษัทรับเหมาก่อสร้างบางแห่งในจังหวัดราชบุรี โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสิทธิภาพการทำงานกลับพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยสิ่งชักนำภายนอกนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

รุ่งศรี ยุ่งทอง (2537 : ก-ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ค่านิยมทางสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของพนักงานบริการในสถานเริงรมย์ จังหวัดราชบุรี จำนวน 432 คน จากการศึกษา พบว่า พนักงานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการ

ป้องกันโรคเอดส์อยู่ในเกณฑ์ต่ำ มีความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมทั้งสามด้าน (โอกาสเสี่ยง/ความรุนแรงของโรค/ประโยชน์อุปสรรคของการปฏิบัติ) อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า เพศ อายุ รายได้ การรับรู้ถึงประโยชน์อุปสรรคของการปฏิบัติ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ส่วนระดับการศึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และในการทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเอดส์ พบว่า รายได้ ค่านิยมทางสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ระดับการศึกษา อายุ สามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 34.18

สุรินทร์ กลัมพากร (2538 : ก-ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการใช้เข็มขัดนิรภัย ของผู้ขับขี่รถยนต์ตามปัจจัยของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม สิ่งชักนำภายนอกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการใช้เข็มขัดนิรภัย และการรับรู้ประโยชน์อุปสรรคของการใช้เข็มขัดนิรภัย สิ่งชักนำภายใน สิ่งชักนำภายนอก สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการใช้เข็มขัดนิรภัยได้ร้อยละ 41.25

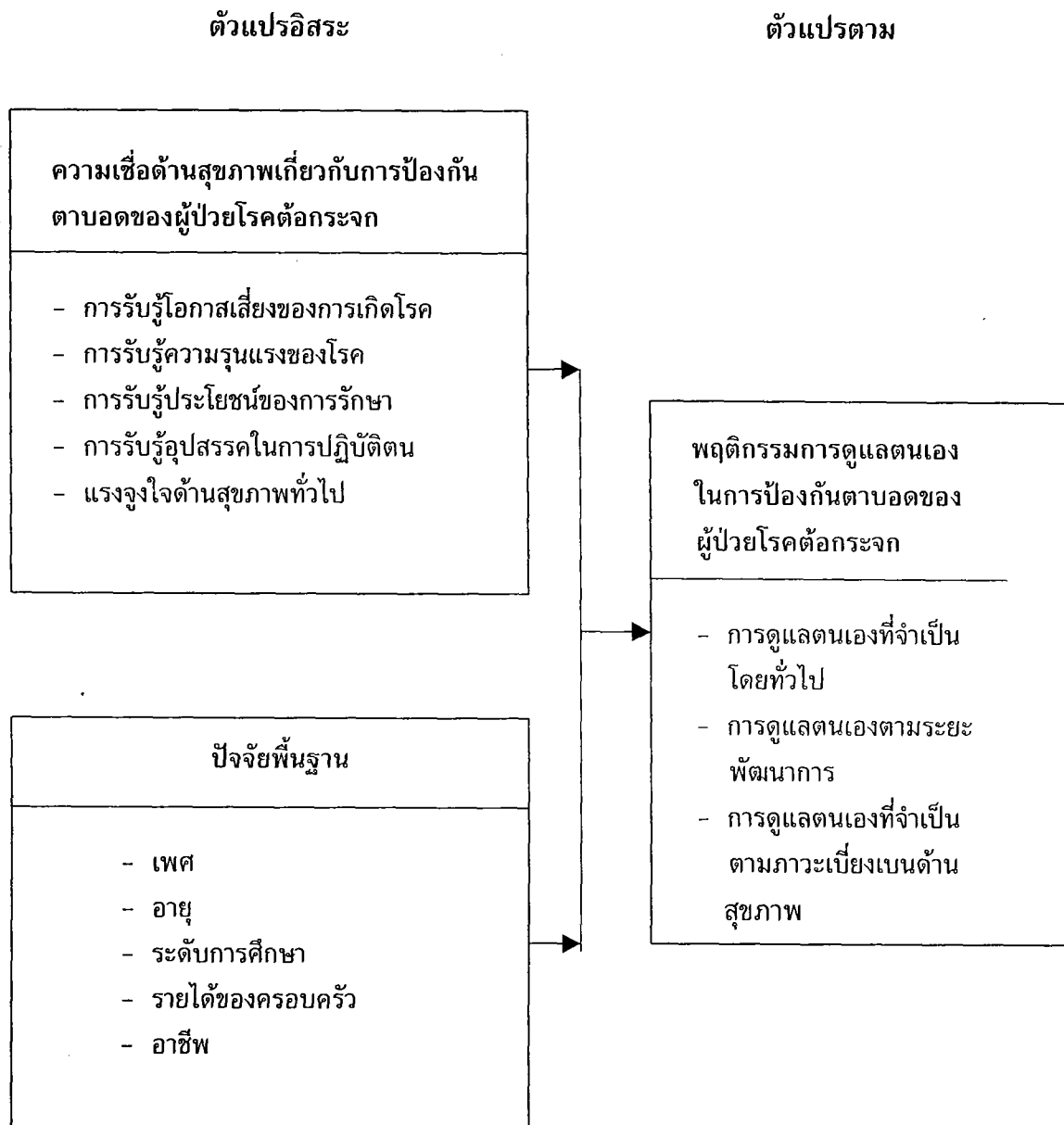
สุวารีวรรณ กิจสมักร (2539 : 153-157) ได้ศึกษาเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 310 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ผลการวิจัย พบว่า ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคอยู่ในระดับต่ำ ระดับความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนเองอยู่ในระดับสูง ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นอยู่ในระดับสูง ความเชื่ออำนาจความบังเอิญอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนอายุ รายได้ ครอบครัว ระดับการศึกษา และอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกต่างกัน มีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกัน

โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 22.36

✓ สนิท พึ่งสาย (2539 : 90-100) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำนวน 365 คน ผลการศึกษาพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัจจัยทางเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก ส่วนการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุกรรม ไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านสถานภาพสมรส รายได้ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค แรงจูงใจในการปฏิบัติแรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิ แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทุติยภูมิ

จากการทบทวนเอกสารรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การดูแลตนเองของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ ลักษณะประชากร สภาวะทางสุขภาพจิต ลักษณะของระบบบริการด้านสุขภาพ เป็นต้น สำหรับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับองค์ประกอบเหล่านี้กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกยังไม่มียุวิจัยท่านใดทำการศึกษา ส่วนมากจะทำการศึกษาเฉพาะในเรื่องการให้การรักษาด้านการพยาบาล การศึกษาเปรียบเทียบการรักษาแพทย์พื้นบ้านและแพทย์แผนปัจจุบันหรือทำการศึกษาแบบสำรวจหาสาเหตุของการตาบอดจากโรคต่อกระดูก ส่วนทางด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก ยังไม่มีผู้วิจัยท่านใดทำการศึกษาในลักษณะความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคต่อกระดูกมาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีความสนใจและได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก โดยการศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเคอร์และไมแมน ที่ใช้ทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยและปัจจัยพื้นฐานทางคุณลักษณะประชากรดังกล่าวมาศึกษาร่วมกัน (Becker and Maiman. 1975 : 20) และได้นำทฤษฎีการดูแลตนเองทั้งหมดของโอเรม (Orem. 1980, 1985, 1991) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยเชื่อว่าปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง และสามารถทำนายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก ดังกรอบแนวคิดในการวิจัย ตามภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและการวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก
3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก
4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก
5. แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก
6. เพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก
7. อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก
8. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก
9. อาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก
10. รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก
11. ความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มารับบริการที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการศึกษาค้นคว้า ดังนี้

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มารับบริการในคลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จำนวน 28,135 คนต่อปี เฉลี่ย 2,344 คนต่อเดือน (ใช้สถิติปีงบประมาณ พ.ศ. 2540)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคต้อกระจกทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มารับบริการในคลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

1. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรของ ยามาเน่ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์.2536 : 296 ; อ้างอิงมาจาก Yamane. 967 : 886-887) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มีความคลาดเคลื่อนที่ .05 โดยใช้สูตร

$$\begin{aligned}n &= \frac{N}{1 + Ne^2} \\&= \frac{2344}{1 + 2344 (.05)^2} = \frac{2344}{6.86} \\&= 341.69\end{aligned}$$

เมื่อ	n	แทน	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
	N	แทน	ประชากร
	e	แทน	ความคลาดเคลื่อน

ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 341 คน ซึ่งจำนวนต่ำสุดของจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 341 คน

2. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณสมบัติตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

2.1 เป็นผู้ป่วยโรคตาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรคต้อกระจก และยังไม่ได้รับการผ่าตัดมาก่อน

2.2 เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะปกติ มีการได้ยินที่ปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม สอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ซึ่งข้อความมีทั้งทางบวกและทางลบ จำนวน 34 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม สอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ จำนวน 39 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

1. แบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ ในแบบสอบถามส่วนที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยข้อความที่แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 3 ระดับ ประกอบด้วยข้อความเชิงบวกและข้อความเชิงลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ	ให้คะแนน
เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่แน่ใจ	แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	1

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยในการวิเคราะห์แบบสัมภาษณ์ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

ค่าเฉลี่ย	1.00 - 1.66	หมายถึง	มีการรับรู้น้อย
ค่าเฉลี่ย	1.67 - 2.33	หมายถึง	มีการรับรู้ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	2.34 - 3.00	หมายถึง	มีการรับรู้มาก

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในแบบสอบถาม ส่วนที่ 3 มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยใช้ข้อความในแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อความด้านบวกและข้อความด้านลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ	ให้คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	ไม่เคยปฏิบัติ	3
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2
ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติเป็นประจำ	1

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยในการวิเคราะห์แบบสอบถาม (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

ค่าเฉลี่ย	1.00 - 1.66	หมายถึง	มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ต้องปรับปรุง
ค่าเฉลี่ย	1.67 - 2.33	หมายถึง	มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับพอใช้
ค่าเฉลี่ย	2.34 - 3.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดี

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎี เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. สร้างแบบสอบถามตามหลักเกณฑ์ให้ครอบคลุมเนื้อหา และความมุ่งหมายที่

ต้องการ

3. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ เพื่อขอคำแนะนำและแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้น

4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับ ดังนี้

1. นำแบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบแล้ว นำมาหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) ของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) โดย

เลือกข้อที่มีความสอดคล้อง (IC) ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

2. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน ที่โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร แล้วนำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้ (Try Out) จำนวน 82 ข้อ โดยมีแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก จำนวน 41 ข้อ และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก จำนวน 41 ข้อ นำมาหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยวิธีวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to Total Correlation) แล้วเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกสูงไว้ได้แบบสอบถามทั้งหมด จำนวน 73 ข้อ คือ ได้แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก จำนวน 34 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.7452-0.7721 และได้แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก จำนวน 39 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.8211-0.8454 (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117-118)

3. นำแบบสอบถามมาหาค่าความเชื่อมั่น(Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของ ครอนบัค (Cronbach) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่น 0.7657 และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.8359 นอกจากนี้ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงประจักษ์ (Face Validity) พบว่าผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์ สามารถเข้าใจข้อความที่สอบถาม และสามารถตอบความรู้สึกของผู้ป่วยได้

4. นำผลในข้อ 2 และข้อ 3 รายงานต่อประธานและกรรมการผู้ควบคุมปริญญาโทเพื่อขอความเห็นชอบ เพื่อนำแบบสอบถามดังกล่าวไปเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยต่อไป

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จังหวัดนครปฐม เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 341 คน ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2541 จนถึงวันจันทร์ที่ 31 มกราคม 2542 รวมระยะเวลา 2 เดือน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 341 คน เมื่อได้แบบสอบถามผู้วิจัยนำมาตรวจสอบข้อมูลให้สมบูรณ์ เพื่อนำไปวิเคราะห์

วิธีจัดการกับข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS/FW (Statistical Package for the Social Sciences/For Windows) ดังนี้

1. แจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละของลักษณะข้อมูลปัจจัยพื้นฐาน หรือข้อมูล ส่วนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง นำเสนอในรูปตารางประกอบ ความเรียง
3. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation-Coefficient) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐาน และพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยแยกวิเคราะห์ความสัมพันธ์แต่ละปัจจัย เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 และทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ที่คำนวณได้โดยการทดสอบค่าที (t-test)
4. วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Coefficient of Multiple Correlation) ระหว่างตัวทำนายทั้งหมด ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระเจก ซึ่งเป็นตัวเกณฑ์โดยใช้วิธีวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อเลือก ตัวทำนายที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดจากโรคต่อกระเจก โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 11

ในการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนตัวแปรที่จะนำมาคำนวณ จะต้องเป็น ตัวแปรที่วัดในระดับอันตรภาค (Interval Scale) ขึ้นไป (วิเชียร เกตุสิงห์. 2526:326) แต่ถ้า เป็นตัวแปรที่วัดในระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) หรือระดับเรียงอันดับ (Ordinal Scale) ต้องทำการแปลงตัวแปรดังกล่าวให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) เสียก่อน แล้วจึงนำไป วิเคราะห์ ในการศึกษครั้งนี้ข้อมูลตัวแปรที่จะนำมาทำตัวแปรหุ่นได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โดยมีรายละเอียดดังนี้ (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2528:70-72)

ตัวแปรหุ่น	ค่าตัวแปร
เพศ	
ชาย	0
หญิง	1

อายุ	AGE ₁	AGE ₂	AGE ₃	AGE ₄
ต่ำกว่า 50 ปี	1	0	0	0
50 – 60 ปี	0	1	0	0
61 – 70 ปี	0	0	1	0
มากกว่า 70 ปี	0	0	0	1

ระดับการศึกษา	ED ₁	ED ₂	ED ₃	ED ₄	ED ₅
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1	0	0	0	0
ประถมศึกษา	0	1	0	0	0
มัธยมศึกษา	0	0	1	0	0
อุดมศึกษา	0	0	0	1	0
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	0	0	1

อาชีพ	OCD ₁	OCD ₂	OCD ₃	OCD ₄	OCD ₅	OCD ₆
ไม่ประกอบอาชีพ	1	0	0	0	0	0
เกษตรกร	0	1	0	0	0	0
ค้าขาย	0	0	1	0	0	0
รับจ้าง	0	0	0	1	0	0
รับราชการ	0	0	0	0	1	0
อื่น ๆ	0	0	0	0	0	1

รายได้ของครอบครัว	MON ₁	MON ₂	MON ₃	MON ₄
ต่ำกว่า 3,000 บาท ต่อเดือน	1	0	0	0
3,000 – 8,000 บาท ต่อเดือน	0	1	0	0
8,001 – 13,000 บาท ต่อเดือน	0	0	1	0
สูงกว่า 13,000 บาท ต่อเดือน	0	0	0	1

5. สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางและความเรียง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 หาค่าร้อยละ ใช้สูตร (ประกอบ กรรณสูตร. 2525 : 73)

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

เมื่อ	P	แทน	ค่าร้อยละ
	f	แทน	ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ
	n	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 40)

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{N}$$

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

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 74)

$$S = \sqrt{\frac{N \sum x^2 - (\sum x)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ	S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
	$\sum x^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$(\sum x)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
	N	แทน	จำนวนคน

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและตามโครงสร้าง โดยอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ เรียกว่า เชิงพินิจ (Face Validity) ซึ่งสามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ออกมาในเชิงปริมาณหรือตัวเลข ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2536 : 124)

2.1.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเนื้อหาแล้ว แต่ละคนพิจารณาลงความเห็นและให้คะแนน

- +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ
 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้น มีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการนั้นหรือไม่
 -1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้น ไม่มีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการนั้น

2.1.2 นำคะแนนที่ได้มาแทนค่าในสูตร

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

เมื่อ	IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ที่ต้องการ
	ΣR	แทน	ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาทั้งหมด
	N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total Correlation) แบบวิธีวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlation Analysis) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

$$r_{xy} = \frac{N \Sigma xy - \Sigma x \Sigma y}{\sqrt{(N \Sigma x^2 - (\Sigma x)^2)(N \Sigma y^2 - (\Sigma y)^2)}}$$

เมื่อ	r_{xy}	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับตัวแปร y
	N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	Σx	แทน	ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
	Σy	แทน	ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของทั้งกลุ่มตัวอย่าง
	Σxy	แทน	ผลรวมของผลคูณของคะแนน x และคะแนน y

$\sum x^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน x
$\sum y^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน y

2.3 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของ ครอนบัค (Cronbach. 1970 : 161)

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ	α	แทน	ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
	k	แทน	จำนวนของข้อแบบสอบถาม
	S_i^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
	S_t^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อของผู้สอบทั้งหมด
	$\sum S_i^2$	แทน	ผลรวมของค่าความแปรปรวนเป็นรายข้อ

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.1 หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation Coefficient) จากสูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 322) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 และข้อที่ 10

$$r_{xy} = \frac{N \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{(N \sum x^2 - (\sum x)^2)(N \sum y^2 - (\sum y)^2)}}$$

เมื่อ	r_{xy}	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
	$\sum x$	แทน	ผลรวมของคะแนนชุด X
	$\sum y$	แทน	ผลรวมของคะแนนชุด Y
	$\sum x^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนชุด X แต่ละตัวยกกำลังสอง
	$\sum y^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนชุด Y แต่ละตัวยกกำลังสอง
	$\sum xy$	แทน	ผลรวมของผลคูณระหว่าง x กับ Y
	N	แทน	จำนวนคน

การทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยการทดสอบค่า t (t) ซึ่งมีสูตรดังนี้

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

เมื่อ N แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
 r แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแต่ละตัว
 กับตัวแปรตาม

3.2 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) มีขั้นตอนดังนี้ (สำเร็จ บุญเรืองรัตน์. 2526 : 33-41)

3.2.1 หาค่าสหสัมพันธ์ภายใน (Interrelation-r) ระหว่างตัวแปรทั้งหมด คือ ตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์

3.2.2 หาค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณระหว่างกลุ่มตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์ (Multiple Correlation-r)

3.2.3 คำนวณน้ำหนักเบต้า (Beta Weight- β) และสมการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ที่มีนัยสำคัญ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

สูตรสมการถดถอยพหุคูณ มีดังนี้

สมการในรูปของประชากร $Y = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + \dots + B_kX_k + e$

สมการในรูปของตัวอย่าง $Y = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_kX_k + e$

สมการประมาณค่า $\hat{Y} = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_kX_k + e$

k แทน จำนวนตัวแปรอิสระที่ใช้ในสมการถดถอย

y แทน ค่าของตัวแปรตาม (Dependent Variable) จะใช้สัญลักษณ์ y สำหรับค่าประมาณหรือทำนาย (Predict) จากตัวอย่าง

x_1 แทน ค่าของตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ตัวที่ i จะใช้สัญลักษณ์ x_1 สำหรับตัวแปรอิสระตัวที่ i ที่ได้จากตัวอย่าง

B_0	แทน	ค่าคงที่ (Constant) ของสมการถดถอยจะใช้สัญลักษณ์ b_0 สำหรับค่าคงที่ของสมการถดถอยในรูปของตัวอย่าง
B_1	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Coefficient) ของตัวแปรอิสระตัวที่ i (x_1) และใช้สัญลักษณ์ b_1 สำหรับค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรที่ i ที่ได้จากตัวอย่าง x_1 ซึ่งค่าหรือ b_1 นี้จะแสดงอัตราการเปลี่ยนแปลงของค่า X ตัวที่ i ต่อค่า Y ดังนั้น ถ้าค่า X ตัวที่ i เปลี่ยนไป 1 หน่วย จะทำให้ค่า Y เปลี่ยนไป B_1 หรือ b_1 หน่วย โดยคำนึงถึงว่า ตัวแปรอิสระตัวอื่น ๆ นอกเหนือจากตัวที่ i มีค่าคงที่ ดังนั้น ค่า B_1 หรือ b_1 อาจจะเรียกว่า Partial Regression Coefficient
ϵ	แทน	ค่าความแตกต่างหรือความคลาดเคลื่อน (Error or Residual) ของการประมาณค่า $\hat{y}$ โดยค่า Y จะใช้สัญลักษณ์ e สำหรับความคลาดเคลื่อนของสมการในรูปตัวอย่าง นั่นคือ $e_1 = y_1 - \hat{y}_1$

การประมาณค่าตัวแปรตาม Y โดยตัวแปรอิสระ $X_1, X_2, \dots, X_n$ นั้นยังคงใช้กำลังสองน้อยที่สุด (Least-Square Method) เพื่อนำไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ b_1

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F - distribution
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
R^2	แทน	ค่าที่บอกสัดส่วนของตัวแปรตามที่อธิบายได้โดยตัวแปรอิสระ
MR	แทน	ค่าเฉลี่ยในรูปคะแนนถดถอยพหุคูณ
a	แทน	ค่าคงที่ในคะแนนดิบ
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
SE	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่า β
b	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Coefficient) ในรูปคะแนนดิบ
Beta	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Coefficient) ในรูปของคะแนนมาตรฐาน
PR	แทน	ค่าคะแนนมาตรฐานของพฤติกรรม การดูแลตนเอง
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
***	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จังหวัดนครปฐม การรวบรวมข้อมูลใช้แบบสัมภาษณ์กับผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 341 คน เป็นเพศชาย 126 คน เป็นเพศหญิง 215 คน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติแล้วนำเสนอผลการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จังหวัดนครปฐม ตามตัวแปรที่ศึกษาโดยแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ และนำเสนอเป็นตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลแบบสัมพัทธ์เกี่ยวกับ ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จังหวัดนครปฐม โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และตัดสินค่าระดับความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้เกณฑ์ของ วิเชียร เกตุสิงห์ (2538 : 9)

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และตัดสินค่าระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้เกณฑ์ของ วิเชียร เกตุสิงห์ (2538 : 10)

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 และข้อที่ 10

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 11

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละตามตัวแปรอิสระ ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพ

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	126	37.00
หญิง	215	63.00
รวม	341	100.00

ตาราง 1 (ต่อ)

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
2. อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 50 ปี	15	4.40
50 - 60 ปี	63	18.47
61 - 70 ปี	140	41.06
มากกว่า 70 ปี	123	36.07
รวม	341	100.00
3. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	62	18.20
ประถมศึกษา	217	63.60
มัธยมศึกษา	34	10.00
อุดมศึกษา	18	5.30
สูงกว่าปริญญาตรี	10	2.90
รวม	341	100.00
4. อาชีพ		
ไม่ประกอบอาชีพ	177	51.90
เกษตรกรรวม	48	14.10
ค้าขาย	44	12.90
รับจ้าง	23	6.70
รับราชการ	18	5.30
อื่น ๆ	31	9.10
รวม	341	100.00
5. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	77	22.58
3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน	166	48.68
8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน	63	18.48
สูงกว่า 13,000 บาทต่อเดือน	35	10.26
รวม	341	100.00

จากตาราง 1 แสดงว่าผู้ป่วยโรคต่อกระຈกที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีผู้ป่วยเพศหญิงจำนวน 215 คน คิดเป็นร้อยละ 63.00 และเป็นผู้ป่วยเพศชาย 126 คน คิดเป็นร้อยละ 37.00

ผู้ป่วยโรคต่อกระຈกมีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 61-70 ปี มากที่สุด โดยมีจำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 41.06 รองลงมาคือ กลุ่มอายุสูงกว่า 70 ปี มีจำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 36.07 และช่วงอายุระหว่าง 50-60 ปี มีจำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 18.47 ตามลำดับ ส่วนช่วงอายุต่ำกว่า 50 ปี พบน้อยที่สุด คือ มีจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 4.40

ผู้ป่วยโรคต่อกระຈก มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษามากที่สุด โดยมีจำนวน 217 คน คิดเป็นร้อยละ 63.60 รองลงมาคือ ต่ำกว่าประถมศึกษา มีจำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 18.20 ระดับมัธยมศึกษา มีจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 ระดับอุดมศึกษามีจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 5.30 ส่วนระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 2.90

ผู้ป่วยโรคต่อกระຈกส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีจำนวน 177 คน คิดเป็นร้อยละ 51.90 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกรมีจำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 14.10 อาชีพค้าขาย มีจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 12.90 อาชีพอื่นๆ มีจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 9.10 อาชีพรับจ้าง มีจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 6.70 ส่วนอาชีพรับราชการพบน้อยที่สุด มีจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 5.30

ผู้ป่วยโรคต่อกระຈกส่วนใหญ่ มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 3,000-8,000 บาทต่อเดือน พบมากที่สุด โดยมีจำนวน 166 คน คิดเป็นร้อยละ 48.70 รองลงมาคือมีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน มีจำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 22.60 ส่วนรายได้ 8,001-13,000 บาทต่อเดือน มีจำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 18.50 ส่วนผู้มีรายได้มากกว่าหรือสูงกว่า 13,000 บาทต่อเดือน มีจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 10.30 พบน้อยที่สุด

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าร้อยละ ระดับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระຈก คลินิกจักษุวิทยา โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ดังปรากฏตามตาราง 2 และ 3

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย
โรคต่อกระดูก จำแนกตามตัวแปร

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S	ระดับความเชื่อ ด้านสุขภาพ
1. เพศ				
ชาย	126	2.68	0.14	ดี
หญิง	215	2.71	0.13	ดี
2. อายุ (ปี)				
ต่ำกว่า 50 ปี	15	2.61	0.17	ดี
50 - 60 ปี	63	2.68	0.20	ดี
61 - 70 ปี	140	2.71	0.10	ดี
มากกว่า 70 ปี	123	2.71	0.11	ดี
3. ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	62	2.69	0.11	ดี
ประถมศึกษา	217	2.72	0.09	ดี
มัธยมศึกษา	34	2.65	0.17	ดี
อุดมศึกษา	18	2.69	0.14	ดี
สูงกว่าปริญญาตรี	10	2.52	0.39	ดี
4. อาชีพ				
ไม่ประกอบอาชีพ	177	2.71	0.13	ดี
เกษตรกร	48	2.68	0.13	ดี
ค้าขาย	44	2.73	0.10	ดี
รับจ้าง	23	2.66	0.15	ดี
รับราชการ	18	2.65	0.16	ดี
อื่นๆ	31	2.66	0.13	ดี
5. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน				
ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	77	2.67	0.13	ดี
3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน	166	2.72	0.13	ดี

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S	ระดับความเชื่อ ด้านสุขภาพ
8,000 – 13,000 บาทต่อเดือน	63	2.70	0.11	ดี
สูงกว่า 13,000 บาทต่อเดือน	35	2.69	0.14	ดี
รวม	341	2.70	0.13	ดี

จากตาราง 2 แสดงว่าผู้ป่วยโรคต่อกระดูกของโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) มีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตาบอดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อกระดูก เท่ากับ 2.70 ($S=0.13$) ซึ่งจัดอยู่ในระดับดี โดยจำแนกตามตัวแปรได้ดังนี้

1. จำแนกตามเพศ พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกของโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิง มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตาบอดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อกระดูกอยู่ในระดับดี

2. จำแนกตามอายุ พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มีอายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อกระดูก มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ 2.71 รองลงมาคือ กลุ่มผู้ป่วยอายุ 50 – 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 2.68 และกลุ่มอายุต่ำกว่า 50 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 2.61 ตามลำดับ ซึ่งทุกกลุ่มอายุมีระดับความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี

3. จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตาบอดของโรคต่อกระดูกสูงสุด คือ มีคะแนน 2.72 รองลงมา คือ ต่ำกว่าประถมศึกษาและอุดมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน คือ มีคะแนน 2.69 ส่วนระดับมัธยมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ย 2.65 และสูงกว่าปริญญาตรี มีคะแนนเฉลี่ย 2.52 ตามลำดับ ซึ่งทุกกลุ่มมีระดับความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี

4. จำแนกตามอาชีพ พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มีอาชีพค้าขาย มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตาบอดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อกระดูกสูงสุดคือ มีคะแนนเฉลี่ย 2.73 รองลงมาคือ ผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีคะแนนเฉลี่ย 2.71 อาชีพเกษตรกรกรรมมีคะแนนเฉลี่ย 2.68 อาชีพรับจ้างและอื่นๆ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากันคือ 2.66 และอาชีพรับราชการมีคะแนนเฉลี่ย 2.65 ตามลำดับ ซึ่งทุกกลุ่มอาชีพมีระดับความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี

5. จำแนกตามรายได้ของครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกกลุ่มที่มีรายได้ของครอบครัวตั้งแต่ 3,000 – 8,000 บาทต่อเดือน มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันตาบอดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อกระดูกสูงสุด คือ มีคะแนนเฉลี่ย 2.72 รองลงมาคือ กลุ่มผู้มีรายได้ของครอบครัวตั้งแต่ 8,000-13,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ย 2.70 กลุ่มผู้มีรายได้ของ ครอบครัวสูงกว่า 13,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ย 2.69 ตามลำดับ

และกลุ่มผู้มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพต่ำสุดคือ มีคะแนนเฉลี่ย 2.67 ซึ่งทุกกลุ่มรายได้มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี

ตาราง 3 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน และโดยรวม

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ความเชื่อด้านสุขภาพจำแนกรายด้านประกอบด้วย		
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค		
ดี	304	89.20
ปานกลาง	36	10.50
ไม่ดี	1	0.30
รวม	341	100.00
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค		
ดี	332	97.30
ปานกลาง	8	2.40
ไม่ดี	1	0.30
รวม	341	100.00
3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา		
ดี	339	99.40
ปานกลาง	1	0.30
ไม่ดี	1	0.30
รวม	341	100.00
4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน		
ดี	35	10.30
ปานกลาง	185	54.30
ไม่ดี	121	35.40
รวม	341	100.00
5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ		
ดี	331	97.10
ปานกลาง	10	2.90
ไม่ดี	-	-
รวม	341	100.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม		
ดี	335	98.20
ปานกลาง	5	1.50
ไม่ดี	1	0.30
รวม	341	100.00

จากตาราง 3 แสดงว่าผู้ป่วยโรคต่อกระจาก จำแนกระดับความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อกระจากอยู่ในระดับดี จำนวน 304 คน คิดเป็นร้อยละ 89.20 ระดับปานกลางจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 10.50 มีความเชื่อไม่ดี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.30 การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี จำนวน 332 คน คิดเป็นร้อยละ 97.30 อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.40 มีความเชื่อที่ไม่ดี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.30 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา อยู่ในระดับดี จำนวน 339 คน คิดเป็นร้อยละ 99.40 อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.30 มีความเชื่อที่ไม่ดีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.30 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี จำนวน 35 คน คิดเป็น ร้อยละ 10.30 มีความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 185 คน คิดเป็นร้อยละ 54.30 มีความเชื่อที่ไม่ดีจำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 35.40 และมีแรงจูงใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี จำนวน 331 คน คิดเป็นร้อยละ 97.10 อยู่ในระดับปานกลาง 10 คน คิดเป็นร้อยละ 2.90

เมื่อวิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม พบว่าผู้ป่วยโรคต่อกระจากมีระดับความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี จำนวน 335 คน คิดเป็นร้อยละ 98.20 มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพปานกลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1.50 ตามลำดับ และมีระดับความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่ดีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.30

ตอนที่ 3 ผลวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระจาก คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ดังปรากฏตามตาราง 4 และ 5

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
โรคต่อกระดูก จำแนกตามตัวแปร

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง
1. เพศ				
ชาย	126	2.75	0.19	ดี
หญิง	215	2.76	0.17	ดี
2. อายุ (ปี)				
ต่ำกว่า 50 ปี	15	2.69	0.16	ดี
50 - 60 ปี	63	2.74	0.21	ดี
61 - 70 ปี	140	2.80	0.12	ดี
มากกว่า 70 ปี	123	2.73	0.21	ดี
3. ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	62	2.71	0.22	ดี
ประถมศึกษา	217	2.77	0.16	ดี
มัธยมศึกษา	34	2.78	0.16	ดี
อุดมศึกษา	18	2.72	0.17	ดี
สูงกว่าปริญญาตรี	10	2.72	0.35	ดี
4. อาชีพ				
ไม่ประกอบอาชีพ	177	2.76	0.16	ดี
เกษตรกร	48	2.73	0.24	ดี
ค้าขาย	44	2.76	0.17	ดี
รับจ้าง	23	2.81	0.13	ดี
รับราชการ	18	2.79	0.19	ดี
อื่นๆ	31	2.71	0.18	ดี
5. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน				
ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	77	2.69	0.19	ดี
3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน	166	2.79	0.15	ดี

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง
8,000-13,000 บาทต่อเดือน	63	2.77	0.17	ดี
สูงกว่า 13,000 บาทต่อเดือน	35	2.74	0.24	ดี
รวม	341	2.76	0.18	ดี

จากตาราง 4 แสดงว่าผู้ป่วยโรคต่อกระຈกของคลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกาดูแลตนเองเกี่ยวกับการป้องกันตาบอดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อกระຈก เท่ากับ 2.76 ซึ่งจัดอยู่ในระดับดีโดยจำแนกตามตัวแปรได้ดังนี้

1. จำแนกตามเพศ พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อกระຈกโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกาดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อกระຈก เท่ากับ 2.75 และ 2.76 ตามลำดับ ซึ่งจัดอยู่ในระดับดี

2. จำแนกตามอายุ พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อกระຈก กลุ่มอายุ 61-70 ปี มีพฤติกรรมกาดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อกระຈก มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 2.80 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 50 - 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 2.74 กลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 2.73 และกลุ่มอายุต่ำกว่า 50 ปี มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ 2.69 ซึ่งผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุมีระดับพฤติกรรมกาดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

3. จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อกระຈกที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีพฤติกรรมกาดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อกระຈก มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 2.78 รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ย 2.77 ระดับอุดมศึกษาและสูงกว่าปริญญาตรี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากันคือ 2.72 และผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ 2.71 ซึ่งผู้ป่วยทุกกลุ่มระดับการศึกษามีระดับพฤติกรรมกาดูแลตนเอง อยู่ในระดับดี

4. จำแนกตามอาชีพ พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อกระຈกที่มีอาชีพรับจ้างมีพฤติกรรมกาดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อกระຈกสูงสุด คือ มีคะแนนเฉลี่ย 2.81 รองลงมาคือ อาชีพรับราชการ มีคะแนนเฉลี่ย 2.79 อาชีพค้าขายและผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากันคือ 2.76 อาชีพเกษตรกรมีคะแนนเฉลี่ย 2.73 และอาชีพอื่นๆ

ต่ำสุดคือ มีคะแนนเฉลี่ย 2.71 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยทุกกลุ่มอาชีพมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

5. จำแนกตามรายได้ของครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มีรายได้ระหว่าง 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่อกระดูกมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 2.79 รองลงมาคือ รายได้ 8,000-13,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ย 2.77 รายได้ของครอบครัวสูงกว่า 13,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยคือ 2.74 และผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ 2.69 ซึ่งผู้ป่วยทุกกลุ่มรายได้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

ตาราง 5 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อกระดูก

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการดูแลตนเองจำแนกรายด้านประกอบด้วย		
1. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านภาวะโภชนาการ		
ดี	270	79.10
พอใช้	70	20.60
ควรปรับปรุง	1	0.30
รวม	341	100.00
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพักผ่อนนอนหลับ		
ดี	103	30.20
พอใช้	233	68.30
ควรปรับปรุง	5	1.50
รวม	341	100.00
3. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายและการประกอบกิจวัตรประจำวัน		
ดี	213	62.40
พอใช้	116	34.00
ควรปรับปรุง	12	3.60
รวม	341	100.00

ตาราง 5 (ต่อ)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
4. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเข้าสังคม		
ดี	312	91.50
พอใช้	27	7.90
ควรปรับปรุง	2	0.60
รวม	341	100.00
5. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านบทบาทและหน้าที่		
ดี	327	95.90
พอใช้	12	3.50
ควรปรับปรุง	2	0.60
รวม	341	100.00
6. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านความต้องการ		
ดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ		
ดี	313	91.80
พอใช้	26	7.60
ควรปรับปรุง	2	0.60
รวม	341	100.00
7. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านความต้องการดูแล		
ตามภาวะเสี่ยงเบนด้านสุขภาพ		
ดี	330	96.70
พอใช้	11	3.30
ควรปรับปรุง	-	-
รวม	341	100.00
8. พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมทุกด้าน		
ดี	341	100.00
พอใช้	-	-
ควรปรับปรุง	-	-
รวม	341	100.00

จากตาราง 5 แสดงว่าผู้ป่วยโรคต่อกระຈก มีระดับการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี จำนวน 341 คิดเป็นร้อยละ 100.00

จำแนกพฤติกรรมการดูแลตนเองตามรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านภาวะโภชนาการอยู่ในระดับดี จำนวน 270 คน คิดเป็นร้อยละ 79.10 ระดับพอใช้ จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 20.60 และพฤติกรรมที่ควรปรับปรุงจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.30

จำแนกพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพักผ่อนนอนหลับ พบว่า มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 30.20 มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ จำนวน 233 คน คิดเป็นร้อยละ 68.30 และมีการดูแลตนเองที่ควรปรับปรุง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1.50

จำแนกพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายและประกอบกิจวัตรประจำวัน พบว่า มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี จำนวน 213 คน คิดเป็นร้อยละ 62.40 อยู่ในระดับพอใช้ จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 34.00 และมีการดูแลตนเองที่ควรปรับปรุง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 3.60

จำแนกพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเข้าสังคม พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อกระຈกมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี จำนวน 312 คน คิดเป็นร้อยละ 91.50 อยู่ในระดับพอใช้ จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 7.90 และมีผู้ป่วยโรคต่อกระຈกที่ควรปรับปรุงการดูแลตนเอง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.60

จำแนกพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านบทบาทและหน้าที่ พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อกระຈกมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี จำนวน 327 คน คิดเป็นร้อยละ 95.90 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับพอใช้ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 3.50 และมีผู้ป่วยโรคต่อกระຈกที่ควรปรับปรุงการดูแลตนเอง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.60

จำแนกพฤติกรรมการดูแลตนเองตามความต้องการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อกระຈกมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี จำนวน 313 คน คิดเป็นร้อยละ 91.80 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับพอใช้ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 7.60 และผู้ป่วยโรคต่อกระຈกที่ควรปรับปรุงการดูแลตนเอง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.60

จำแนกพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านความต้องการดูแลตนเอง ตามภาวะเปี่ยงเบนด้านสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยโรคต่อกระຈกมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี จำนวน 330 คน คิดเป็นร้อยละ 96.70 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับพอใช้ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30 ไม่พบผู้ป่วยโรคต่อกระຈกที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่ควรอยู่ในระดับควรปรับปรุง

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระຈก คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation-Coefficient) ดังปรากฏในตาราง 6

ตาราง 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพ การรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน		
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	.1908***	.000
- การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.3324***	.000
- การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา	.4722***	.000
- การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน	-.0082	.440
- แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป	.2841***	.000
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	.3680***	.000
ปัจจัยพื้นฐาน จำแนกดังนี้		
เพศ	-.0190	.363
อายุ	-.0118	.414
ระดับการศึกษา	.0328	.273
รายได้ของครอบครัว	.0751	.083
อาชีพ		
- ไม่ประกอบอาชีพ	.0340	.266
- เกษตรกรรม	-.0696	.100
- ค้าขาย	.0095	.431
- รับจ้าง	.0828	.063
- รับราชการ	.0389	.237
- อื่น ๆ	-.0884	.052

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 6 แสดงว่าความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน ได้แก่ การรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน

จากตาราง 7 พบว่า การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ตามลำดับ ดังนี้

ขั้นที่ 1 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นตัวแรก และสามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของโรคต้อกระจก ได้แก่ ตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (BE_3) ซึ่งสามารถอธิบายพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของโรคต้อกระจก ได้ร้อยละ 22.29 ($R^2 = 0.2229$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย เท่ากับ 3.3628 หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาจะมีพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของโรคต้อกระจก เท่ากับ 3.3628 หน่วย ($b = 3.3628$)

ขั้นที่ 2 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นลำดับที่สอง ได้แก่ ตัวแปรแรงจูงใจด้านสุขภาพ โดยทั่วไป (BE_5) เมื่อนำเข้าสมการแล้ว ทั้งตัวแปรแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปและตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (BE_3) ซึ่งเข้าสมการก่อนหน้านี้ร่วมกันอธิบายพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของโรคต้อกระจกได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.12 ($R^2 = 0.2512$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย เท่ากับ 1.2315 หมายความว่าผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพ โดยทั่วไปจะมีพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของโรคต้อกระจกเพิ่มขึ้น เท่ากับ 1.2315 หน่วย ($b = 1.2315$) โดยที่ตัวแปรแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปเพียงตัวเดียว สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของโรคต้อกระจก ได้ร้อยละ 2.83 ($R^2 \text{ change} = 0.0283$)

ขั้นที่ 3 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นลำดับที่สาม ได้แก่ ตัวแปรระดับการศึกษา (ED) เมื่อเข้ามาในสมการแล้ว ทั้งตัวแปรระดับการศึกษา (ED) แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป (BE_5) และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (BE_3) ที่เข้าสมการก่อนหน้านี้ร่วมกันอธิบายพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของโรคต้อกระจกเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 26.96 ($R^2 = 0.2696$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย เท่ากับ 1.1511 ($b = 1.1511$) โดยมีตัวแปรระดับการศึกษา เพียงตัวแปรเดียว สามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของโรคต้อกระจก ได้ร้อยละ 1.84 ($R^2 \text{ change} = 0.0184$)

ขั้นที่ 4 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นลำดับที่สี่ ได้แก่ ตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของโรค (BE_2) เมื่อเข้ามาในสมการทั้งตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของโรค (BE_2) ระดับการศึกษา (ED) แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป (BE_5) และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (BE_3) ที่เข้าสมการก่อนหน้านี้ สามารถร่วมกันอธิบายพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของโรคต้อกระจกเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 27.93 ($R^2 = 0.2793$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย เท่ากับ 0.5748 ($b = 0.5748$) โดยมีตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของโรค (BE_2) เพียงตัวแปรเดียว จึงสามารถอธิบาย ความผันแปรของพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของโรคต้อกระจกได้ร้อยละ 0.97 ($R^2 \text{ change} = 0.0097$)

จากทั้ง 4 ขั้นตอน สามารถเขียนเป็นสมการถดถอยได้ ดังนี้

$$\hat{y} \text{ (PR)} = 13.6671 + 2.8378 (\text{BE}_3) + 1.2142 (\text{BE}_5) + 1.1798 (\text{ED}) \\ + 0.5748 (\text{BE}_2)$$

โดยที่ PR = พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของโรคต้อกระจก

BE₃ = การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา

BE₅ = แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป

ED = ระดับการศึกษา

BE₂ = การรับรู้ความรุนแรงของโรค

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนาย พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจกในโรงพยาบาลเมตตา ประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) คือ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (BE₃) แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป (BE₅) ระดับการศึกษา (ED) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (BE₂) สามารถร่วมกันทำนาย และอธิบายความผันแปรพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ได้ร้อยละ 27.93 ($R^2 = 0.2793$) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ.001

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดจากภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคต้อกระจก
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดจากภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคต้อกระจก
4. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดจากภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคต้อกระจก

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยโรคต้อกระจกเพศหญิงและเพศชายที่มารับบริการที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจักษุวิทยาโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ระหว่างเดือนธันวาคม 2541 ถึงเดือนมกราคม 2542 จำนวน 341 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามข้อตกลงเบื้องต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของ พวงพยอม การภิญโญ โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคต้อกระจกตามตัวแปร ที่ต้องการศึกษา

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โดยมีข้อคำถาม จำนวน 34 ข้อ ในข้อคำถามจะมีข้อความทั้งทางบวกและทางลบ

เกี่ยวกับสภาพความรู้สึกต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคต่อกระเจก ให้ผู้ป่วยตอบคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระเจก โดยมีข้อความจำนวน 39 ข้อ ในข้อความจะมีข้อความทั้งทางบวกและทางลบ เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระเจก ให้ผู้ป่วยตอบคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับเช่นกัน คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสอบถามให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคต่อกระเจก ด้วยข้อความทางบวกและทางลบ รวมทั้งหมด 3 ตอน จำนวน 73 ข้อ

8. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ติดต่อขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) และได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคต่อกระเจก เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2541 จนถึงเดือนมกราคม 2542 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 341 คน เมื่อได้ข้อมูลมาทั้งหมดแล้ว จึงนำมาตรวจสอบความเรียบร้อยเพื่อความสมบูรณ์ครบถ้วน แล้วจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์

9. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC+ (Statistical Package for the Social Sciences/Personal Computer Plus) ดำเนินการวิเคราะห์ตามลำดับขั้นตอนดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานหรือข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคต่อกระเจก โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูล ระดับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อกระเจกในการป้องกันตาบอด โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ คำนวณเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ระดับการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระเจก โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ คำนวณเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระเจก โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนาย คือ ความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของ ครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน(Stepwise Multiple Regression)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า

1. ลักษณะข้อมูลปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่าเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 37.00 เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 63.00 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 61-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.06 มีการศึกษาระดับประถม คิดเป็นร้อยละ 63.60 และไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 51.90 ส่วนรายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 3,000 บาท-8,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 48.68

2. ผู้ป่วยโรคต้อกระจก คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 98.20 มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 1.50 และพบว่าผู้ป่วยโรคต้อกระจกมีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 100

3. ผู้ป่วยโรคต้อกระจก คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ตามสมมติฐานข้อที่ 1

4. ผู้ป่วยโรคต้อกระจก คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อกระจก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

5. ผู้ป่วยโรคต้อกระจก คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรคต้อกระจก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3

6. ผู้ป่วยโรคต้อกระจก คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ตั้งไว้ว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก

7. ผู้ป่วยโรคต่อกระຈก คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระຈก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5

8. ผู้ป่วยโรคต่อกระຈก คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ทั้งเพศชายและเพศหญิง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระຈก ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 6

9. อายุของผู้ป่วยโรคต่อกระຈก คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระຈก ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 7

10. ระดับการศึกษาของผู้ป่วยโรคต่อกระຈก คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระຈก ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 8

11. อาชีพของผู้ป่วยโรคต่อกระຈก คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระຈก ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 9

12. รายได้ของครอบครัวของผู้ป่วยโรคต่อกระຈก คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระຈก ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 10

13. การวิเคราะห์เพื่อหาตัวแปรที่มีประสิทธิภาพในการทำนายพฤติกรรม ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยพื้นฐาน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป ระดับการศึกษา การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระຈก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง) ในทิศทางบวกค่อนข้างสูง มีค่าสหสัมพันธ์ (R) = 0.5285 ตัวแปร ทั้งหมดนี้สามารถร่วมกันทำนายการเปลี่ยนแปลง คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระຈก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ได้ร้อยละ 27.93 ($R^2 = 0.2793$)

อภิปรายผล

การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระຈก คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ผู้วิจัยนำผลการศึกษาค้นคว้ามาอภิปรายในประเด็นที่สำคัญและตามสมมติฐานดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคต้อกระจกส่วนใหญ่พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าเพศหญิงมีการสนใจดูแลตนเองมากกว่าเพศชาย รู้จักการปฏิบัติตนในการไปพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษา เมื่อมีอาการผิดปกติในการมองเห็น เช่น ตามัว มองไม่ชัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ สิริมน ไชยเชษฐ์ (2539 : ก-ข) ที่ทำการศึกษาเรื่องผลกระทบและปัจจัยเสี่ยงของโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลอุดรธานี โดยทำการเปรียบเทียบย้อนหลัง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มารับบริการเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่า ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยก็พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มารับบริการที่คลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) มีอายุระหว่าง 61-70 ปี เป็นเพราะว่าวัยนี้เป็นวัยที่เลนส์ตามีความเสื่อมตามอายุ โดยที่แก้วตาจะดูดน้ำ ทำให้เกิดการขุ่น ทำให้แสงที่ผ่านแก้วตากระจายอยู่อย่างไม่เป็นระเบียบ การมองเห็นจึงไม่ดี ทำให้ตามัว มองเห็นภาพซ้อน เมื่อถึงไถ่เวลานานต้อกระจกจะทำให้ตาบอด ถ้าไม่ได้รับการรักษาผ่าตัดที่ถูกต้อง และจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่า ผู้ป่วยโรคต้อกระจกส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อยอยู่ในระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้ของครอบครัวต่ำประมาณ 3,000-8,000 บาทต่อเดือน เป็นเพราะว่าผู้ป่วยอายุมากแล้ว ทำงานไม่ไหว นอกจากงานเล็กๆ น้อยๆ ในบ้าน จึงทำให้ไม่มีอาชีพ ทำให้รายได้ในครอบครัวลดน้อยลง ส่วนใหญ่เป็นรายได้จากบุตรหลานที่นำมาจุนเจือช่วยเหลือ ส่วนการรักษาได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวที่พยายามหาเงินมารักษาผู้ป่วย ซึ่งเป็นพ่อแม่หรือญาติผู้ใหญ่ จึงเป็นการแสวงหาแนวทางเพื่อการรักษาการเจ็บป่วยของตนเองหรือญาติไม่ให้เกิดความรุนแรงขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่พึงปฏิบัติสำหรับมนุษย์ทุกคน เพื่อการดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อกระจก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .368, p < .001$) ซึ่งอยู่ในระดับดี และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 100 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มีความเชื่อด้านสุขภาพถูกต้องตามความเป็นจริง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมไปด้วย ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการที่บุคคลมีการรับรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้น จะส่งผลให้บุคคลมีการตอบสนองต่อการรับรู้ โดยแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับการรับรู้ นั้นๆ ซึ่งการรับรู้นี้เป็น ส่วนหนึ่งของความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่มีผลต่อการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2532 : 21) คุณสมบัติดังกล่าวจึงเป็นพื้นฐานที่จะนำไปสู่การมีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง มีทักษะในการคิดไตร่ตรอง ตั้งเป้าหมายที่จะดูแลตนเอง ตลอดจนเรียนรู้ที่จะแสวงหาความรู้ และสร้างรูปแบบที่จะดูแลตนเอง (Orem, 1991 : 152-153) ดังนั้น การที่ผู้ป่วยโรคต้อกระจกมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจก และอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคต้อกระจก เช่น ตามัว มองไม่เห็น การเห็นภาพซ้อน และอาการอื่นๆ ที่แทรกซ้อนนั้นถูกต้องตามความเป็นจริง ซึ่งก็คือความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคต้อกระจกตระหนักถึงอันตรายของโรคต้อกระจกที่เกิดขึ้นว่าจะก่อ

ให้เกิดอันตรายอาจทำให้บาดเจ็บได้ต่อตนเอง จึงสนใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนและอันตรายดังกล่าว

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษา ของ สมใจ ยัมวิไล (2531 : 95) ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ พวงพยอม การภิญโญ (2526 : 117) ศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาก็คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองนั่นเอง (Pender. 1982 : 150) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพ ไบแก้ว (2528 : 82) ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับค่อนข้างสูง

ตอนที่ 3 ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อกระจก การรับรู้ประโยชน์ในการรักษาโรคต่อกระจก การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน และแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปกับพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระจก มีดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อกระจก ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.001 ($r=.191$, $p = .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 การที่ผู้ป่วยโรคต่อกระจก มีความรู้สึว่าการเป็นโรคต่อกระจกที่มีอาการตามัวมองไม่เห็นนั้น อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายทำให้ตาบอดได้ต่อตนเอง จึงสนใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดตาบอดดังกล่าว แสดงว่า ผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีด้วย ผลการศึกษาสอดคล้องกับ คำกล่าวของ เบคเกอร์ และไมแมน (Becker and Maiman.1975:12) ที่ว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคได้ดั้นนั้น ต้องมีแรงจูงใจ หรือมีความรู้เกี่ยวกับโรคอย่างใดอย่างหนึ่ง จึงจะทำให้บุคคลเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพอนามัย ซึ่งในทำนองเดียวกับผู้ป่วยโรคต่อกระจกกล่าวคือ ผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคต่อกระจก หากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องก็จะทำให้เกิดตาบอดตามมา ดังนั้น ผู้ป่วยโรคต่อกระจกจะต้องมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อกระจกเสียก่อน จึงจะเกิดแรงจูงใจในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องได้ นิติยา ภาสุนันท์ (2529 : 81) ได้ทำการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด และจากการศึกษาของ สมใจ ยัมวิไล (2531 : 96) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อกระจก ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรง

ของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของโรค ต้อกระจก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .332$, $p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับ สมมติฐานข้อที่ 2 แสดงว่าผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคต้อกระจกอยู่ใน ระดับดี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การที่บุคคลรับรู้ว่ามี โอกาสเกิดโรคแต่เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดการกระทำ หรือพฤติกรรมที่ สอดคล้องกับแผนการรักษาได้ แต่บุคคลนั้นจะต้องเชื่อว่า โรคที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรง ต่ออวัยวะของร่างกายและบทบาททางสังคมของเขา จึงเป็นแรงผลักดันให้มีพฤติกรรมความร่วมมือ ในการรักษา ดังนั้น การที่ผู้ป่วยโรคต้อกระจกรับรู้ ว่า โรคต้อกระจกที่ไม่ได้รับการรักษาผ่าตัด จะมี ความรุนแรงมากจนมีผลทำให้ตาบอดอย่างถาวรได้ และเมื่อเกิดอาการตาบอดอย่างถาวรแล้ว ไม่สามารถรักษาตาให้มองเห็นเหมือนเดิมได้อีก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกศินี ไชนิล (2536:66) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์เบาหวานที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคสูงจะมี พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรินทร์ กลัมพากร (2538:64) ที่พบว่า ผู้ขับขี่ยานยนต์นั่งสาธารณะที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของอุบัติเหตุในระดับดี จะมีพฤติกรรมการใช้เข็มขัดนิรภัยอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา เย็นล้ำ (2535:56) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อลด การสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาล เขตกรุงเทพมหานครที่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ การศึกษาของ สุรินทร์ กลัมพากร (2538:69) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้ขับขี่ยานยนต์นั่งสาธารณะในเขต กรุงเทพมหานคร อธิบายได้ว่า ผู้วิจัยศึกษาในผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ผ่านการตรวจและวินิจฉัย จากแพทย์แล้วว่าเป็นโรคต้อกระจก ซึ่งอาการของโรคต้อกระจกส่วนใหญ่ กว่าผู้ป่วยจะมาพบ แพทย์ก็จะมีอาการตามัว มองไม่ชัด บางรายมีอาการปวด หรือเห็นภาพซ้อนแล้ว จากอาการ ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่เป็นจริงเกิดขึ้นกับตนเอง จึงเกิดความเชื่อว่าโรคต้อกระจกมี ความรุนแรง หากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้ตาบอดได้ ซึ่งผิดกับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของบุคลากร ชายในโรงพยาบาล เขตกรุงเทพมหานคร ที่ยังไม่เห็นผลของการสูบบุหรี่ เนื่องจากยังไม่เกิดโรค หรือมีความผิดปกติของร่างกายให้ได้ประจักษ์ในขณะนั้น และที่สำคัญผู้สูบบุหรี่อาจเกิดความเคย ชินหรือติดบุหรี่แล้ว จึงไม่เชื่อและรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากบุหรี่ ทำให้เกิดอันตรายแก่ สุขภาพของตนได้ เช่นเดียวกับผู้ขับขี่ยานยนต์นั่งสาธารณะที่ไม่ตระหนักเพียงพอว่า ตนเองมีโอกาส ได้รับความรุนแรงจากอุบัติเหตุได้ อาจเป็นเพราะว่าผู้ขับขี่ยานยนต์นั่งสาธารณะยังไม่ประสบ เหตุการณ์ที่รุนแรง และการสูญเสียที่มากจนมีผลต่อพฤติกรรมการใช้เข็มขัดนิรภัย ดังนั้นการ ศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของโรค จึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคต้อกระจก

3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .472$, $p < .001$) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ในการรักษามีความ

สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก แสดงว่าการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาที่ดี ก็จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ โรเซนสตอค (สุรินทร์ กลัมพากร. 2538:69 ; อ้างอิงมาจาก Rosenslock. 1974:328-335) ที่ว่าพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ ขึ้นอยู่กับความเชื่อในประสิทธิภาพ หรือคุณค่าของพฤติกรรมที่จะกระทำว่าสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ การที่บุคคลจะปฏิบัติอย่างไรขึ้นกับว่า วิธีการนั้นๆ เป็นวิธีที่เขาเชื่อว่าให้ประโยชน์กับเขามากที่สุด มากกว่าผลเสียที่เกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาเป็นการรับรู้ผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มีต่อแผนการรักษาว่า สามารถป้องกันตาบอดจากภาวะแทรกซ้อนและควบคุมอาการของโรคได้ ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือโดยปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ อย่างเคร่งครัด จะมีการปฏิบัติเพื่อลดความเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อสุขภาพได้ นิตยา ภาสุพันธ์ (2530 : 82) ศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจ จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พอสรุปได้ว่าการที่ผู้ป่วยโรคต้อกระจกมีการรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษาที่ถูกต้อง จึงทำให้ผู้ป่วยโรคต้อกระจกเลือกที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลตนเองตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันมิให้การดำเนินของโรคต้อกระจกรุนแรงขึ้น จนทำให้ตาบอดถาวรมองไม่เห็นไปตลอดชีวิต

4. การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .440 ($r = -.0082$, $p > .05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก แสดงว่าผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนในระดับไม่ดีถึงระดับปานกลาง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ต้องเหมาะสม ซึ่งการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัย หรือกิจกรรมต่างๆ ตามสภาพเป็นจริงที่ขัดขวางการปฏิบัติตนของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งไม่สอดคล้องการศึกษา สมใจ ยัมวิไล (2531 : 97) พบว่าการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานิยามได้ว่า ผู้ป่วยโรคต้อกระจก มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนปานกลางแต่ไม่ได้ส่งผลให้ปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลตนเองน้อยลงไปในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดี เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายจากอาการตาบอด ถึงจะรับรู้ว่ามีอุปสรรคในการปฏิบัติตน ผู้ป่วยก็พยายามที่จะรักษาสุขภาพตาของตนไว้อย่างดี

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป ผลการศึกษาพบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .284$, $p = .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 แสดงว่าผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปในระดับดี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีและเหมาะสมด้วย แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปจึงมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ โจเซฟ (เกคินี ไข่นิล.2536:68 ;

อ้างอิงมาจาก Joseph. 1980:132) ที่ว่าแรงจูงใจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมและหันมาดูแลตนเอง

โอเรม (Orem.1991:155) ได้มองแรงจูงใจว่า เป็นหนึ่งในสิบของพลังความสามารถในการดูแลตนเอง ที่จะช่วยให้เกิดการกระทำที่จูงใจเพื่อการดูแลตนเอง จากการศึกษาของ สุภาพ ไบแก้ว (2528 : 99) พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งความร่วมมือในการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับ พวงพยอม การภิญโญ (2526 : 110) ศึกษาพบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวาน จากผลการศึกษาค้นคว้านี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคต่อกระเจกตัดสินใจให้ความร่วมมือกับการรักษาของแพทย์และพร้อมที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของตาบอด ในโรคต่อกระเจก จึงมีผลทำให้แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระเจก

ตอนที่ 4 ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ 'รายได้ของครอบครัว กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระเจก ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6,7,8, 9 และข้อที่ 10 กล่าวคือ

เพศ จากการศึกษาพบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระเจก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = - .0190, p > .05$) ซึ่งแสดงว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระเจก ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระเจก ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ศราวดี ตันธรรมจาริก (2541 : 81) พบว่า เพศกับภาวะสุขภาพจิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม ไม่มีความสัมพันธ์กัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรภาพ หงษ์ตระกูล (2532:53) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พร้อมกันนี้ได้สอดคล้องการศึกษาของ รุ่งศรี ศศิธร (2536 : ข) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพกับการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของคณาน ก่อสร้าง จำนวน 200 คน แล้วพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งศรี ยุ่งทอง (2537 : ก-ข) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ กับการศึกษาของ สนิท พึ่งสาย (2539 : 90-100) เรื่องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสินจำนวน 365 คน พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า ผู้ป่วยโรคต่อกระຈກที่มีอาการตามัว มองไม่เห็น และแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อกระຈກต้องได้รับการรักษาตามแผนการรักษา ไม่ว่าเพศหญิงหรือเพศชาย เมื่ออยู่ในภาวะที่คล้ายคลึงกัน จึงจำเป็นต้องปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแบบแผนในการดำรงชีวิตให้สอดคล้องกับแผนการรักษาให้ถูกต้องและเหมาะสมที่สุด เช่น การดูแลตนเองด้านโภชนาการ ด้านการพักผ่อนนอนหลับ ด้านการออกกำลังกาย และการประกอบกิจวัตรประจำวัน ด้านการเข้าสังคม ด้านบทบาทหน้าที่ ความต้องการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และความต้องการดูแลตนเองตามภาวะเปี่ยงเบนด้านสุขภาพ จึงมีผลทำให้เพศกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระຈກ ไม่มีความสัมพันธ์กัน

อายุ จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระຈກ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.0118, p > .05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระຈກ จึงแสดงว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระຈກ ผลการศึกษาค้นคว้า สอดคล้องกับการศึกษาของ เกศินี ไชนิล (2536 : 68) ที่พบว่า อายุของหญิงตั้งครรภ์เบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งศรี ศศิธร (2536 : ข) พบว่า อายุของคนงานก่อสร้าง ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน แต่การศึกษาค้นคว้านี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : ก) ทำการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ ในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดเชียงราย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : ก) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า ผู้ป่วยโรคต่อกระຈกที่มารับบริการตรวจรักษาส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61-70 ปี และอายุมากกว่า 70 ปี เมื่อพิจารณาระดับอายุของกลุ่มตัวอย่างแล้ว จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่าง ทุกรายอยู่ในวัยผู้ใหญ่หรือวัยผู้สูงอายุ ซึ่งถือว่าเป็นวัยที่มีศักยภาพในการดูแลตนเองสูง และอาจเนื่องจากสังคมไทยมีการดำเนินชีวิตแบบครอบครัวและเครือญาติ ในการให้ความช่วยเหลือ และให้คำแนะนำได้กับผู้ป่วยโรคต่อกระຈก ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระຈก อาจจะไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านอายุ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงทำให้พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระຈก

ระดับการศึกษา พบว่าระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระຈก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .0328, p > .05$) ซึ่งแสดงว่า ในการศึกษาครั้งนี้ ระดับการศึกษาของผู้ป่วยโรคต่อกระຈกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระຈก ซึ่งไม่สอดคล้องกับ

สมมติฐานข้อที่ 8 ที่ว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก แสดงว่า ระดับการศึกษาไม่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ โฮมเบิร์ก (ศราวดี ตันธรรมจาริก. 2541 : 82 ; อ้างอิงมาจาก Holmberg. 1987 : 191) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีผลต่อความวิตกกังวลทั้งมีความตึงเครียดทางด้านอารมณ์ ซึ่งสามารถพบในผู้ป่วยทุกคนไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีการศึกษาอยู่ระดับใดก็ตาม ในทำนองเดียวกับการศึกษาของ ลิตดาวัลย์ ชานวิทกุล (2538 : 178) ที่พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แต่การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราหงษ์ตระกูล (2532 : 45-46) ที่พบว่า ปัจจัยด้านการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และจากการศึกษาของ รุธ (Ruth. 1973 : 136-156) พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมักพบปัญหาในการทำควมเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรคและวิธีการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตน เพราะความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องเชิงวิทยาศาสตร์ ซึ่งผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถรับรู้ และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนได้ง่ายกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนอย่างถูกต้องกว่า ดังนั้นผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจึงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้มีการศึกษาต่ำ ผลการศึกษานี้ผู้วิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.60 และมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจะมีอายุ 61-70 ปีขึ้นไป ซึ่งอยู่ในวัยที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพอย่างมาก จึงอธิบายได้ว่า เนื่องจากในปัจจุบันการพัฒนาด้านสาธารณสุขมีมากขึ้น มุ่งเน้นให้ประชาชนพึ่งพาตนเองและมีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการเจ็บป่วย พร้อมกับการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารต่างๆ มีมากมายในลักษณะสื่อที่ประชาชนสามารถเข้าใจได้ง่าย และจากการบอกเล่าถึงศักยภาพ วิวัฒนาการเทคโนโลยีที่ทันสมัยทางการแพทย์ จึงทำให้ผู้ป่วยโรคต้อกระจกซึ่งทราบว่าเป็นโรคต้อกระจกที่สามารถทำการรักษาผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แวตาเทียมให้สามารถมองเห็นได้ จึงมีความพยายามอย่างยิ่งในการหาความรู้เพื่อดูแลตนเองให้ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข โดยพยายามแสวงหาความรู้ในเรื่องสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องเพิ่มเติมมากขึ้น การรักษาที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนของตาบอดจากโรคต้อกระจก และอีกประการหนึ่งโรคต้อกระจก เป็นโรคที่พบเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งมีประสบการณ์ตรงที่คล้ายกัน ซึ่งวัยอื่น ๆ ไม่มี และกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน ดังนั้นเมื่อทราบว่าหากไม่ดูแลตนเองจะทำให้ตาบอดซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอย่างลำบาก เนื่องจากตาบอดมองไม่เห็น เกิดปัญหาเป็นภาระครอบครัวและสังคม จึงมีผลทำให้ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก

อาชีฟ จากการศึกษาพบว่า อาชีฟ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงว่าการศึกษานี้ พบว่าอาชีฟของผู้ป่วยโรคต้อกระจกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 9 ที่ว่า อาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริมน ไชยเชษฐ์ (2539:ก-ข) ที่ทำการศึกษารื่องผลกระทบ และปัจจัยเสี่ยงของโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลอุดรธานี โดยทำการเปรียบเทียบย้อนหลัง ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านอาชีพไม่มีความสัมพันธ์ต่อผลกระทบและปัจจัยเสี่ยงของโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาของผู้วิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับ สุวารีวรรณ กิจสมัคร (2539 : 153-157) ที่พบว่า อาชีพต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันโรคต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 และการศึกษาของ สนิท พิงสาย (2539 : 90) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีอายุมากแล้วและไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 51.90 รองลงมาก็เป็นอาชีพเกษตรกรและอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 14 และร้อยละ 12 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่ต้องกระทำในช่วงระยะหนึ่งอย่างต่อเนื่องขณะที่ตาพร่ามัวมองไม่เห็น เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และให้พ้นจากสภาพความพิการของตาบอดจากโรคต้อกระจก การที่บุคคลจะตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองได้นั้น โอเรม และเทเลอร์ (Orem and Taylor. 1986 : 37-71) ได้เน้นถึงการมีความรู้และทักษะที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ได้รับความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองจากบุคคลใกล้ชิด แพทย์ พยาบาลที่รักษา และสื่อต่างๆ จึงมีความสามารถในการดูแลตนเองดี ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองความเจ็บป่วยหรือความต้องการทางด้านร่างกายได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น อาชีพจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก

รายได้ของครอบครัว จากการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .0751, p > .05$) แสดงว่ารายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 10 ที่ว่า รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ ชานวิทกุล (2538 : 178) ที่พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุวิชา จันทรสฤษฎกุล (2536 : 120) ที่พบว่า รายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่สอดคล้องกับ สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : ก) ที่พบว่า รายได้ของครอบครัวต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร และไม่

สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 53-54) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าโรคต่อกระดูกเป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาผ่าตัดและเปลี่ยนใส่เลนส์แก้วตาเทียม เพื่อให้ตามองเห็นและฟื้นฟูสภาพความพิการของตาบอด ผู้ป่วยจึงต้องเตรียมพร้อมด้านรายได้สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษา ประกอบกับสังคมไทยมีความเป็นอยู่แบบครอบครัวและเครือญาติ เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับผู้ป่วย จะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในรายได้ที่ไม่มีรายได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคต่อกระดูกส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ไม่ได้ประกอบอาชีพอะไร อยู่เฝ้าบ้านเลี้ยงหลาน หรือบางรายที่มีครอบครัวจะได้รับการสนับสนุนจากสามีหรือภรรยา หรือบุตรหลานที่จะช่วยเหลือด้านรายได้ บางรายมีบุตรรับราชการก็สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่เดือดร้อนเรื่องรายได้ ดังนั้น ปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัวจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ตัวแปรหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนาย ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการรักษาโรค การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนและแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป และปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว เพื่อร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกของโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

ในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ผลจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีปัจจัยดังต่อไปนี้ที่สามารถร่วมกันทำนายได้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (BE_3) แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป (BE_5) ระดับการศึกษา (ED) การรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ได้ร้อยละ 27.93 (ตาราง 7) และเมื่อพิจารณาอิทธิพลของตัวแปรแต่ละตัวแล้ว พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา (BE_3) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) มากที่สุด รองลงมาคือ แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป (BE_5) ระดับการศึกษา (ED) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (BE_2) ตามลำดับ

มีสมการถดถอยที่ดีที่สุด ในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกระดูกในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) คือ

$$PR = 13.6671 + 2.8578 (BE_3) + 1.2142 (BE_5) + 1.1798 (ED) + 0.5748 (BE_2)$$

จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จะพบว่า ตัวแปร เพศ อายุ อาชีพ รายได้ของครอบครัว การรับรู้

โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน ไม่มีความสามารถในการทำนาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อกระเจกในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ได้ ซึ่งผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ดังเหตุผลต่อไปนี้

เพศ เนื่องจากเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังอธิบายไว้แล้วในสมมติฐานข้อที่ 6 (ตอนที่ 4) ดังนั้น เพศจึงไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้

อายุ เนื่องจากอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังอธิบายไว้แล้วในสมมติฐานข้อที่ 7 (ตอนที่ 4) ดังนั้นอายุจึงไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้

อาชีพ และ รายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังอธิบายไว้แล้วในสมมติฐานข้อที่ 9, 10 (ตอนที่ 4) ดังนั้น อาชีพ และรายได้ของครอบครัวจึงไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่เนื่องจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระเจก ในระดับต่ำ ($r = .1908$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จึงไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้

การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังนั้นจึงไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เช่นกัน

เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเรม ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระเจก ซึ่งเป็นปัจจัยด้านความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระเจกมากกว่าปัจจัยอื่นๆ ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่า ระดับการศึกษาถึงแม้ผู้ป่วยมีการศึกษา แต่ผู้ป่วยมีอายุสูงตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้มีประสบการณ์ชีวิต ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยโรคต่อกระเจกสามารถคิด พิจารณาสถานการณ์ของตนเองดีขึ้น ทำให้รับฟังข้อมูลข่าวสารได้อย่างเข้าใจ และทำให้สนใจศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ตลอดจนสามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค วิธีการรักษาและการปฏิบัติตนให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาวะของโรคต่อกระเจกที่เป็นอยู่ ก่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมในขณะเดียวกันความเชื่อด้านสุขภาพก็มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพดีจะมีการรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างถูกต้อง ก่อให้เกิดแรงจูงใจจะปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงหรือลดภาวะอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) และยังพบว่า ตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค ต้อกระจกได้ดีที่สุด คือ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป ระดับการ ศึกษา และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ ในการวางแผนให้ความรู้ทางด้านสุขภาพแก่ ผู้ป่วยโรคต้อกระจก ได้ดังนี้

1. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ที่สัมผัสสุขภาพ ควรเน้นถึงประโยชน์ในด้านการรักษา พยาบาล ความรุนแรงของโรค ให้มากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยและประชาชนตระหนักถึงความสำคัญ ของการรักษา ไม่ปล่อยให้โรคเกิดความรุนแรงมากขึ้นจนยากแก่การป้องกันและแก้ไข ทำให้เกิด ตาบอดถาวรได้

2. นักวิชาการสุขภาพ เจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สัมผัสสุขภาพ ต้องพัฒนาหารูปแบบ และวิธีการสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยและประชาชน ได้รับความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับโรคต้อกระจกอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง

3. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุ มีการศึกษาน้อย การเผยแพร่สื่อควรจัดให้เหมาะสม กับสภาพและสถานการณ์ของผู้ป่วยให้มากที่สุด

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาตัวแปรด้านอื่น ที่มีผลต่อการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของ โรคต้อกระจก เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม และแบบแผนชีวิตด้านอื่น ๆ

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคต้อกระจก อันจะนำไปจัดระบบงานสุขภาพ เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแล ตนเองของผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มีประสิทธิภาพ

3. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรค ต้อกระจก และเพื่อนำไปสู่การจัดระบบงานสุขภาพให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กมลรัตน์ หล้าสูงษ์. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2533.
- กรรณิกา สุวรรณโคตร. เอกสารการสอนชุดวิชา กรณีเลือกสรรการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ
หน่วยที่ 6-10. นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2530.
- กานดา พุนลาภทวี. สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ฟิสิกส์เซ็นเตอร์การพิมพ์,
2530.
- กรแก้ว กอวัฒนา. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด.
วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.
- กองการศึกษา, มูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. การฟื้นฟู
สมรรถภาพของคนตาบอดในชนบทและการฝึกผู้ฝึกสอนคนตาบอดในท้องถิ่น.
กรุงเทพฯ : ยูเสด องค์การเฮเลนเคลเลอร์ อินเตอร์เนชั่นแนล, 2537.
- กอบแก้ว คุณตวัส. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค
ปอด. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537. อัดสำเนา.
- เกศินี ไช้เนิล. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิง
ตั้งครรภ์เบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
อัดสำเนา.
- โกสุม สุวรรณขภู. ช่วยป้องกันมิให้ประชาชนตาบอดได้. แลงการณ์สาธารณสุข กรุงเทพฯ :
ม.ป.ท., 2505.
- จรรยา สุวรรณทัต. “ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก,” ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการ
พัฒนาการเด็กและเลี้ยงดูเด็ก หน่วยที่ 8-15 สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมมาธิราช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พัชชวนพิมพ์, 2537.
- จารุวรรณ ชันติสุวรรณ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือ
ในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2528. อัดสำเนา.
- จินตนา เหลืองสุวาลัย. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และเจตคติต่อโรคกับพฤติกรรมการ
ป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่น ในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความ
สามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์
วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- จรีเมธ กาญจนารัตน์. เรื่องของตา. กรุงเทพฯ : มูลนิธิรามธิบดี, 2519.
- เจิมใจ ลินเจิมลิริ. “การให้ภูมิคุ้มกันแก่ดวงตา,” แพทยสารทหารอากาศ. 23(3) : 229-
235; 2520.

- จำนงค์ อังคณาวิตถ์. “การพยาบาลผู้ป่วยโรคตา : บทบาทและความรับผิดชอบต่อที่มีปัญหาเกี่ยวกับดวงตา,” การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์เล่ม 3. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2532.
- เฉลา เพียรชอบ. การศึกษาการดูแลตนเองของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ใน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529. อัดสำเนา.
- ชเนศ นันทวิสัย. “รายงานการสำรวจสภาวะตาบอดและโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญในประเทศไทย พ.ศ. 2530,” จักษุสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : บริษัทพิมพ์สวาย, 2535.
- ชนินทร รัตนสกุล. การศึกษาเปรียบเทียบการรักษาต่อกระจกแผ่นพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540. อัดสำเนา.
- ชูศรี ผลเพิ่ม. ปัจจัยกำหนดการใช้บริการเพื่อรักษาการเจ็บป่วยในสถานพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2527.
- _____. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- _____. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
- ถนอม เหล่ารักพงษ์. “ผลกระทบทางสังคมของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจกในประเทศอินเดีย,” จักษุสาธารณสุข. 6(2) : 189-192 ; กรกฎาคม-ธันวาคม, 2534.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. “แนวความคิดทางด้านพฤติกรรมอนามัย,” ใน รายงานการสัมมนาระดับชาติ เรื่อง การพัฒนางานวิจัยสาธารณสุขและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ทวีศักดิ์ จุลวัจนะ. โรคตา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ฟีนีพับลิชชิ่ง, 2534.
- เทียนชัย พรหมภูเบศร์. รายงานการสำรวจสภาวะตาบอดและโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญในประเทศไทย พ.ศ. 2537. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : กิจเสรีการพิมพ์, 2536.
- ธนารักษ์ สุวรรณประไพศ. การตรวจรักษาโรคตาเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535.
- นริรัตน์ อยู่สวัสดิ์. “การส่งเครื่องผ่าตัดโรคต้อกระจก,” การพยาบาลทางห้องผ่าตัด. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เมดิคัลมีเดีย, 2531.
- นภัสวรรณ อินประสิทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคซิโคโนซิสของคณานโรงโมหิน จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.

- นิตยา ภาสูนันท์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.
- นิตยา เย็นฉ่ำ. ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อลดอุบัติเหตุของบุคลากรชายในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- นิยม คอนยามา. เรื่องของตา. กรุงเทพฯ : บีเอฟไอ การพิมพ์, 2535.
- บุษกร สุรังสรรค์. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางเสียงของตำรวจจราจร ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จราจรหนาแน่น ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- เบญจพร แก้วมีศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. ปรียญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.
- ประคอง วรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือ ดร.ศรีสง่า, 2525.
- _____. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ (ฉบับปรับปรุงแก้ไข). กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือ ดร.ศรีสง่า, 2529.
- ประคอง อินทรสมบัติ. “ประโยชน์ของทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในการปฏิบัติการพยาบาล,” ใน การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2531.
- ประจักษ์ ประจักษ์เวช. การใช้ยาทางจิตวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. ภาควิชาจิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์จุฬา, 2529.
- พนมศรี เสาร์สาร. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของหญิงบริการในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- พวงพยอม การภิญโญ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526. อัดสำเนา.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2533.
- _____. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : ฟิงเกอร์ปรีน แอนด์ มีเดีย, 2536.
- _____. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2536.

- พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคนอื่นๆ. “ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ความต้องการทางด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเอดส์ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในเขตกรุงเทพมหานคร,” รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. “แนวความคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง,” ใน การดูแลสุขภาพตนเอง ทัศนะทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคนอื่นๆ. การดูแลตนเอง : ทัศนะทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แสงแดด, 2530.
- ไพจิตร เอื้อทวีกษ์. “ปัญหาทางจิตในชนบท,” สารคดีราช. 30(9) : 1504-1510 ; กันยายน, 2537.
- แพรวระพี เรืองเดช. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- มัลลิกา 'ตั้งเจริญ. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการ ติดเชื้อโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย มหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- มัลลิกา บุนนาค. สถิติเพื่อการตัดสินใจ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2536.
- มัลลิกา มัติโก. “แนวคิดและพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง,” ใน การดูแลสุขภาพ ตนเอง ทัศนะทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- มุกดา คุณาวัฒน์. ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อความบกพร่อง ในการดูแลและการปรับตัวในสังคม ของผู้ป่วยจอประสาทตาเสื่อม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- เมธ หลินวงศ์. ต่อกระดูก. กรุงเทพฯ : พิมพ์สวย, 2535.
- เยาวรัตน์ ศุภกรรม. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษและเหงือกอักเสบของเด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ใน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2540. อัดสำเนา.
- รุ่งศรี ยิ่งทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ค่านิยมทางสุขภาพกับพฤติกรรม ในการป้องกันโรคเอดส์ของพนักงานบริการในสถานเริงรมย์ ในเขตจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537. อัดสำเนา.

- รุ่งศรี ศศิธร. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงานก่อสร้างในบริษัทรับเหมาก่อสร้างบางแห่ง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- ลัดดาวัลย์ ชานวิฑิตกุล. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจริญกรุง. วิทยานิพนธ์ วท.ม./ กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.
- วรุณวรรณ ฝาโคตร. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรคไวรัสฮิบของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพฯ . ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.
- วิชาญ ศรีสุพรรณ. “ปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาโรคต่อกระเจก,” เอกสารประกอบการบรรยายการอบรมฟื้นฟูพยาบาลเวชปฏิบัติทางจักษุ ครั้งที่ 6. ณ โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี, 2533.
- _____. “การบริการต่อกระเจกในประเทศไทย,” ใน วารสารจักษุสาธารณสุข. 6(2) : 139-147 ; กรกฎาคม-ธันวาคม 2535.
- วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2526.
- _____. หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2530.
- _____. “ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่ายๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้,” ข่าวสารการวิจัยการศึกษา. 18(3) : 9-10 ; กุมภาพันธ์-มีนาคม, 2538.
- ศราวดี ตันธรรมจาริก. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.
- ศิริชัย พงษ์วิชัย. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
- ศิริพร พงษ์โกคา. การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคตับอักเสบไวรัสบี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. รายงานการสำรวจสภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ.2529. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2529.
- _____. รายงานการสำรวจสภาวะเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติของครอบครัว พ.ศ. 2536 สำนักงานกฤษฎามนตรี. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2536.

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และกันยา บุรานนท์. “สุขศึกษากับสุขภาพ,” ใน เอกสารการสอนชุด วิชาสุขศึกษา. หน่วยที่ 1. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2527.

สมจิตต์ หนูเจริญกุล. “การดูแลสุขภาพตนเองในการพยาบาล ทฤษฎีและการประยุกต์ทาง คลินิก,” ใน ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. ลือชัย ศรีเงินยวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. บรรณาธิการ กรุงเทพฯ : ศูนย์การศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

_____. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ : วิกิภูลิน, 2534.

_____. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : วี.เจ. พรินต์, 2536.

สมใจ ยิ้มวิไล. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการกับการดูแล ตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.

สมชัย วงศ์เวชสวัสดิ์. รายงานการสำรวจสภาวะตาบอดและโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญใน ประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : กิจเสรีการพิมพ์, 2540.

สมทรง ศุภศิลป์. ความเชื่อและปัจจัยทางสังคม-เศรษฐกิจ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคอุจจาระร่วงของมารดาและบุตรในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526. อัดสำเนา.

✓ สนิท พิงสาย. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของ ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539. อัดสำเนา.

สมสงวน อัมมคุณ. ต้อกระจก. กรุงเทพฯ : พิมพ์สวย, 2535.

สมศักดิ์ รัตมิตต์. ต้อกระจก. กรุงเทพฯ : พิมพ์สวย, 2535.

สาธารณสุข, กระทรวง. สภาพและปัญหาสาธารณสุข นโยบายและกลวิธีการพัฒนาใน แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539). กรุงเทพฯ : กองแผนงาน สาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง, 2535.

_____. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2536. กรุงเทพฯ : องค์การทหารผ่านศึก, 2538.

เสาวภา วิชิตวาทย์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสีย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

สิริลักษณ์ กุญชร ณ อยุธยา. “ทำอะไรตาจึงจะสวย,” วิทยาสารเสนารักษ์. 32(4) : 246; กรกฎาคม-สิงหาคม 2522.

สิริมม ไชยเชษฐ์. ผลกระทบและปัจจัยเสี่ยงของโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อัดสำเนา.

- สุกัญญา ณรงค์วิทย์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน
การโรคในผู้หญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,
2532. อัดสำเนา.
- สัญญา ปิลกศิริ. ทักษะพื้นฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์, 2526.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และลัดดาวัลย์ รอดมณี. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการ
การวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : ภาพพิมพ์, 2527.
- สุธิดา อารยพิทยา. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และปัจจัยบางประการกับการ
ดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- สุธีรา อายุวัฒน์. ความเชื่อและการเจ็บป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ชนิษฐ์การพิมพ์,
2527.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539.
- สุภาพ กลีบบัว. ความรู้ด้านอนามัยและสภาวะสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6
'สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524. อัดสำเนา.
- สุภาพ ใบแก้ว. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการ
รักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2528. อัดสำเนา.
- สุรเกียรติ อาชานภาพ. "นันททัศนะต่อความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง," ใน
วิจัยพฤติกรรมสุขภาพ. 2(2) : 5 ; พฤษภาคม-สิงหาคม 2533.
- _____. ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป หลักการวินิจฉัยและรักษาโรค. พิมพ์ครั้งที่ 1.
สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2537.
- สุรพงษ์ ดวงรัตน์. ดวงตาน่าถนอม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2530.
- สุรินทร์ กลัมพากร. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้
เข็มฉีดยาของผู้ป่วยที่รพ.รามาธิบดีในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์
วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.
- สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและ
ปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้หญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาล
รัฐบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- _____. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดัน
โลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
อัดสำเนา.

- สุรีย์ จันทรโมลี และคนอื่น ๆ. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ปีที่ 6 และผู้จบประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- _____. ประสิทธิภาพของการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพแนวใหม่เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ ศศ.ด. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- สุวิมล ฤทธิมนตรี. การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- สุวิชา จันทรสุริยกุล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตัวเองโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- ✓ สุวารีวรรณ กิจสมักร. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539. อัดสำเนา.
- ลำราญ วังศำห์. “จักษุศาสตร์ป้องกัน,” จดหมายเหตุทางแพทย์. 43(3) : 350-365; 2503.
- ลำเรียง บุญเรืองรัตน์. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรพหุคูณ. กรุงเทพฯ : ศึกษาพร, 2536.
- หงษ์ทอง อัครอนานนท์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537. อัดสำเนา.
- อนงค์ พานิชปฐมพงศ์. “ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย,” ข่าวสารการพยาบาล. 2(3) : 14 ; พฤษภาคม-สิงหาคม 2539.
- อรรถัย รวยอาจิน และกาญจนา แก้วเทพ. “บทบาทแพทย์แผนโบราณในการพัฒนาสาธารณสุขของไทย,” รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.
- อารีย์ เจริญพงศ์. ความรู้เรื่องต่อกระเจก. กรุงเทพฯ : Prasit Lulitanond publisher, 2526.
- อังคณา นวลยง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.

- เอนก เพทวนิช. จิตวิทยาในเวชปฏิบัติทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งเรืองรัตน์, 2528.
- เอื้อมพร กาญจนรังสิชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือด ขณะได้รับการบำบัดชั้นถอนพิษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อุดลำนนา.
- Ajzen, I. and M. Fishbein. Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior. Englewood Cliffs, N.J. : Practice Hall, 1980.
- Andreoli, Kathleen G. "Self concept and Health Belief in Complicant an Noncomplicant Hypertention Patiens," Nursing Research. 30 : 323-328 ; November-December, 1981.
- Barenholtz, H. "Effect of Inhaled Corticosteroids on the Risk Cataract Formation in Patiens with Steroid Dependent Asthma," Joumal-Article. U.S.A. 30(1) : 1324-1327 ; November, 1996.
- Bcane, P.G. "Cataract," In Principles and Praticce of Adult Health Nursing. 10 : 1436-1445; 1994.
- Becker, M.H. "The Health Belief Model : Origins and Correlates in Psychological Theory," Health Education Monographs. 2 : 336-385 ; Winter, 1974.
- _____. "The Health Belief Model and Sick Role Bahavior," In The Health Belief Model and Personal Health Behavior. p. 82-90. New Jersey : Chales B. Slack, 1974.
- Becker, M.H. "The Health Belief Model and Prediction of Dictary Compliance : A Field Experiment," Journal of Health and Social Behavior. 18 : 348-366 ; December, 1977.
- Becker, M.H. and L.A. Maiman. "The Health Belief Model and Sick Role Behavior," In The Health Belief Model and Personal Health Behavior. New Jersey : Chales B. Slack, 1975.
- Becker, M.H. and L.A. Maiman. "The Health Belief Model : Origins and Correlations," The Health BeliefModel and Personal Health Behavior. p. 9-25. New Jersey : 1974.
- _____. "Strategics for Enhacing Patient Compliance," Journal of Community Health. 6(1) : 113-131 ; Winter, 1980.

- Becker, M.H. and L.A. Maiman. "Social Behavioral Determinants of Complicant with Health and Medical Care Recommendation," Medical Care. 13 : 10-20 ; January, 1981.
- Becker, M.H. and others. "The Health Belief Model and Personal Health Behavior," Health Education Monographs 2. 4 : 409-419 ; Winter, 1974.
- _____. "New Approach to Explaining Sick Role Behavior in Lowincome/Population," American Journal of Public Health. 64 : 205-216 ; March, 1974.
- _____. "Select Psychosocial Model and Correlations of Individual Health Related Behavior," Medical Care. 15 : 27-46 ; May, 1977.
- _____. "Compliance with a Medical Regimen for Asthma : A Test of the Health Belief Model," Public Health Report. 93(3) : 268-277 ; May-June, 1978.
- Best, John W. Research in Education. Englewood Cliffs : Prentice Hall, 1959.
- _____. Research in Education. 2nd ed. New Jersey : Prentice Hall, 1963.
- Brush, P.J. and R.J. Iannotti. "A Children's Health Belief Model," Medical Care. 28 : 69-86 ; January, 1990.
- Christen, W.G. "Antioxidants and Age-Related Eye Disease Current and Future Perspectives," Journal Article. 6(1) : 60-66 ; January, 1996.
- Cooper, J.M. "Development of day Case Cataract Surgery : A Literature Review," British-Journal of Nursing. 5(21) : 1327-1333 ; November-December, 1996.
- Cronbach, Lee Joseph. Essential of Psychological Testing. 8rd ed. New York : Harper and Row, 1970.
- Edward, Allen L. Statistical Methods of the Behavior Science. New York : Rinehart, 1954.
- _____. Statistical Analysis. New York : Rinehart, 1957.
- _____. Techniques of Attitude Scale Construction. New York : Appleton Century Crofts, 1957.
- _____. Statistical Analysis. 3rd ed. New York : Holt, Rinehart and Winston, 1969.
- Hallal, J.C. "The Relationship of Health Belief, Health Locus of Control and Self Concept to the Practice of Breast Self Examination in Adult Woman," Nursing Research. 31 : 137-142; 1982.
- Heinzclmann, F. and R.W. Bagley. "Response to Physical Activity Programs and their Effects on Health behavior," Public Health Reports. 85 : 905-911 ; October, 1970.

- Hochbaum, G.M. "Public Participation in Medical Screening Program," PHS Publication. 572 : 1-28; 1958.
- Joseph, L.S. "Self Care and the Nursing Process," Nursing Clinic of North American. 15 : 130-143 ; March, 1980.
- Kasl, S.V. and S. Cobb. "Health Behavior Illness Behavior and Sick Role Behavior," Environmental-Health. 12 : 246-266 ; Febuary, 1966.
- Kleinman, A. Patient and Healers in the Context of Culture. Berkeley : University of California Press, 1980.
- Kratz, R.P. and H. Johnshammas. Cataract. London : J.B. Lippincott, 1991.
- Langlie, J.K. "Social net Work, Health Belief and Preventive Health behavior," Journal of Health and Social Behavior. 18 : 244-260 ; September, 1977.
- Latham, B. and P. Ambross. "Cataract Patients Post-Op Eye-Care : Development and Evaluation of a Teaching Program," Journal Article. 10(1) : 4-9 ; September-November, 1992.
- Lewin, L.S. "The Layperson as the Primary Care Practioner," In Public Health Report. New York : Prodist, 1976.
- Lewin, L.S. "Self-Care in Health : Potential and Pitfalls," World Health Forum. 2(2) : 177-184 ; February, 1981.
- Livingston, P.M., C.A. Carson and H.R. Taylor. "The Epidemiology of Cataract : A review of the literature," Journal Article. Metherlands 2(3) : 151-164 ; December, 1995.
- Mattew, D. and R. Hignson. "Improving Patient Compliances," Medical Clinics of North America. 61 : 879-889 ; July, 1977.
- Midelfart, A. "Woman and Men same eyes," Depart of Ophthalmology, Faculty of Medicine : University of Trondheim ; Denmark. 74(6) : 589-592 ; December, 1996.
- Mikhail B. "The Health Belief Model : A Review and Critical Evaluation of the Model, Research, and Practice," Advances in Nursing Sciene. 4 : 65-82 ; October, 1981.
- Miller, S.P. and other. "Indications of the medical regimen adherench for myocardial infarction patients," Nursing Research. 34 : 268-272 ; October, 1985.
- Montegermery, J.B. and others. "The Health Belief in Understanding Complicance with Preventive Recommendation for AIDS : How Useful?," AIDS Education Prevention. 4 : 303-323 ; Winter, 1989.

- Moore, M.L. Newborn Family and Nurse. 2nd ed. Philadelphia : W.B. Saunders, 1981.
- Norris, C.M. "Self-care," American Journal of Nursing. 78 : 487-489 ; 1989.
- Orem, D.E. Nursing : Concepts of Practice. 3rd ed. New York : Mcgraw Hill, 1971.
- _____. Concept of Practice. 2nd ed. New York : Mcgraw Hill, 1980.
- _____. Nursing : Concepts of Practice. 3rd ed. New York : Mcgraw Hill, 1985.
- _____. "Orem's General Thoery of Nursing," In Nursing Science : Major Paradiam. Theories, and Critiques. Edited by R. Parse. p. 19-90. Philadelphia : W.B. Saunders, 1987.
- Orem, D.E. Nursing : Cataracts of Practice. Missouri : Mossby-Year Book, 1988.
- _____. 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.F. Winstead. p. 37-71 New York : National Leaque for Nursing, 1986.
- Parver, L.M. and others. "Characteristics and Causes of Penetrating Eye Injuries Reported to the National Eye Trauma System Registry," Journal Article. United States. 108(5) : 625-632 ; September-October, 1993.
- Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. 2nd ed. Norwalk : Appleton-Century-Crofts, 1982.
- _____. Health Promotion in Nursing Practice. 2nd ed. California : Appleton and Lange, 1987.
- Rosenstock, I.M. "Historical Origins of the Health Belief Model," Health Education Monographs 2 : 330-335 ; Winter, 1974.
- _____. "The Health Belief Model and Preventive Health Behavior," Health Education Monographs. 2 : 330-335 ; Winter, 1974.
- Rossentock, I.M. and others. "Why People Fall to Seek Poliomyelitis Vaccination," Public Health Report. 74 : 98-102 ; 1959.
- Ruth, W.C. The Self Concepts : A Review of Methodological Consideration and Measuring Instrument. London : University of New Brasea Press, 1974.
- Ruth, W.U. Behavior and Illness. Englewood Clifts : Prentice Hall, 1973.
- Victor, Domine Joseph. "A Sociological Analysis of the Relationship of Social Factors to Childhood Illness," Dissertation Abstracts International. 37 : 5364-A ; Febuary, 1977.
- W.H.O. Rapid Laboratory Techniques for the Diagnosis of Viral Infections. Technical Report Services, 1981.

Weinberger, M. and others. "Health Belief and Smoking Behavior," American Journal of Public Health. 71 : 1253-1255 ; 1981.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือขอความอนุเคราะห์

ที่ ทม 1007/8590 (สำเนา) บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110
ครุฑ

8 พฤศจิกายน 2541 /

เรื่อง ขอความร่วมมือในการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

ด้วย นางจินตนา มณฑลปัญญากุล นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงศ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตจำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย โดยขออนุญาตให้ผู้ป่วยที่มารับการรักษาโรคต้อกระจก ตอบแบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ในระหว่างเดือนธันวาคม 2541 - มกราคม 2542

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางจินตนา มณฑลปัญญากุล ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย

โทร./โทรสาร. 258-4119

(สำเนา)

ที่ ทม 1007/3703

ครุฑ

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

25 กันยายน 2541

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือการวิจัย

เนื่องจาก นางจินตนา มณฑลปัญญากุล นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาล” โดยมีคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ คือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ ประธาน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที กรรมการ

บัณฑิตวิทยาลัยขอเชิญ นายแพทย์ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์, นายแพทย์อัมพร จงเสรีจิตต์ และ อาจารย์ศิริกาญจนา เอกสิริไตรรัตน์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัยหวังว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่ง
มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานเลขานุการบัณฑิตวิทยาลัย

โทร./โทรสาร. 258-4119

(สำเนา)

ที่ ทม 1007/3702

ครุฑ

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

25 กันยายน 2541

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือการวิจัย

เนื่องจาก นางจินตนา มณฑลปัญญากุล นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาล” โดยมีคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ คือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ ประธาน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิลลัตร์เวที กรรมการ

บัณฑิตวิทยาลัยขอเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัยหวังว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่ง
มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานเลขานุการบัณฑิตวิทยาลัย

โทร./โทรสาร. 258-4119

(สำเนา)

ที่ ทม 1007/3702

ครุฑ

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

กันยายน 2541

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักทดสอบและประเมินผล มศว ประสานมิตร

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือการวิจัย

เนื่องจาก นางจินตนา มณฑลปัญญากุล นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาล” โดยมีคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ คือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ ประธาน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที กรรมการ

บัณฑิตวิทยาลัยขอเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.สมสรร วงษ์อยู่น้อย เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัยหวังว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่ง
มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานเลขานุการบัณฑิตวิทยาลัย

โทร./โทรสาร. 258-4119

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สมสรร วงษ์อยู่น้อย
อาจารย์ประจำภาควิชาวัดผลและประเมินผล
สำนักทดสอบและประเมินผล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว
อาจารย์ประจำภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นายแพทย์ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์
นายแพทย์ 8 ผู้เชี่ยวชาญด้านจักษุวิทยา
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
4. นายแพทย์อัมพร จงเสรีจิตต์
นายแพทย์ 7 ผู้ชำนาญการด้านจักษุวิทยา
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
5. นางศิริกาญจนา เอกสิริไตรรัตน์
พยาบาลวิชาชีพ 7 รองหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ด้านวิชาการ
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
(แบบสัมภาษณ์)

เลขที่แบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบถึงข้อมูลส่วนตัวของท่าน ขอให้ท่านโปรดพิจารณา
คำถามและตอบคำถามข้อที่ตรงกับตัวท่านตามสภาพเป็นจริงข้อเดียว

1. เพศ

- (1) ชาย (2) หญิง

2. อายุ..... ปี

- (1) ต่ำกว่า 50 ปี (2) 50-60 ปี
(3) 61-70 ปี (4) มากกว่า 70 ปี

3. ระดับการศึกษา

- (1) ต่ำกว่าประถมศึกษา (2) ประถมศึกษา
(3) มัธยมศึกษา (4) อุดมศึกษา
(5) สูงกว่าปริญญาตรี

4. อาชีพ

- (1) ไม่ประกอบอาชีพ (ไม่มีงานทำ)
(2) เกษตรกรรม (เช่น ทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น)
(3) ค้าขาย
(4) รับจ้าง (ผู้ที่ทำงานโดยรับค่าจ้างจากนายจ้าง ซึ่งไม่ใช่หน่วยงานราชการ
หรือรัฐวิสาหกิจ)
(5) รับราชการ (ทำงานในหน่วยงานราชการหรือรัฐวิสาหกิจ)
(6) อื่นๆ (ระบุ)

5. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว.....บาท/เดือน

- (1) ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน
(2) 3,000-8,000 บาทต่อเดือน
(3) 8,001-13,000 บาทต่อเดือน
(4) สูงกว่า 13,000 บาทต่อเดือน

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วย

โรคต้อกระจก

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบว่าท่านมีความรู้สึก ความคิดเห็น ความเข้าใจ เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของตาบอดจากภาวะแทรกซ้อนของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน และแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป เป็นต้น โปรดพิจารณาคำถามแต่ละข้ออย่างรอบคอบว่าตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นที่แท้จริงของท่าน แล้วเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว (โปรดตอบทุกคำถาม) โดยการเลือกตอบให้ถี่ถ้วน ดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิด ที่เกิดการรับรู้มาก

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิด ที่เกิดการรับรู้ปานกลาง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิด ที่เกิดการรับรู้เล็กน้อย

ลำดับที่	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1.	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคต้อกระจก			
2.	โรคต้อกระจกที่เกิดในเพศหญิงเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าเพศชาย	.....	.....	.....
3.	โรคต้อกระจกที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุมักมีอาการตาพร่ามัวหากไม่รักษาจะทำให้ตาบอด	.....	.....	.....
4.	โรคเบาหวานเป็นสาเหตุของการเกิดโรคต้อกระจกได้	.....	.....	.....
5.	หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อหัดเยอรมัน ทำให้ทารกที่เกิดมาเป็นโรคต้อกระจก	.....	.....	.....
6.	โรคต้อกระจกที่เกิดจากอุบัติเหตุทางตา ทำให้ตาบอดได้	.....	.....	.....

ลำดับที่	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
6.	โรคต้อหินเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคต้อกระจกระยะรุนแรง	.....	.....	.....
7.	การขาดอาหารอย่างรุนแรงในผู้ป่วยโรคต้อกระจกทำให้ตาพร่ามัวเร็วกว่าปกติ	.....	.....	.....
8.	ม่านตาอักเสบ เป็นภาวะแทรกซ้อนอย่างหนึ่งของโรคต้อกระจก	.....	.....	.....
9.	ท่านคิดว่าการมองเห็นภาพซ้อน เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคต้อกระจก	.....	.....	.....
10.	โรคต้อกระจกที่ไม่ได้รับการรักษามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหินและทำให้ตาบอด	.....	.....	.....
การรับรู้ความรุนแรงของโรค				
11.	โรคต้อกระจก หากท่านปล่อยไว้นานจนต้อสุกจะทำให้ตาบอดถาวรจากโรคแทรกซ้อน	.....	.....	.....
12.	โรคต้อกระจกที่เกิดจากโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ จะมีอาการรุนแรงกว่าโรคต้อกระจกจากวัยชรา และอาจทำให้ตาบอดได้	.....	.....	.....
13.	โรคต้อกระจกที่เกิดจากโรคเบาหวาน รักษายากกว่าโรคต้อกระจกที่เกิดจากสาเหตุอื่นๆ	.....	.....	.....
14.	การมองเห็นภาพซ้อน เป็นสัญญาณอันตรายของโรคต้อกระจกที่บ่งชี้ว่าตาอาจพิการได้	.....	.....	.....
15.	การมองเห็นภาพไม่ชัดเจน ทำให้เกิดปัญหาการดำรงชีวิตประจำวันของท่าน	.....	.....	.....
16.	โรคต้อหินอาจเกิดจากโรคต้อกระจกสุกเกินและไม่ได้รับการรักษา	.....	.....	.....
17.	โรคต้อกระจกในระยะรุนแรง จะทำให้เกิดโรคต้อหินแทรกซ้อนได้	.....	.....	.....

ลำดับที่	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
18.	การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา โรคต่อกระจกที่ได้รับการรักษาทันทีจะทำให้พ้นจากสภาพความพิการของตาได้	.....	.....	.....
19.	โรคต่อกระจกเป็นโรคที่รักษาให้หายได้โดยการผ่าตัด	.....	.....	.....
20.	การทำผ่าตัดต่อกระจกทำให้ปลอดภัยจากอันตราย	.....	.....	.....
21.	การรักษาโรคต่อกระจกตามแพทย์แผนปัจจุบัน สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้	.....	.....	.....
22.	การผ่าตัดด้วยอัลตราซาวด์ทำให้แผลหายเร็วกว่าปกติ	.....	.....	.....
23.	ผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่รับการผ่าตัดแล้วสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ	.....	.....	.....
24.	การรักษาโดยวิธีผ่าตัดไม่มีอันตรายเนื่องจากปัจจุบันมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมาก	.....	.....	.....
25.	การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน ท่านคิดว่าการทำผ่าตัดจะต้องใช้จ่ายสูงสิ้นเปลืองมาก ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์ได้	.....	.....	.....
26.	ท่านคิดว่าโรงพยาบาลอยู่ไกลจากบ้านทำให้ไปรับการรักษาไม่สะดวก	.....	.....	.....
27.	ท่านคิดว่าภาวะเศรษฐกิจตกต่ำทำให้ขาดแคลนทุนทรัพย์ในการรักษา	.....	.....	.....
28.	ท่านไม่มีญาติคอยดูแลเมื่อแพทย์ทำการรักษาผ่าตัดให้	.....	.....	.....

ลำดับที่	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
29.	แรงจูงใจด้านสุขภาพ ท่านมีอาการตามัวจนมองไม่เห็นจึงตัดสินใจ ผ่าตัด	.....	...../.....	.....
30.	ท่านมีญาติและคนคุ้นเคยทำการผ่าตัด ต่อกระจกแล้วตามองเห็นชัด	.....	.....	.....
31.	ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับผลดีในการ รักษา	.....	.....	.....
32.	ท่านคิดว่าหากดวงตามองเห็นปกติ จะทำให้ ตัวเองมีประโยชน์กับสังคมอีกมากมาย	.....	.....	.....
33.	ท่านจะไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม ถ้าตาไม่พิการหรือบอดมองไม่เห็น	.....	.....	.....
34.	ท่านคิดว่าการรักษาผ่าตัดสมัยใหม่ มีความ ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมาก	.....	.....	.....

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบถึงพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของท่าน โปรดพิจารณาคำถามแต่ละข้ออย่างรอบคอบว่าตรงกับพฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติอยู่แล้ว ตอบเพียงข้อเดียว (โปรดตอบทุกคำถาม) โดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	กิจกรรมนั้นได้ปฏิบัติทุกครั้ง และ/หรือ ทุกวันอย่างสม่ำเสมอ
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมนั้นได้ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	กิจกรรมนั้นไม่เคยปฏิบัติเลย

ลำดับ ที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	ด้านภาวะโภชนาการ			
1.	ท่านรับประทานอาหารในแต่ละวันครบทุกประเภท ทั้งเนื้อสัตว์ ข้าว ไขมัน ผัก และผลไม้	.....	.....	.....
2.	ท่านลดจำนวนอาหารพวกแป้งและน้ำตาลน้อยลง เมื่อทราบว่าเป็นโรคเบาหวาน	.....	.....	.....
3.	ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ลิตร	.....	.....	.....
4.	ท่านรับประทานอาหารด้วยตนเอง โดยไม่มีใครช่วยเหลือ	.....	.....	.....
5.	ท่านชอบรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายเสมอ เช่น ผัก ผลไม้	.....	.....	.....
6.	ท่านจะรับประทานอาหารที่ท่านชอบ ไม่คำนึงถึงประโยชน์ของอาหาร	.....	.....	.....
7.	ท่านมักจะรับประทานอาหารเสริม เช่น นมพว่องมันเนย ข้าวโอ๊ต เพื่อบำรุงร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ	.....	.....	.....

ลำดับ ที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	ด้านการพักผ่อนนอนหลับ			
8.	ท่านนอนหลับได้สนิท วันละ 6-8 ชั่วโมง	.....	.....	.....
9.	ท่านมักนอนหัวค่ำตื่นกลางดึก	.....	.....	.....
10.	ท่านนอนตลอดเวลาเนื่องจากตามัวมอง ไม่เห็น ทำให้ไม่อยากปฏิบัติกิจกรรมอื่น	.....	.....	.....
	ด้านการออกกำลังกายและการประกอบ กิจวัตรประจำวัน			
11.	ท่านออกกำลังกายสม่ำเสมอตามสภาพของ ร่างกายที่อำนวย	.....	.....	.....
12.	ท่านออกกำลังกายโดยการทำงานบ้าน	.....	.....	.....
13.	ท่านทำงานที่ใช้กำลังพอควรเพื่อให้ ร่างกายแข็งแรง	.....	.....	.....
14.	ท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นการ ผ่อนคลายความตึงเครียด	.....	.....	.....
15.	ท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองโดย ไม่มีใครช่วยเหลือ	.....	.....	.....
16.	ท่านออกกำลังกายเสมอเพื่อให้สุขภาพ แข็งแรง	.....	.....	.....
	ด้านการเข้าสังคม			
17.	ท่านทำตัวให้เข้ากับทุกๆ คนในสังคมได้ แม้ตามองเห็นไม่ชัดเจน	.....	.....	.....
18.	ท่านออกงานสังคมต่างๆ ได้อย่างปกติ โดยไม่ก่อความรำคาญให้กับผู้อื่น	.....	.....	.....
19.	ท่านสามารถปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่นได้ อย่างมั่นใจ	.....	.....	.....
20.	ท่านปฏิบัติตนในกิจกรรมของสังคม ให้ ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อที่จะได้พึ่งพาซึ่งกันและกันได้	.....	.....	.....
21.	ท่านทำหน้าที่ของพลเมืองดีคือสร้าง สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ	.....	.....	.....

ลำดับ ที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	ด้านบทบาทและหน้าที่			
22.	ท่านหมั่นสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับดวงตาของท่าน	.....	.....	.....
23.	ท่านให้ความสนใจต่ออาการตามัวที่เกิดขึ้น	.....	.....	.....
24.	ท่านช่วยเหลืองานบ้านด้วยความเต็มใจ แม้จะมีอาการตามัว	.....	.....	.....
25.	ท่านเป็นคนที่ยอมรับฟังความคิดเห็นของ ผู้อื่นอย่างมีเหตุผล	.....	.....	.....
26.	ท่านพยายามฟังตัวเองให้มากที่สุด	.....	.....	.....
27.	ท่านปฏิบัติงานอาชีพของท่านได้ด้วยตนเอง	.....	.....	.....
	ความต้องการดูแลตนเองตามระยะ พัฒนาการ			
28.	เมื่อท่านย่างเข้าสู่วัยชรา ท่านดูแลสุขภาพ ของตนเอง โดยเฉพาะดวงตามากขึ้น กว่าปกติ	.....	.....	.....
29.	เมื่อท่านมีอาการตามัว ท่านจะพบแพทย์ เพื่อตรวจรักษา	.....	.....	.....
30.	ท่านป้องกันความเครียดจากอาการต้อสุก จนมองไม่เห็นด้วยการปรึกษาแพทย์	.....	.....	.....
	ความต้องการการดูแลตามภาวะ เบี่ยงเบนด้านสุขภาพ			
31.	เมื่อท่านมีอาการตามัวจากโรคต้อกระจก จนมองไม่เห็น ท่านปรึกษาจักษุแพทย์ เพื่อขอความช่วยเหลือ	.....	.....	.....
32.	เมื่อท่านทราบว่าโรคต้อกระจกมีอันตราย อาจทำให้ตาบอด ท่านปฏิบัติตาม คำแนะนำของแพทย์ทันที	.....	.....	.....

ลำดับ ที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
33.	ท่านจะปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลทุกครั้ง เมื่อมีอาการผิดปกติของดวงตา	.....	.....	.....
34.	เมื่อท่านรับรู้ผลข้างเคียงจากการรักษา โรคต่อกระเจก ท่านปรึกษาและขอคำแนะนำ จากแพทย์	.....	.....	.....
35.	ท่านไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	.....	.....	.....
36.	เมื่อแพทย์แนะนำให้ท่านไปพบจักษุแพทย์ เพื่อรับการรักษา ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำ	.....	.....	.....
37.	ท่านยอมรับสภาพของโรค ตลอดจน ความจำเป็นที่ท่านจะต้องได้รับความ ช่วยเหลือจากระบบบริการสุขภาพ	.....	.....	.....
38.	ท่านปฏิบัติตัวที่จะมีชีวิตอยู่ได้ตามปกติ แม้แพทย์บอกท่านว่าเป็นโรคต่อกระเจก	.....	.....	.....
39.	ท่านดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันได้ แม้ตามองเห็นไม่ชัดเจน	.....	.....	.....

ภาคผนวก ค

ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น

ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ความเชื่อ
ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก แขนงผู้ป่วยนอก คลินิกจักษุวิทยา โรงพยาบาลเมตตา
ประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	.3215
2	.2236
3	.2309
4	.1050
5	.2115
6	.3569
7	.1946
8	.4711
9	.2967
10	.3642
11	.2601
12	.4793
13	.4387
14	.4170
15	.0182
16	.6171
17	.5545
18	.3769
19	.3183
20	.5523
21	.1224
22	.1979
23	.3935
24	.0455
25	.1668

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
26	.3108
27	.3400
28	.1534
29	.0758
30	.2128
31	.0926
32	.2098
33	.2098
34	.2940

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพเท่ากับ 0.7657

ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม
การดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดจากภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคต้อกระจก แผนกผู้ป่วย
นอก คลินิกจักษุวิทยา โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	.5008
2	.3887
3	.1270
4	.0629
5	.2018
6	.1433
7	.3619
8	.2302
9	.0146
10	.1362
11	.4721
12	.2985
13	.6323
14	.4882
15	.3153
16	.5496
17	.3907
18	.4530
19	.4190
20	.4831
21	.4949
22	.3805
23	.3802
24	.4576
25	.6266
26	.0000
27	.1338

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
28	.4111
29	.2505
30	.4059
31	.5788
32	.2118
33	.3218
34	.3005
35	.0028
36	.0629
37	.0000
38	.0000
39	.2733

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของ
ผู้ป่วยโรคต้อกระจก เท่ากับ 0.8359

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ	นางจินตนา	ชื่อสกุล	มณฑลปัญญากุล
เกิด			วันที่ 7 ธันวาคม พุทธศักราช 2495
สถานที่เกิด			อำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน			365/1 หมู่ 1 ซอยทรัพย์บุญชัย ถนนประชาอุทิศ 79 แขวงทุ่งครุ เขตทุ่งครุ กรุงเทพฯ 10140
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน			นักวิชาการสุขศึกษา 6 ว
สถานที่ทำงานปัจจุบัน			กลุ่มงานวิชาการ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม 73210
ประวัติการศึกษา			
	พ.ศ. 2517		ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลนราธิวาส จังหวัดนราธิวาส
	พ.ศ. 2531		ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสอง วิทยาลัยพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี
	พ.ศ. 2535		ปริญญาศึกษาศาสตรบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา วิชาโทจิตวิทยา มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพฯ
	พ.ศ. 2542		การศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
ทุนอุดหนุนปริญญาโท			
			ได้ทุนสนับสนุนการศึกษาปริญญาโทจากมูลนิธิ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) อ.สามพราน จ.นครปฐม (พระอุบาลีคุณูปมาจารย์) เจ้าอาวาสวัดไร่ขิง

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง
ในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

บทคัดย่อ
ของ
จินตนา มณฑลปัญญากุล

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
ธันวาคม 2542

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) โดยจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา คือ ความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป และปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เข้ามารับการตรวจรักษาในคลินิกจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดต้อกระจก จำนวน 341 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของโรคต้อกระจก โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองแล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบความสัมพันธ์ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคต้อกระจก มีความเชื่อด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของโรคต้อกระจกอยู่ในระดับดี
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
3. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
4. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ความรุนแรงของโรคและระดับการศึกษา สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจกได้ร้อยละ 27.93 ($R^2 = 0.2793$)

**THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH BELIEFS AND SELF-CARE BEHAVIOR
IN BLINDNESS PREVENTION OF CATARACT PATIENT AT
METTAPRACHARAK (WAT RAIKHING) HOSPITAL**

**AN ABSTRACT
BY
CHINTANA MONTHONPANYAKUL**

**Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
December 1999**

The purpose of this study was to study the relationship between health beliefs and self-care behavior in blindness prevention of cataract patients at Mettapracharak (Wat Raikhing) Hospital.

The independent variables were the complication perceived, susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barrier, health motivation and the basic condition factors of sex, age, education level, occupation and income of family.

The samples were selected by purposive sampling method, consisted of 341 non-surgery cataract patients receiving treatments at the ophthalmology clinic, Out-patient Ophthalmology Department of Mettapracharak (Wat Raikhing) Hospital. The data were collected by using questionnaires constructed by the researcher and they were analyzed by percentage, mean, standard deviation, Pearson product moment correlation coefficient and Stepwise multiple regression analysis.

The results were as follows:

1. The cataract patients had health belief and self-care behavior in blindness prevention of cataract at good level.
2. Perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits and health motivation are positive related with self-care behavior in blindness prevention of cataract patients at .001 level significantly.
3. Perceived barrier of practice, sex, age, education level, occupation and income of family are unsignificantly related with self-care behavior in blindness prevention of cataract patients.
4. Perceived benefits, health motivation, perceived severity and education level could predict self-care behavior in blindness prevention of cataract patients approximately 27.93 percent. ($R^2 = 0.2793$)