

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน



นางเบญจมาศ รอดแผ้วพาล

ศูนย์วิทยทรัพยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต


สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO COMPLIANCE  
IN ELDERLY WITH GLAUCOMA



Mrs. Benjamas Rodpaewpan

ศูนย์วิทยุทันตกรรม  
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา  
ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน

โดย

นางเบญจมาศ รอดแผ้วพาล

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

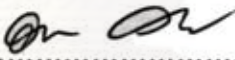
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

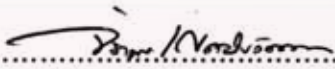
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

.....  ..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  ..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)

.....  ..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

.....  ..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

ศูนย์วิจัยและพัฒนาการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เบญจมาศ รอดแผ้วพาล: ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาใน  
ผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน (SELECTED FACTORS RELATED TO COMPLIANCE IN  
ELDERLY WITH GLAUCOMA) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รศ.ดร. จิราพร  
เกศพิชญวัฒนา, 130 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรักษาใน  
ผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้าน  
ผู้ให้บริการ และปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อมกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน กลุ่ม  
ตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคต้อหินจำนวน 150 คน ที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาล  
เมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลเลิดสิน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล  
เป็นแบบสอบถามที่แบ่งเป็นส่วนๆประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้าน  
ผู้ให้บริการ ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม และแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและ  
ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามปัจจัยด้านการ  
รักษา ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม และด้านความร่วมมือในการรักษาโดยการคำนวณ  
ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .70 .74 .72 และ.68 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล  
โดยหาค่าความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์โดยสถิติไคสแควร์ และสถิติ  
สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหินอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 63.23$ )
2. ปัจจัยด้านการรักษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรักษาใน  
ผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_s = .407$ )
3. ปัจจัยด้านผู้ให้บริการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่  
เป็นโรคต้อหิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_s = .217$ )
4. ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการ  
รักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_s = .435$ )
5. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความ  
ร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน

สาขาวิชา.....พญานาถศาสตร์.....  
ปีการศึกษา.....2552.....

ลายมือชื่อนิสิิต.....  
ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

## 5077580836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : COMPLIANCE / ELDERLY / GLAUCOMA

BENJAMAS RODPAEWPAN : SELECTED FACTORS RELATED TO

COMPLIANCE IN ELDERLY WITH GLAUCOMA THESIS ADVISOR:

ASSOC. PROF. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D., 130 pp

This descriptive research aimed to examine the compliance of the elderly with glaucoma and to explore the relationship between factors regarding the patients, treatment, service providers, social / environmental factors and the compliance to the treatment of elderly with glaucoma. The sample were 150 elderly patient who attended outpatient services in the Ophthalmology Out-Patient Department at Mettapracharak (Watraiking) Hospital, Rajavithi Hospital, and Lerdsin Hospital. The data collecting instrument is a questionnaire consisted of the demographic data, questionnaires on factors regard patient, treatment, service providers, and social/environmental factors, and questionnaires on compliance, all of which were developed by the researcher and had be submitted to examination of content validity by qualified experts. The reliabilities of factors associated with treatment, service providers, social/environmental factors, and questionnaires on compliance were .70 .74 .72 .68 respectively. The data was then analyzed by obtaining frequency, numbers, percentages, average values and standard deviation. Relationships were determined by the Chi-square statistics and the Spearman Rank Correlation.

Major findings were as follows:

1. Compliance in the elderly with glaucoma was in a high level ( $\bar{X} = 63.23$ ).
2. The treatment factors had a positive relationship at a moderate level for compliance in elderly with glaucoma with statistical significance at the level of .05 ( $r_s = .407$ ).
3. The service providers factors had a positive relationship at a low level for compliance in elderly with glaucoma with statistical significance at the level of .05 ( $r_s = .217$ ).
4. The social/environmental factors had a positive relationship at a moderate level for compliance in elderly with glaucoma with statistical significance at the level of .05 ( $r_s = .435$ ).
5. The patient factors which included gender, age, level of education, and disease had no relationship with compliance in elderly with glaucoma.

Field of Study : ... Nursing Science .....

Student's Signature : *Benj* .....

Academic Year : ... 2009 .....

Advisor's Signature : *Jiraporn K. Wattana* .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและเมตตาอย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์. ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาสละเวลาทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ คอยให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ยิ่งต่อการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่และคอยให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิสาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าและให้ข้อเสนอแนะ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ด้วยความรักและห่วงใยตลอดระยะเวลาที่ศึกษา อีกทั้งขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยและคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้ให้การสนับสนุนการวิจัย ทำให้นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาอันมีค่า ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนทุกท่าน รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกจักษุและบุคลากรทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุโรคต้อหินทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าและให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

สุดท้ายขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ผ่าน บาลโพธิ์ ที่ให้คำปรึกษาแนะนำขอขอบคุณ คุณรวีวรรณ ปัญจมนัส คุณเสาวลักษณ์ คุณทวี ที่คอยเป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือเป็นอย่างดีเสมอมา ขอขอบคุณครอบครัว ญาติพี่น้อง ตลอดจนกัลยาณมิตรหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่คอยห่วงใยและให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุและทฤษฎีการสูงอายุ.....	15
โรคต่อหินในผู้สูงอายุ.....	28
ความร่วมมือในการรักษา.....	41
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	55
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	60
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	61
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	61
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	66
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	71
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	74
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	74

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	88
สรุปผลการวิจัย.....	90
อภิปรายผลการวิจัย.....	90
ข้อเสนอแนะ.....	96
รายการอ้างอิง.....	97
ภาคผนวก.....	104
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	105
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล	107
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและเอกสารพิจารณา	
จริยธรรมในการวิจัย.....	114
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย.....	122
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	130

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหินจำแนกตามโรงพยาบาล.....	62
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหินจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว จำนวนโรคประจำตัว จำนวนยาที่ใช้ในการรักษาโรคประจำตัว สิทธิในการรักษา รายได้ ค่าใช้จ่ายที่เป็นต้อหิน จำนวนยาที่ใช้ในการรักษาต้อหิน อาการข้างเคียง.....	63
3	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในการทดลองใช้และฉบับใช้จริงจำแนกตามรายด้าน.....	72
4	จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน และค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน.....	76
5	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน จำแนกตามรายข้อ.....	77
6	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหินจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนโรคประจำตัว	78
7	จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน และค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนปัจจัยด้านการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน.....	80
8	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนปัจจัยด้านการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน จำแนกตามรายข้อ.....	81
9	จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน และค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนปัจจัยด้านผู้ให้บริการในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน.....	82
10	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนปัจจัยด้านผู้ให้บริการในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน จำแนกตามรายข้อ.....	83
11	จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน และค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน.....	84
12	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อมในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน จำแนกตามรายข้อ.....	85

ตาราง		หน้า
13	การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยด้านผู้ป่วยกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน.....	86
14	การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน.....	87



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผลจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้คนเรามีอายุยืนยาวขึ้น จึงเป็นเหตุให้โครงสร้างทางประชากรเปลี่ยนแปลงไป โดยพบว่าขนาดของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทั้งสัดส่วนและจำนวนอย่างเห็นได้ชัดจากอดีตถึงปัจจุบัน จากรายงานของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวนประชากรผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2552 พบว่ามีผู้สูงอายุ 7.2 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 11.4 ของประชากรทั้งประเทศ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552) การที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจากความเสื่อมและโรคเรื้อรัง รวมถึงโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุกับผู้สูงอายุมากขึ้น ทำให้ประชากรสูงอายุก่อนหน้านี้มีปัญหาสุขภาพและต้องพึ่งพาผู้อื่นสูง (วันดี โภคะกุล , 2548)

ปัญหาเกี่ยวกับสายตา นับเป็นปัญหาทางภาวะสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ เพราะหากมีอาการตามัวลงหรือตาบอด ไม่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน จะทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมเปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถประกอบภารกิจได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เนื่องจากมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเอง (Orem, 1991) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สิ่งที่น่ากลัวยิ่งไม่ได้ก็คือ ความเสื่อมของสภาวะทางร่างกายโดยทั่วไป โดยเฉพาะความเสื่อมของตา ไม่เพียงแต่สายตาเปลี่ยนแปลง แต่ยังมีความเสี่ยงของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับดวงตา ไม่ว่าจะเป็นผิวหนังรอบดวงตา เยื่อบุตา รูม่านตา กระจุกตา ที่สำคัญคือ ขนาดของช่องหน้าม่านตาที่ตื้นขึ้นและแคบเข้า เป็นเหตุให้เกิดการอุดตันตรงบริเวณนี้ ทำให้การไหลออกของน้ำเลี้ยงลูกตาที่ช่องชเลมส์ (Schlemm's canal) ระบายออกได้ไม่ดี เกิดความดันภายในลูกตาเพิ่มขึ้น จึงทำให้มีโอกาสเป็นโรคต้อหิน (ยุพดี รัตตะรังสี , 2545)

จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ต้อหินเป็นสาเหตุที่สำคัญของภาวะตาบอดในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 12.3 (Bulletin of The Health Organization, 2004) ปัจจุบันประมาณการณ์ว่าทั่วโลกมีประชากรเป็นต้อหิน 67 ล้านคน และมีคนตาบอดจากต้อหินคิดเป็นร้อยละ 15 ของคนตาบอดทั่วโลก มีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยโรคต้อหินประมาณ 80 ล้านคนและมีผู้ที่ตาบอดจากต้อหินประมาณ 11 ล้านคน โดยประชากรที่เป็นต้อหินมาจากประเทศในแถบเอเชียมากถึงร้อยละ 47 ของโลก (Quigley and Broman, 2006) จึงอาจกล่าวได้ว่าโรคต้อหินเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วย สำหรับ

สถานการณ์ภาวะตาบอดในประเทศไทย โรคต้อหินเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะตาบอด คือ ร้อยละ 25 ในทุกกลุ่มอายุ และร้อยละ 65.6 ในคนตาบอดที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป (สการวัฒน์ คุณาวิศรุต , 2544)จากการศึกษามาตรการการคัดกรอง และความชุกของโรคต้อหินในผู้สูงอายุ พบว่ามีความชุกของโรคต้อหินร้อยละ 6.1 (รจิต ตู้จินดา, 2544)

โรคต้อหินมีลักษณะของการเป็นโรคเรื้อรัง เป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับความดันในลูกตา การทำลายชั่วคราวประสาทตา ร่วมกับการสูญเสียของลานสายตา โดยการดำเนินของโรคจะเป็นไปอย่างช้าๆ ซึ่งสิ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้พัฒนาการของโรคต้อหินเพิ่มมากขึ้น คือ ความดันในลูกตา (Pache and Flammer , 2006) โดยปกติความดันลูกตาอยู่ในช่วง 12 - 20 มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่มีความดันลูกตาที่สูงกว่า 21 มิลลิเมตรปรอทจึงถือว่าเป็นผิดปกติ (นิลวรรณ ศิริคุณ, 2540) เป้าหมายการรักษาจึงมุ่งเน้นที่การควบคุมความดันลูกตา (Leske, et al. 2004) ดังนั้นวิธีการรักษาที่จักษุแพทย์เลือกใช้เป็นการรักษาหลัก คือ การใช้ยาลดความดันลูกตา และโดยทั่วไปผู้ป่วยมักได้รับยามากกว่า 1 ชนิดตั้งแต่แรกเริ่มทำการรักษา (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550) จะเห็นได้ว่าการรักษาโรคต้อหินเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีต้องเกิดจากการร่วมมือของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ (Tsai , 2007) เนื่องจากการรักษาต้อหินผู้ป่วยต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง พบแพทย์ตรงตามนัด เพื่อตรวจวัดความดันลูกตาพร้อมกับการประเมินความสามารถในการมองเห็น และทดสอบลานสายตาเป็นระยะ เพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้แยลงจนถึงขั้นสูญเสียการมองเห็น (Ashburn, Goldberg and Kass, 1980) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีการเจ็บป่วยหลายๆโรค ได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิดพร้อมๆกัน (สุนนา ชมพูทวีป, 2541) ส่งผลให้เกิดปัญหาความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุลดลงร้อยละ 30-50 (Cooper, Love and Raffoul, 1982) นอกจากนี้จากการศึกษาของ นภาพร พรหมคำชาว (2541) ที่ทำการศึกษาคำความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง พบว่า พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาค่อนข้างสูง มีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเฉลี่ย 39.94 (จากคะแนนเต็ม 51 คะแนน)

ความร่วมมือของผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างมากต่อผลสำเร็จของการรักษา ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาและปฏิบัติตามแผนการรักษา จะทำให้ผลการรักษาออกมาดีและมีประสิทธิภาพ การที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาดีสามารถชะลอการสูญเสียการมองเห็นได้ ร้อยละ 90 (Zimmerman and Zalta, 1983) สามารถควบคุมความรุนแรงของโรค โดยป้องกันการทำลายชั่วคราวประสาทตา หรือพยายามให้เกิดการทำลายน้อยที่สุด หรือช้าที่สุด (นิศา ไสธวิทย์ และคณะ, 2550) จากการศึกษาของ Kholdebarin et al. (2008) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาและการบริหารจัดการการใช้ยาหยอดตา พบว่าอัตราความร่วมมือในการ

รักษาโรคต้อหินอยู่ที่ร้อยละ 72 จากจำนวนผู้ป่วย 500 คน สำหรับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินตามแนวความคิดของ Tsai (2003) หมายถึง การใช้ยาหยอดตาอย่างต่อเนื่อง ถูกต้องทั้งจำนวน ขนาด เวลา และกฎวิธี รวมถึงการมาตรวจตามนัด

การใช้ยาหยอดตาอย่างต่อเนื่อง ถูกต้องทั้งจำนวน ขนาด เวลา และกฎวิธี จะส่งผลให้การรักษาเกิดประสิทธิภาพสูงสุด สามารถลดระดับความดันลูกตาให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายและควบคุมความผันแปรของค่าความดันลูกตาในแต่ละวัน ซึ่งส่งผลในเรื่องช่วยลดการทำลายชั่วคราวประสาทตา อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่า ความผันแปรของค่าความดันลูกตาในรอบวันที่กว้างมักเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่ดี (Tsai, 2007) ในส่วนของการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เป็นการติดตามความก้าวหน้าผลของการรักษา ประเมินระยะของโรคต้อหินว่ามี การลุกลามหรือไม่ มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางใด เพื่อพิจารณาให้การรักษาที่เหมาะสม (ยุพดี รัตตะรังสี, 2545) โดยประเมินจากระดับความดันลูกตา ความสามารถในการมองเห็น การตรวจชั่วคราวประสาทตา และวัดลานสายตา ทั้งนี้พยาบาลสามารถแนะนำและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาในเรื่องการหยอดยา การมาตรวจตามนัด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการรักษาที่ดีได้

ดังนั้นจะเห็นว่าหลักการสำคัญในการรักษาโรคต้อหินนั้น คือ การป้องกันและควบคุมไม่ให้อาการของโรคต้อหินรุนแรงมากขึ้นจนถึงขั้นตาบอด จึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือในการรักษาจากผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โดยสิ่งที่ช่วยทำนายนำถึงความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ พื้นฐานทางด้านลักษณะส่วนบุคคลของตัวผู้ป่วย การรักษา และความรุนแรงของโรคกับผลการรักษาที่ไม่แน่นอน (Olthoff et al., 2005) ในขณะที่การศึกษาขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาประกอบด้วยหลายมิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านทีมผู้ดูแลสุขภาพและระบบบริการ ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรค ปัจจัยด้านการรักษา และปัจจัยด้านผู้ป่วย

จากแนวคิดในการศึกษาของ Tsai (2003) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคต้อหิน ได้มีการจัดประเภทของอุปสรรคในการใช้ยาเข้าในปัจจัยที่ศึกษา 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และปัจจัยด้านสังคม / สิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยด้านผู้ป่วยประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ความรู้เรื่องโรค และความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีลักษณะเฉพาะประจำตัว ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่อาจส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาโรคต้อหิน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว โดยในส่วนตัวแปร เพศ Bloch และคณะ (1977) ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาโรคต้อหิน พบว่า เพศชายมีความร่วมมือในการรักษาน้อยกว่าเพศหญิง ในขณะที่

การศึกษาของ Rahman (2002) ที่ทำการศึกษเกี่ยวกับรูปแบบความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วย ต้อหินพบว่าปัจจัยทางด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหยุดตาในผู้ป่วย ต้อหิน ในส่วนตัวแปร อายุ จากรายงานการศึกษาของ Cimberie (2008) พบว่าผู้ป่วยต้อหินที่มีอายุน้อยมีความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับต่ำ เนื่องมาจากมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อย ส่วนระดับการศึกษา Kholdebarin และคณะ (2008) ที่ทำการศึกษเกี่ยวกับความร่วมมือในการหยุดยารักษาต้อหินในผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหยุดยาดตาอย่างถูกวิธีในผู้สูงอายุ คือ ระดับการศึกษา โดยในผู้ที่มีศึกษาน้อยจะหยุดยาไม่ถูกวิธีตามที่ผู้ดูแลด้านสุขภาพทำการอธิบายและสาธิตให้ดู ส่วนตัวแปรด้านโรคประจำตัว พบว่าผู้สูงอายุจะเป็นโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน (ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ, 2542 อังโน บุญศรี นฤต และคณะ, 2545) ทำให้การรักษามีความซับซ้อนมากขึ้น การพบแพทย์หลายท่าน การได้รับยามาจำนวน มากและหลายชนิด ทำให้เกิดความยากลำบากแก่ผู้สูงอายุอย่างมากในการบริหารยาเหล่านี้ (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2548) ทำให้ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา

ปัจจัยด้านการรักษา ประกอบด้วย ความซับซ้อนของการรักษา ราคา ยา อาการข้างเคียงจากยา ซึ่งตัวแปรแต่ละตัวได้มีการศึกษาว่ามีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา ดังนี้ Granstrom (1982) มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาหยุดตาวันละ 4 ครั้งจะมีการหยุดยาเฉลี่ยเพียง 2.6 ครั้งต่อวัน แต่ถ้าปรับเปลี่ยนให้ใช้ยาซึ่งหยุดวันละ 2 ครั้งแทนทำให้ระดับความร่วมมือของผู้ป่วยดีขึ้น ในส่วนราคา ยา Tsai (2003) ได้แสดงความคิดเห็นไว้ว่า ค่ารักษาของโรคต้อหินมีราคาสูง อีกทั้งผู้ป่วยยังต้องไปตลอดชีวิต ทำให้ตัวแปรนี้มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา ในขณะที่การศึกษาของ Taylor et al. (2002) ที่ทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยต้อหิน พบว่าปัจจัยด้านราคา ยาผู้ป่วยไม่ได้ถือว่าเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ส่วนตัวแปรด้านอาการข้างเคียงจากยา พบว่ามีผลต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยสูงอายุเกือบร้อยละ 70 อาจเปลี่ยนหรือลดขนาดยาเอง เพื่อลดอาการข้างเคียงที่เกิดจากยา (Montamat et al., 1989)

ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย Friedman et al. (2008) ได้เสนอความคิดเห็นไว้ว่า การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยโรคต้อหินเป็นสิ่งที่สำคัญ การสื่อสาร การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน การรักษาที่ต่อเนื่อง การปฏิบัติตนและผลเสียหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง จะเป็นการช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้การสื่อสารยังนำมาซึ่งสัมพันธภาพที่ดี และความพึงพอใจ

ปัจจัยด้านสังคม / สิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย แหล่งประโยชน์ วิถีชีวิต และเหตุการณ์สำคัญในชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรมด้านแหล่งประโยชน์ พบว่า การมีแหล่งประโยชน์ที่ดี

แสดงถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ดีด้วย ในแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1985) คู่สมรสจัดเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ ทั้งนี้จากการศึกษาของ ระพิน ผลสุข (2548) พบว่าการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในส่วนวิถีชีวิต Granstrom (1982) ยกตัวอย่างในกรณีของยา pilocarpine ผู้ป่วยจะมีการตามัวชั่วคราวหลังหยอดยา แพทย์อาจแนะนำให้ผู้ป่วยหยอดยาช่วงเช้าหลังจากขับรถไปถึงที่ทำงาน และหยอดยาช่วงเย็นหลังกลับถึงบ้านแล้ว ซึ่งสามารถลดปัญหาผู้ป่วยหยุดใช้ยาเอง อันเนื่องจากการขับรถลำบาก เสี่ยงกับอุบัติเหตุได้ถึงร้อยละ 50 ในด้านเหตุการณ์สำคัญในชีวิต จากการศึกษาของ Tsai (2003) พบว่า การสูญเสียคู่สมรสมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาหยอดตาลดลง และการเปลี่ยนแปลงในชีวิตยังมีผลต่อการปฏิบัติตน การดูแลตนเอง (ชวลี โฆษิตทากิจวิวัฒน์, 2534)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหรือตัวแปรหลากหลายที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหินตามแนวคิดของ Tsai (2003) แต่เมื่อพิจารณาจากการศึกษาและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เด่นชัดว่า ความรู้เรื่องโรคและความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา ผู้วิจัยจึงไม่นำตัวแปรที่มีผลการศึกษาที่ชัดเจนมาศึกษาอีก ส่วนราคายาผู้วิจัยไม่นำมาศึกษาเนื่องจาก ตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 ประเทศไทยได้มีการประกาศใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) โดยที่ประชาชนได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องจ่ายเงินค่ารักษา ดังนั้นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับราคายาจึงไม่ถูกนำมาศึกษาในงานวิจัยนี้ สำหรับตัวแปรเหตุการณ์สำคัญในชีวิตเมื่อนำมาศึกษาในบริบทประเทศไทยทำให้มีความซ้ำซ้อนกันกับแหล่งประโยชน์จึงไม่นำมาศึกษา ด้วยเหตุนี้จึงเลือกตัวแปรที่ศึกษาอันเป็นปัจจัยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาจมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาโรคต้อหินมาศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ความซับซ้อนของการรักษา อาการข้างเคียงจากยา การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ และวิถีชีวิต สำหรับในประเทศไทยมีงานการศึกษาความสัมพันธ์เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มโรคต้อหินไว้เหมือนกัน เช่น นภาพร พรหมคำชาว (2541) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง ซึ่งประชากรที่ศึกษานี้เป็นกลุ่มประชากรทั่วไป ไม่ได้ทำการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นที่ประจักษ์ว่าผู้สูงอายุมีลักษณะที่เฉพาะ ทำให้ปัจจัยบางปัจจัยมีผลแตกต่างจากคนวัยอื่นๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าปัจจัยต่างๆเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโรคต้อหินในผู้สูงอายุไทยอย่างไร เพื่อนำผลการวิจัยไป

พัฒนารูปแบบการให้การพยาบาล ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการรักษาโรคต่อหिनมากขึ้น เพื่อช่วยชะลอการสูญเสียการมองเห็น อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

### คำถามการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหिनอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหिनหรือไม่และมีความสัมพันธ์ในระดับใด

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหिन
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหिन

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากแนวคิดของ Tsai (2003) ซึ่งได้พัฒนาแนวคิดจากการศึกษาของ Schlundt (1994) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวานชนิดพึ่งพาอินซูลิน แต่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ Tsai (2003) มีความคิดว่าผลประโยชน์ในการรักษาโรคเบาหวานกับโรคต่อหिनมีความคล้ายกัน จึงนำระบบการจัดรวมกลุ่มมาทำการพัฒนา เพื่อศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคที่มีผลต่อความร่วมมือในการหยอดยา โดย Tsai (2003) พบว่า ผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัด มีระดับความดันโลหิตที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่กลับมีความก้าวหน้าของการสูญเสียลานสายตา ซึ่งแสดงว่ามีความผันแปรของค่าความดันโลหิตในรอบวันเป็นอย่างมาก ความผันแปรของค่าความดันโลหิตในรอบวันที่กว้างมากจะมีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาที่ขาดความสม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นเขาจึงต้องการศึกษาถึงปัญหาอุปสรรคที่มีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการหยอดยา โดยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาตามแนวคิดของ Tsai (2003) หมายถึง การหยอดยาและหรือรับประทานยา การมาตรวจตามนัด สิ่งที่ใช้ประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาตามแนวความคิดของ Tsai (2003) คือ ระดับความดันโลหิตตามเป้าหมายของการรักษา ควบคู่กับความผันแปรของระดับความดันโลหิตในแต่ละวัน



ตามแนวคิดของ Tsai (2003) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาไว้ 4 ด้าน คือ 1) **ปัจจัยด้านผู้ป่วย** ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว 2) **ปัจจัยด้านการรักษา** ได้แก่ ความซับซ้อนของการรักษา ราคา ยา อาการข้างเคียงจากยา 3) **ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ** ได้แก่ การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย 4) **ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม** ได้แก่ แหล่งประโยชน์ วิถีชีวิต เหตุการณ์สำคัญในชีวิต ในการวิจัยครั้งนี้ จากแนวคิดหลักของ Tsai (2003) ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยทั้ง 4 ด้านจาก 9 ปัจจัย ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโดยได้ทำการทบทวนปัจจัยเหล่านี้ในรายละเอียดเพิ่มเติมจากการศึกษาอื่นๆประกอบ ดังมีรายละเอียดของแต่ละปัจจัยดังนี้

1. **เพศ** เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านสรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพ และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวและสังคม รวมถึงความแตกต่างในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ (ซวลี โฆษิตทาภิวัฒน์, 2534) จากการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินของ Bloch และคณะ (1977) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุเพศชายมีความร่วมมือในการรักษาน้อยกว่าเพศหญิง ในขณะที่การศึกษาของ Rahman (2002) ที่ทำการศึกษเกี่ยวกับรูปแบบความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยต่อหินพบว่าปัจจัยทางด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหยอดตาในผู้ป่วยต่อหิน

2. **อายุ** เป็นปัจจัยที่ยังถกเถียงกันในเรื่องของความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา จากรายงานการศึกษาของ Cimberie (2008) พบว่าผู้ป่วยต่อหินที่มีอายุน้อยมีความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อย ในขณะที่การศึกษาของ Rahman (2002) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยต่อหินพบว่าปัจจัยทางด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหยอดตาในผู้ป่วยต่อหิน ทั้งนี้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยต่างกัน เช่นผู้สูงอายุวัยต้นมีแนวโน้มที่จะมีความร่วมมือในการรักษา มากกว่าผู้สูงอายุตอนปลาย (Kholdebarin et al., 2008)

3. **ระดับการศึกษา** สำหรับการศึกษาของ Kholdebarin และคณะ (2008) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการหยอดยารักษาต่อหินในผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหยอดยาตาอย่างถูกวิธีในผู้สูงอายุ คือ ระดับการศึกษา โดยในผู้ที่มีการศึกษาน้อยจะหยอดยาไม่ถูกวิธีตามที่ผู้ดูแลด้านสุขภาพทำการอธิบายและสาธิตให้ดู สอดคล้องกับการศึกษาของ Golin et al (2002) พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ในขณะที่ผลการศึกษาของ Rahman (2002) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหยอดตา รักษาต่อหิน

4. **โรคประจำตัว** ผู้สูงอายุจะเป็นโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน ทำให้การรักษามีความซับซ้อนต้องพบแพทย์หลายคน ได้ยามาจำนวนมากและหลายชนิด ทำให้เกิดความยากลำบากแก่ผู้สูงอายุอย่างมากในการบริหารยาเหล่านี้ (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2548) จากเหตุดังกล่าวจึงมีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา (Ashburn et al., 1980) นอกจากนี้ความร่วมมือในการรักษาขึ้นอยู่กับชนิดของความเจ็บป่วยและการรักษา (Goldberg, 2000) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านความสามารถทางร่างกายร่วมด้วย ได้แก่ ข้ออักเสบ จะมีความยากลำบากในการหยอดยา ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง

5. **ความซับซ้อนของการรักษา** จากการรักษาโรคต่อหินที่มีการใช้ยาหลายชนิด จำนวนครั้งที่ต้องให้ยาหยอดบ่อยในแต่ละวัน ทำให้เกิดปัญหาต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่สูงวัย มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาหยอดตาวันละ 4 ครั้งจะมีการหยอดยาเฉลี่ยเพียง 2.6 ครั้งต่อวัน (Kass et al., 1986) เมื่อมีการใช้อุปกรณ์ติดตามการใช้ยาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 40 ที่หยอดยาไม่ครบตามจำนวนครั้งที่ต้องให้ยา โดยมักจะลืมหยอดยาดอนเที่ยงมากที่สุด แต่ถ้าปรับเปลี่ยนให้ผู้ป่วยใช้ยาซึ่งหยอดวันละ 2 ครั้งแทน สามารถทำให้ระดับความร่วมมือของผู้ป่วยดีขึ้น (Granstrom, 1982)

6. **อาการข้างเคียงจากยา** ปัญหาอาการข้างเคียงจากยามีผลต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยสูงอายุเกือบร้อยละ 70 อาจเปลี่ยนหรือลดขนาดยาเอง เพื่อลดอาการข้างเคียงที่เกิดจากยา (Montamat et al., 1989) เนื่องจากยาแต่ละชนิดก่อให้เกิดอาการข้างเคียงต่างกัน ได้แก่ อาการปวดหัว คิว ตาพร่ามัวในที่แสงสลัว แสบตา ตาแดง เป็นต้น หากแพทย์พิจารณาเลือกให้ยาในกลุ่มเดียวกันแต่ต่างรูปแบบ และมีความเข้มข้นต่ำที่สุดทดแทน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกสบายตามากที่สุด มีอาการข้างเคียงน้อยที่สุดก็สามารถช่วยลดปัญหาการขาดยาได้ (Zimmerman and Zalta, 1983)

7. **การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย** การสื่อสารที่ดีระหว่างแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย สามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ ถ้าผู้ป่วยรู้สึกถึงความเป็นมิตร ความเอาใจใส่ ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และเหตุผลเกี่ยวกับการรักษาที่ตนได้รับ (Brannon and Feist, 2007) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยเพิ่มการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Hanna, 1993; Street et al., 1993 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคต่อหิน การสื่อสาร การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน การรักษาที่ต่อเนื่อง การปฏิบัติตนและผลเสียหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง จะเป็นการช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษา (Friedman

et al., 2008) อย่างไรก็ตามในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาจมีข้อจำกัดในเรื่องการสื่อสาร อาจส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาลดลง (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550)

**8. แหล่งประโยชน์** การใช้ชีวิตประจำวันของบุคคล จะต้องเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับกลุ่มคนหรือกลุ่มสังคมต่างๆ อยู่ตลอดเวลา ตั้งแต่กลุ่มสังคมขนาดเล็ก จนถึงกลุ่มสังคมที่มีขนาดใหญ่ ที่มีความสัมพันธ์กัน มีการกระทำโต้ตอบกันอย่างมีแบบแผน คือ มีการกำหนดสถานภาพของสมาชิก และมีบรรทัดฐานควบคุมความสัมพันธ์ กลุ่มทางสังคมมีทั้งกลุ่มปฐมภูมิ ซึ่งรูปแบบกลุ่มประกอบด้วยคนจำนวนน้อย สมาชิกรู้จักกันเป็นการส่วนตัว มีการติดต่อสัมพันธ์หลายด้าน ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ จะเป็นกลุ่มที่สมาชิกไม่มีความผูกพันกันเป็นการส่วนตัว การติดต่อสัมพันธ์เป็นการแสดงบทบาทตามหน้าที่การงาน เช่น ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะมีการปฏิสัมพันธ์กับแพทย์ พยาบาลและผู้ให้บริการด้านอื่นๆ (จำนงค์ อติวัฒน์สิทธิ์ และคณะ, 2545) เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมาย เกิดความตั้งใจและมีเจตนาดี ก่อให้เกิดความช่วยเหลือประคับประคองในทุกๆด้าน ไม่ว่าจะเป็นวัตถุประสงค์ของ ข้อมูลข่าวสาร การมีแหล่งประโยชน์ที่ดีแสดงถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ดีด้วย ในแนวคิดของโอเรม (Orem, 1985) คู่สมรสจัดเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ จากการศึกษาของ นภาพร พรหมคำชาว(2541) พบว่าการที่ผู้ป่วยโรคต่อหินได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสมาก จะให้ความร่วมมือในการรักษามาก จากการศึกษาของ มอริสกี และคณะ(Morisky et al.,1990 อ้างถึงใน ระพีณ ผลสุข,2549) พบว่า การช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว อาจทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมตามแผนการรักษาของแพทย์ การที่ผู้ป่วยมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพมากขึ้น ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยต่อหิน พบว่าประมาณร้อยละ 21 ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการหยอดยาต่อหินเป็นประจำ จึงมีการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ (Winfield et al., 1990)

**9. วิธีชีวิต** การที่ผู้ป่วยต้องทำงานบ้านมากในแต่ละวัน หรือออกไปทำธุระนอกบ้าน ต้องมีการเดินทาง ในขณะที่เดียวกันการรักษาโรคต่อหินมักมียาหลายชนิด ต้องหยอดยาบ่อยครั้งต่อวัน สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดอุปสรรคต่อการใช้ยา การหยอดยา ซึ่งเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (Tsai, 2007) แพทย์อาจช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยาได้สม่ำเสมอยิ่งขึ้น โดยการปรับการใช้ยาให้สอดคล้องกับกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย หรือให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการหยอดยา ใช้ยาในเวลาที่เหมาะสมที่สุดสัมพันธ์กับกิจวัตรของผู้ป่วยเอง เพื่อหลีกเลี่ยงการลืมใช้ยาได้ในระดับหนึ่ง (Granstrom, 1982)

### สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรค  
ต่อหิน
2. ปัจจัยด้านการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรค  
ต่อหิน
3. ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรค  
ต่อหิน
4. ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่  
เป็นโรคต่อหิน

### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ประเภทการศึกษาหาความสัมพันธ์ (Correlation study) ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ความซับซ้อนของการรักษา อาการข้างเคียงจากยา การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ และวิถีชีวิต กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน

**ประชากร** คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ ในโรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อหิน และรับการรักษาโดยใช้ยาลดความดันลูกตา โดยรับการรักษามาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ ในโรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อหินจาก 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 150 คน รับการรักษาโดยใช้ยาลดความดันลูกตาและรับการรักษามาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างคือ สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีความบกพร่องทางความคิดและความจำ ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

**ตัวแปรต้น** ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม โดยที่

ปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว

ปัจจัยด้านการรักษา ประกอบด้วย ความซับซ้อนของการรักษา อาการข้างเคียงจากยา

ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ประกอบด้วย การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย

ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย แหล่งประโยชน์ และวิถีชีวิต  
ตัวแปรตาม คือ ความร่วมมือในการรักษา

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ความร่วมมือในการรักษา** หมายถึง พฤติกรรมที่กระทำ หรือการปฏิบัติตามการรายงานของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน ที่สอดคล้องกับแผนการรักษาหรือคำแนะนำจากแพทย์พยาบาล ด้วยความเต็มใจ เพื่อควบคุมไม่ให้อาการของโรคแย่ลงจนถึงขั้นตาบอด ซึ่งพฤติกรรมที่กระทำหรือปฏิบัติตามการรายงานของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน ประกอบไปด้วย การหยุดยาและหรือการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด ประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างตามแนวคิดของTsai (2003)

1) การหยุดยาและหรือการรับประทานยา คือ พฤติกรรมที่กระทำตามการรายงานของผู้สูงอายุในเรื่องการหยุดยาและหรือการรับประทานยา ที่ถูกต้องตามจำนวน เวลา ขนาด และวิธีการหยุดยา พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อจะได้แจ้งแพทย์และหาวิธีแก้ไข อีกทั้งยังรวมถึงการหยุดยาและหรือการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อหวังผลในการควบคุมโรค หลีกเลี่ยงการหยุดยาและหรือการรับประทานยาที่นอกเหนือการแนะนำจากแพทย์และพยาบาล

2) การมาตรวจตามนัด คือ พฤติกรรม การปฏิบัติตามการรายงานของผู้สูงอายุโรคต่อหิน ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ตามวันและเวลาที่กำหนด ตรวจสุขภาพโดยสรุปการรักษาและการนัดหมาย

**ผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน** หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต่อหิน ได้รับการรักษาโดยใช้ยาลดความดันโลหิต โดยได้รับการรักษามาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน

**ปัจจัยด้านผู้ป่วย** หมายถึง ลักษณะของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน ประกอบด้วย

**เพศ** หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้ทราบว่าเป็นชายหรือหญิง

**อายุ** หมายถึง ตัวเลขที่แสดงถึงจำนวนปีเต็ม นับจากวันเกิดจนถึงวันที่เก็บข้อมูล โดยเป็นผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยแบ่งเป็น ผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) และผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)

**ระดับการศึกษา** หมายถึง วุฒิกการศึกษาขั้นสูงสุดของผู้สูงอายุโรคต่อหิน แบ่งเป็น ไม่ได้เรียน ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย อนุปริญญา ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี และอื่นๆ

**โรคประจำตัว** หมายถึง โรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และมีการนัดหมายมาเพื่อติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลส่วนนี้ได้จากแบบสอบถามส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยทำการซักถามจากผู้ร่วมโครงการวิจัยแล้วเขียนเติมลงในส่วนที่เว้นว่างไว้

**ปัจจัยด้านการรักษา** หมายถึง ลักษณะหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินเนื่องจากการรักษา ประกอบด้วย

**ความซับซ้อนของการรักษา** หมายถึง ความคิดเห็นเชิงพฤติกรรม ที่มีต่อความซับซ้อนของการรักษาโรคต่อหินและโรคประจำตัวอื่น เช่น การใช้ยาหลายชนิด หรือต้องหยอดยาหลายครั้งต่อวัน รวมทั้งต้องรับประทานยารักษาโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย ประเมินได้จากคะแนนที่วัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Tsai (2003)

**อาการข้างเคียงจากการใช้ยา** หมายถึง ความคิดเห็นเชิงพฤติกรรม ที่มีต่อความอดทนต่อความไม่สุขสบายจากการใช้ยารักษาต่อหินหรือผลที่เกิดตามมา เช่น ตาแดง แสบเคืองตา ตาพร่ามัว ตาแห้ง ประเมินได้จากคะแนนที่วัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Tsai (2003)

**ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ** หมายถึง การกระทำที่แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกระทำต่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน ได้แก่

**การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย** หมายถึง การพูดคุยระหว่างแพทย์ พยาบาลและผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกนึกคิด รับรู้ได้ถึงท่าทีที่เป็นมิตร สนใจเอาใจใส่ดูแล มีสัมพันธภาพที่ดี เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายถึงปัญหาและหาแนวทางแก้ปัญหาหารือร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ อีกทั้งการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่อหิน การรักษา ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการหยอดยาอย่างถูกเวลา จำนวนครั้งที่ต้องหยอดยา วิธีการหยอดยารวมถึงอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาหยอด ประเมินได้จากคะแนนที่วัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Tsai (2003)

**ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม** หมายถึง การดำเนินชีวิต สิ่งต่าง ๆ รอบตัวผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน ประกอบด้วย

**แหล่งประโยชน์** หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือ ดูแลในเรื่องการรับประทานยา การหยอดยา การพามาตรวจตามนัด การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ให้คำปรึกษา รับฟังปัญหา พุดให้กำลังใจ จากบุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน เครือข่าย

แพทย์ หรือพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย ประเมินได้จากคะแนนที่วัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Tsai (2003)

**วิถีชีวิต** หมายถึง ความคิดเห็นเชิงพฤติกรรมการใช้ยารักษาต่อหิน ที่เป็นผลมาจากกิจวัตรประจำวัน หรือกิจกรรมต่างๆ ที่ปฏิบัติในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การทำงานบ้าน การช่วยเหลือหลาน การออกไปทำธุระนอกบ้าน การเดินทาง ประเมินได้จากคะแนนที่วัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Tsai (2003) ในการวิจัยครั้งนี้ค่าคะแนนที่มากหมายถึง มีการใช้ยารักษาโรคต่อหินที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ถึงแม้จะมีภารกิจประจำวันมาก

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน
2. เพื่อนำผลจากการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการพัฒนา ปรับปรุง ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นต่อหินต่อไป

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรค  
ต้อหิน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาจากหนังสือ เอกสาร วารสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงได้  
กำหนดและศึกษาตามหัวข้อดังนี้ คือ

1. แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุและทฤษฎีการสูงอายุ
  - 1.1 ความหมายของการสูงอายุ
  - 1.2 ทฤษฎีการสูงอายุ
  - 1.3 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
  - 1.4 การเปลี่ยนแปลงของตาและการมองเห็นในผู้สูงอายุ
2. โรคต้อหินในผู้สูงอายุ
  - 2.1 อุบัติการณ์โรคต้อหินในผู้สูงอายุ
  - 2.2 คำจำกัดความของโรคต้อหิน
  - 2.3 การจำแนกชนิดของโรคต้อหิน
  - 2.4 การตรวจวินิจฉัยโรคต้อหิน
  - 2.5 การรักษาโรคต้อหิน
  - 2.6 การพยาบาลผู้สูงอายุโรคต้อหินที่รับการรักษาทางยา
  - 2.7 บทบาทของพยาบาลชั้นสูงในการดูแลผู้สูงอายุโรคต้อหิน
3. ความร่วมมือในการรักษา
  - 3.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษา
  - 3.2 ความสำคัญของความร่วมมือในการรักษา
  - 3.3 แนวคิดความร่วมมือในการรักษา
  - 3.4 ความร่วมมือในการรักษากับผู้สูงอายุโรคต้อหิน
  - 3.5 การประเมินความร่วมมือในการรักษา
  - 3.6 ลักษณะ/ตัวชี้วัดความร่วมมือในการรักษา
  - 3.7 ประเภทของความไม่ร่วมมือในการรักษา
  - 3.8 บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมระดับความร่วมมือในการรักษา
4. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



## 1. แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุและทฤษฎีการสูงอายุ

### 1.1 ความหมายของการสูงอายุ

การให้ความหมายของผู้สูงอายุและการกำหนดเกณฑ์ในการเรียกผู้สูงอายุนั้นมีการจำแนกและแบ่งการให้ความหมายหลายรูปแบบความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับผู้นำไปใช้อาทิเช่น คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (2546) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า หมายถึง บุคคลที่มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย นักวิจัยและนักสถิติของสหรัฐอเมริกา (American Nurse Association, McClymont et al., 1991 อ้างถึงใน ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2549) ได้กำหนดว่า ผู้สูงอายุวัยต้น คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65-74 ปี ผู้สูงอายุวัยกลางคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 75-84 ปี และวัยสูงอายุตอนปลายคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป และจากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย (Vienna International Plan on Aging) ได้กำหนดว่า “บุคคลที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ” มีการเรียกแตกต่างกัน ดังนี้ (บรรลु ศิริพานิช, 2542)

1. เรียกตามลักษณะทางกายภาพ เช่น เรียกว่า คนแก่ คนชรา คนเฒ่า (Theaged, Aging, Old man) เป็นการเรียกตามลักษณะทางสรีระที่บ่งบอกว่าผู้นั้นแก่ เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น เป็นต้น ทั้งที่บางคนอาจมีลักษณะแก่ชราตั้งแต่อายุยังไม่มากก็ได้

2. เรียกตามอายุมากหรือน้อยตามปฏิทิน เช่น เรียกว่า ผู้สูงอายุ (Elderly, Older Person) ซึ่งเป็นการเรียกที่สากลมากกว่า

3. เรียกตามสถานภาพทางสังคม เช่น เรียกว่า ผู้ใหญ่ ผู้อาวุโส (Senior Citizen) ในองค์กรหนึ่งๆ ผู้เป็นหัวหน้าย่อมเป็นผู้ใหญ่ขององค์กรทั้งที่อาจอายุไม่มากหรือไม่ใช่คนแก่

ปัจจุบันในการประชุมขององค์การสหประชาชาติตกลงใช้คำว่า Older persons ในการเรียกผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับในประเทศไทยมักใช้คำว่า “ผู้สูงอายุ” กันเป็นส่วนมากเพราะดูเป็นกลางๆไม่บ่งชี้ว่าแก่หรือชราให้ผู้ถูกเรียกเสียความรู้สึก (บรรลु ศิริพานิช, 2542)

จากการเจริญเติบโตของบุคคลเมื่อแรกเกิดจากเด็กเป็นผู้ใหญ่และท้ายสุดเป็นผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างอย่างเห็นได้ชัดระหว่างกระบวนการชราและกระบวนการเติบโตอย่างไรก็ตามความชราเป็นปรากฏการณ์ที่มีความหลากหลาย และมีกลไกทฤษฎีมากมายที่ได้รับการเสนอว่าเป็นสาเหตุแห่งความชราหรือมีส่วนร่วมในกระบวนการชรา (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

## 1.2 ทฤษฎีการสูงอายุ

ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุเป็นความพยายามในการอธิบายปรากฏการณ์การสูงอายุที่เกิดขึ้น โดยทั่วไปกล่าวว่าอายุขัยเฉลี่ยสูงสุดของมนุษย์จะยืนยาวได้อย่างมากคือ 120 ปี (Cetron & Davies, 1998 อ้างถึงใน จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548) ทั้งนี้สมมติฐานที่กล่าวถึงการชราภาพตลอดจนแนวคิดหลายแนวคิดที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วกันเป็นการศึกษาค้นคว้าโดยยืนยันจากงานวิจัยและการทดลอง การปฏิบัติในคลินิกที่เกี่ยวกับการชราภาพของมนุษย์การสูงอายุของบุคคลจะแตกต่างกันไป เนื่องจากบุคคลจะมีความต่างในลักษณะพันธุกรรม ปัจจัยทางสังคม จิตวิทยา และเศรษฐกิจในชีวิตของแต่ละบุคคลนั้น ทฤษฎีการสูงอายุสามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 3 กลุ่ม ได้แก่ ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ (Biological theories of aging) ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา (Psychologic theories of aging) และทฤษฎีการสูงอายุทางสังคม (Sociological theories of aging) (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### 1.2.1 ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ (Biological theories of aging)

ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพให้ความสำคัญกับการแสวงหาคำตอบที่เกี่ยวกับกระบวนการสูงอายุในเชิงสรีระ (Physical process) ที่เกิดขึ้นในสิ่งมีชีวิต เมื่อเริ่มมีกระบวนการชราภาพเกิดขึ้น ทฤษฎีในกลุ่มนี้จะมองกระบวนการชราภาพตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยชรา รวมทั้งระบบการทำงานของสิ่งมีชีวิตนั้นๆ จุดเน้นของทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพจะอธิบายถึงสิ่งต่อไปนี้

1. ผลของการเสื่อมของอวัยวะส่วนต่างๆทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆลดลง
2. กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับการสูงอายุจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องก้าวหน้าไปตลอดเวลา
3. การเปลี่ยนแปลงภายในระบบอวัยวะต่างๆที่เกิดขึ้นในสิ่งมีชีวิตทุกชนิดถือเป็นสิ่งปกติจากอายุที่เพิ่มขึ้น

ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

#### 1.2.1.1 Stochastic Theory ประกอบด้วย

1.2.1.1.1 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory) มีสมมติฐานเกี่ยวกับแนวคิดที่ว่าเกิดการผิดพลาดในขั้นการสังเคราะห์โปรตีนของ DNA และจากการผิดพลาดดังกล่าว นำสู่ความผิดปกติของเซลล์ ส่งผลให้เกิดการแก่ตัวเสื่อมสภาพหรือเซลล์ตายในที่สุด ความผิดพลาดของการสร้างเอนไซม์หรือโปรตีนจะทำให้เกิดการสร้างเซลล์ (Exact copy) ที่ผิดแปลกไปจากเดิม การผิดพลาดจากการส่งรหัสพันธุกรรม (Transcription) นี้จะเกิดขึ้นแล้วซ้ำอีก และเซลล์

จะถูกเปลี่ยนไปจากเดิมทุกครั้งที่เกิดการผิดพลาด จนในที่สุดเซลล์ที่เกิดขึ้นจะแตกต่างจากเซลล์ต้นแบบโดยสิ้นเชิง

1.2.1.1.2 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) กล่าวถึงเซลล์ที่ไม่สามารถซ่อมแซมได้อีกจากการถูกทำลาย โดยอนุมูลอิสระเป็นผลผลิตจากปฏิกิริยาพื้นฐานของการเผาผลาญพลังงานของร่างกายรวมทั้งผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม มลพิษต่างๆ เช่น ไอโซนรังสีต่างๆ ทฤษฎีอนุมูลอิสระนี้เชื่อว่า สารอนุมูลอิสระนั้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกลายพันธุ์ (Mutation) ของ DNA-RNA transcription โดยเฉพาะในเนื้อเยื่อเซลล์ของกล้ามเนื้อและระบบประสาทซึ่งมีการเกิดอนุมูลอิสระได้มาก จะเกิดสารที่เรียกว่า Lipofuscin ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการชราภาพ

1.2.1.1.3 ทฤษฎีการเชื่อมโยงไขว้ (Cross-Linkage Theory) มีสมมติฐานเกี่ยวกับการสูงอายุว่าเกิดจากการมีโปรตีนบางอย่างในร่างกายเพิ่มขึ้น และมีการเชื่อมโยงไขว้จับตัวกันมากขึ้น ส่งผลให้ไปขัดขวางกระบวนการเมตาโบลิซึม ทั้งนี้จากการเชื่อมโยงไขว้ไปขัดขวางการได้รับอาหารการขับของเสียจากเซลล์ทั้งในระดับภายในเซลล์ (intracellular) และนอกเซลล์ (extracellular) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าโมเลกุลปกติจะมีการยึดติดกันโดยขบวนการทางเคมี (Chemical reaction) ผลจากการเชื่อมโยงไขว้ทำให้ความหนา (density) ของ collagen เพิ่มขึ้น แต่ความสามารถในการทำงานในการนำสารอาหารหรือขับของเสียออกจากเซลล์กลับลดลง ผลคือการทำงานของเซลล์เนื้อเยื่อส่วนนั้นลดลงและส่งผลกระทบต่อโครงสร้างส่วนอื่นๆ

1.2.1.1.4 ทฤษฎีความเสื่อมสลาย (Wear and Tear Theory) ทฤษฎีนี้เสนอว่าการตายเกิดจากผลของเนื้อเยื่อต่างๆ มีการเสื่อมสภาพและไม่สามารถคืนสู่สภาพดั้งเดิมได้ ทำให้เกิดการสูญเสียอย่างถาวร ทฤษฎีนี้เชื่อว่าขบวนการสูงอายุจะถูกเร่งหรือเกิดขึ้นได้มากขึ้นหากมีความเครียด มีการสะสมของการบาดเจ็บหรือการได้รับอุบัติเหตุต่างๆ ซึ่งนำไปสู่การตายได้ เนื่องจากมีการเสื่อมสภาพแล้วร่างกายไม่สามารถสร้างอวัยวะเนื้อเยื่อใหม่มาทดแทนได้

#### 1.2.1.2 Nonstochastic Theories ประกอบด้วย

1.2.1.2.1 ทฤษฎีโปรแกรม (Programmed Theory or Hayflick Limit Theory) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของร่างกายที่เกิดขึ้นในเซลล์และตอบสนองต่อเซลล์และระบบต่างๆ เหมือนมีการกำหนดโปรแกรมไว้ในเซลล์ตั้งแต่ต้นว่าเมื่อไหร่เซลล์จึงจะตาย เชื่อว่ามนุษย์จะมีนาฬิกาชีวภาพ (biological clock)

1.2.1.2.2 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunity Theory) ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายของมนุษย์ จะทำงานมีประสิทธิภาพลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เรียกภาวะดังกล่าวว่า

immunosenescence หรือความเสื่อมของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับลดการทำหน้าที่ลง ในวัยสูงอายุพบว่าการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันโดยเฉพาะ T-cells มีการลดลงอย่างชัดเจนทำให้การป้องกันสิ่งแปลกปลอมและเชื้อโรคต่างๆ ลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าร่างกายมีการสร้างภูมิคุ้มกันตนเอง (autoantibodies) เพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดโรคที่ร่างกายมีการต่อต้านตนเองต่างๆ

#### 1.2.1.2.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุที่เพิ่งเกิดขึ้น (Emerging Theories)

ได้แก่

1.2.1.2.3.1 Neuroendocrine Control or Pacemaker Theory แนวคิดนี้เชื่อในความเกี่ยวพันระหว่างระบบฮอร์โมนและระบบประสาท ที่ส่งผลต่อการสูงอายุของมนุษย์ การทำงานของอวัยวะต่างๆรวมถึงกระบวนการเมตาโบลิซึมทั้งหลายเกิดขึ้น เชื่อว่ามีผลจากการควบคุมและการทำงานของระบบ neuroendocrine เพศชายและเพศหญิงจะมีฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์ที่มีส่วนกับกระบวนการสูงอายุ ซึ่งฮอร์โมนที่ได้รับความสนใจว่าอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการสูงอายุ ได้แก่ Dehydroepiandrosterone (DHEA) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ผลิตจาก adrenal glands พบว่ามีปริมาณลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้เกิดความสนใจว่าอาจจะเป็นฮอร์โมนที่ช่วยยับยั้งการสูงวัยได้ และนอกจากนี้ฮอร์โมนเมลาโตนิน (Melatonin) เป็นฮอร์โมนอีกตัวที่ได้รับความสนใจว่าอาจมีความเกี่ยวข้องกับนาฬิกาชีวิต (Biologic clock) ของมนุษย์ ซึ่งแนวคิดนี้มีความเชื่อว่าเมลาโตนินอาจเกี่ยวข้องกับกระบวนการสูงอายุในแง่ที่ช่วยเพิ่มการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันและต้านอนุมูลอิสระ

1.2.1.2.3.2 Metabolic Theory of Aging / Calorie Restriction เสนอว่าทุกเซลล์หรือเนื้อเยื่อจะมีการกำหนดที่แน่นอนถึงระยะ/ช่วงเวลาของกระบวนการเผาผลาญ (Metabolic lifetime) ดังนั้นหากมีการเผาผลาญหรือ metabolism ที่เผาผลาญอย่างรวดเร็วก็จะทำให้อายุเซลล์เนื้อเยื่อสั้นลง

1.2.1.2.3.3 DNA-Related Research ปัจจุบันมีความพยายามและศึกษาค้นคว้าอย่างจริงจังเกี่ยวกับพันธุกรรมมนุษย์ (Genome human) บทบาทหน้าที่ของ DNA กระบวนการสูงอายุ เชื่อว่าอาจมียืนมากถึง 200 ตัวที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสูงอายุของบุคคลนั้นๆ (Schneider, 1992 อ้างถึงใน จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548)

#### 1.2.2. ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคมวิทยา (Sociologic Theories Aging)

ทฤษฎีนี้มองการสูงอายุในแง่มุมมองที่กว้างขึ้นในลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับลักษณะทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ และการเมืองที่ผู้สูงอายุนั้นอาศัยอยู่ ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคมที่มีการกล่าวถึงได้แก่

1.2.2.1. ทฤษฎีการถดถอย (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การสูงอายุเป็นลักษณะของกิจกรรมที่มีการพัฒนาด้วยตัวของมันเอง มีรูปแบบลักษณะแบบแผนที่เป็นไปตามสังคมปกติเมื่อบุคคลก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมตามสังคม เช่น มีการถอนตัวจากสังคม และลดบทบาทความสำคัญจากกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากเข้าสู่วัยชรา ทั้งนี้เพื่อคงความสมดุลให้แก่สังคมที่จะมีบุคคลอื่นเข้ามาแทนที่บทบาทของผู้สูงอายุที่ถอยตัวออกมา

1.2.2.2. ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory or Developmental Task Theory) มีมุมมองว่ากิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงไว้ซึ่งความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล และมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง (Positive self concept) ผู้สูงอายุที่ยังมีกิจกรรมสม่ำเสมอจะรู้สึกกระชุ่มกระชวยเป็นหนุ่มเป็นสาวและไม่ถอยหนีจากสังคม แนวคิดนี้อยู่บนฐานความเชื่อที่ว่า การมีชีวิตที่ตื่นตัว ไม่อยู่นิ่ง (Active) ดีกว่าการอยู่เฉยๆไม่ทำอะไร (Inactive) และการมีชีวิตที่มีความสุขดีกว่าการไม่มีความสุข

1.2.2.3. ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าบุคคลสามารถจะใช้ชีวิตที่มีอยู่ต่อเนื่องจากการดำรงชีวิตที่ผ่านมา ชีวิตมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกันมาตลอดช่วงชีวิต และเชื่อว่าชีวิตทุกวัยเป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการตามวัยของช่วงชีวิต ดังนั้นเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ ก็พยายามที่จะดำรงหรือดำเนินในกิจวัตร ปัจจัย สิ่งที่ชอบ ค่านิยมความเชื่อ พฤติกรรมต่างๆ ที่เป็นส่วนตัวของบุคคลนั้นต่อเนื่องไปอย่างไม่หยุดนิ่ง

1.2.2.4. ทฤษฎีการแบ่งชั้นอายุ (Age stratification Theory) มีความเชื่อว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคล ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสังคม เป็นอัตบุคคลที่เป็นสมาชิกของกลุ่ม มีหมู่เหล่าและมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ดังนั้นการสูงอายุจะเป็นปฏิสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันระหว่างบุคคลและสังคมอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลา

1.2.2.5. ทฤษฎีความพอเหมาะระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person-Environment Fit Theory) กล่าวว่าสัมพันธภาพระหว่างกันของกลุ่มบุคคล ผู้สูงอายุ และสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งกำหนดถึงสมรรถนะในตัว (personal competence) ของบุคคลนั้นๆ ความสามารถในตัวบุคคลจะถูกล่อหลอมมาตลอดอย่างต่อเนื่องชั่วชีวิต เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้นสมรรถนะในตนเองอาจเปลี่ยนแปลงไปหรือลดลง ส่งผลต่อความสามารถของบุคคลในการอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อม เชื่อว่ายิ่งบุคคลอายุเพิ่มขึ้นสิ่งแวดล้อมจะยิ่งเพิ่มความรู้สึกถูกคุกคาม (Threatened) กับบุคคล ทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถในการเผชิญกับสิ่งแวดล้อม

1.2.3. ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา (Psychological Theories of Aging)

ทฤษฎีนี้มีแนวคิดพื้นฐานจากความเชื่อที่ว่า การพัฒนาการของมนุษย์เป็นสิ่งที่ต่อเนื่องไม่มีการสิ้นสุด ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยาจะเป็นการรวมทั้งทฤษฎีทางชีวภาพ และทางสังคม ร่วมกันอธิบายกระบวนการสูงอายุ ซึ่งทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยานั้นสามารถแบ่งเป็นกลุ่ม ทฤษฎีที่สามารถอธิบายกลไกทางจิตวิทยาได้ดังนี้

1.2.3.1. ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ตามขั้นของมาสโลว์(Maslow's Hierarchy of Human Need Theory) มาสโลว์ได้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์โดยได้แบ่งความต้องการพื้นฐานทั่วไปของมนุษย์ออกเป็น 5 ขั้น คือ 1)ความต้องการด้านร่างกาย เช่น ความต้องการอาหาร น้ำ การขับถ่าย อากาศ การพักผ่อน ความสะอาด และความต้องการทางเพศ 2)ความต้องการด้านความมั่นคงปลอดภัย 3)ความต้องการด้านความรัก ความเข้าใจ การเป็นเจ้าของ 4)ความต้องการการเคารพในตนเอง 5)ความต้องการทำในสิ่งที่ต้องการสูงสุดให้เป็นจริง มาสโลว์ได้กล่าวถึงแต่ระดับขั้นของความต้องการของมนุษย์ ซึ่งต้องได้รับการตอบสนองในขั้นต่ำสุดก่อนค่อยเลื่อนขึ้นไปยังขั้นที่สูงขึ้น

1.2.3.2. ทฤษฎีเอกัตบุคคลของจุง (Jung's Theory of Individualism) ทฤษฎีนี้เสนอว่า บุคลิกภาพของบุคคล มีทั้งลักษณะที่เปิดเผยต่อโลกภายนอก (Extrovert) และลักษณะส่วนภายในของบุคคล (Introvert) สมดุลระหว่าง 2 ลักษณะนี้จะแสดงถึงความเป็นบุคคลนั้นๆ ซึ่งสำคัญต่อสุขภาพจิตของบุคคล เมื่อบุคคลอายุเพิ่มมากขึ้นบุคลิกภาพจะเริ่มเปลี่ยนจากการมองภายนอกมุ่งที่สร้างหรือมองตนเองในตำแหน่งที่อยู่ในสังคมภายนอก เป็นการมองเข้ามาภายในตน บุคคลจะมีลักษณะเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ ตามแนวคิดของจุงนั้นจะมองเข้ามาภายในตนและเห็นคุณค่าของตนมากกว่าจะมองเห็นแต่ความสำคัญหรือเสื่อมถอยของร่างกาย บุคคลจะต้องสามารถยอมรับได้ทั้งความสำเร็จและข้อจำกัดที่เกิดขึ้นได้

1.2.3.3. ทฤษฎีการพัฒนา 8 ขั้นของชีวิต (Eight stage of life theory) ทฤษฎีนี้เสนอว่า ขบวนการพัฒนาของชีวิตจะสะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลจากวัฒนธรรมและสังคม อิริคสันได้แบ่งช่วงชีวิตคนเป็น 8 ระยะ โดยระยะ 1 – 6 เป็นระยะตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 40 ปี ระยะที่ 7 เป็นระยะที่เรียกว่า Generativity คือบุคคลในช่วงอายุ 40 – 60 ปี เป็นช่วงวัยกลางคนที่บุคคลมีความเข้าใจและยอมรับในตนเอง บุคคลในวัยนี้จะมีความทะเยอทะยาน มีความคิดสร้างสรรค์ มุ่งสร้างความสำเร็จในชีวิต ซึ่งหากวัยนี้ประสบความสำเร็จชีวิตมั่นคงเกิด ความภาคภูมิใจในตนเอง ก็ส่งผลให้ชีวิตมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะทำให้การดูแลโอบอุ้ม (nurture) ลูกหลานหรือบุคคลวัยอื่น แต่หากในทางตรงข้ามที่บุคคลไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตก็ จะทำให้เกิดภาวะหยุดนิ่งหรือ Stagnation และในระยะที่ 8 เป็นช่วงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จะเป็นช่วงที่ผู้สูงอายุมีความเจริญมั่นคงในชีวิต มีการยอมรับ (acceptance) จากการประเมินตนเอง

หรือจากการประเมินความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา คุณค่าของบุคคลในวัยนี้อยู่ที่ภูมิปัญญา (wisdom) ซึ่งถ้าหากผู้สูงอายุในระยะนี้ไม่ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในชีวิตก็จะเกิดความท้อแท้หมดหวัง (despair) รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย

ความชราเป็นปรากฏการณ์ที่มีความหลากหลายมีทฤษฎีมากมายที่ได้รับการเสนอว่ามีส่วนร่วมในกระบวนการชรา จากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุแต่ละคนที่แตกต่างกันซึ่งยังไม่มีสาเหตุที่แน่ชัด ในกระบวนการเกิดของแต่ละทฤษฎีจะมีส่วนที่เกี่ยวข้องต่อเนื่องกันไปซึ่งยังต้องการการศึกษาค้นคว้าวิจัยเพื่อหาสาเหตุของความชราต่อไป (Roach, 2000)

### 1.3 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

การทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายมนุษย์ จะทำหน้าที่ได้มากและสูงสุดในช่วงอายุ 20-30 ปี หลังอายุ 30 ปีแล้วการทำหน้าที่ทางสรีระวิทยาลดน้อยลง ซึ่งจะเห็นความเสื่อมของร่างกายเป็นรูปธรรมก็เมื่ออายุมากกว่า 60 ปี การเสื่อมของสภาพร่างกายนอกจากจะเกิดตามอายุที่เพิ่มขึ้นแล้วยังขึ้นกับกระบวนการเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล (บรรลุ ศิริพานิช, 2548) ดังนี้

1.3.1 ระบบโครงร่าง ผิวหนัง เมื่ออายุมากขึ้นรูปร่างของมนุษย์จะเปลี่ยนแปลงไปคือ หลังโก่งงอ หัวเข่าและสะโพกงอเล็กน้อย ทำให้ส่วนสูงของร่างกายลดลง จมูกกว้างขึ้น หูยาวขึ้น ไหล่แคบลง ทรวงอกมีความลึกเพิ่มขึ้น กระดูกเชิงกรานกว้างขึ้น ความลึกของช่องท้องเพิ่มขึ้น ขณะที่น้ำหนักตัวลดลง บริเวณใบหน้าเกิดรอยย่น บริเวณหน้าผากมักเกิดรอยย่นขึ้นก่อนบริเวณอื่นเนื่องจากการหดตัวของกล้ามเนื้อบริเวณหน้าผาก รอยย่นนี้เริ่มเกิดเมื่ออายุเพียง 20 ปี และจะมากขึ้นเมื่ออายุ 30-40 ปี ยิ่งอายุสูงขึ้นรอยย่นก็ยิ่งเพิ่มความลึก ปริมาตรของกระดูกที่บริเวณแกนกลางสูญเสียเร็วกว่าบริเวณนอก ผู้ชายก็มีการสูญเสียเช่นกันแต่น้อยกว่าผู้หญิงประมาณครึ่งหนึ่ง ทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) ซึ่งพบมากในสตรีช่วงวัยหมดประจำเดือน จึงทำให้เกิดกระดูกสันหลังของผู้หญิงโก่งได้เร็ว เป็นสาเหตุให้กระดูกขาท่อนบนและปลายกระดูกแขนหักได้ง่าย ส่วนข้อเข่าพบว่าการเปลี่ยนแปลงเริ่มเมื่ออายุ 20 ปีโดยมีการเสื่อมของกระดูกอ่อน

การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังพบว่าหนังกำพร้า(epidermis)จะมีความชื้นลดลงผิวแตกง่าย บางลงเล็กน้อยทำให้ลอกหลุดได้ง่าย Melanocytes ลดน้อยลง ทำให้สีผิวและขนหงอกขาว หนังแท้ (dermis) จะมีความหนาลดน้อยลงและ collagen ลดลง หลอดเลือดลดลงทำให้ผิวหนังซีด เหงื่อออกน้อย การควบคุมอุณหภูมิร่างกายทำไม่ได้ดี การดูดซึมสารต่างๆ ทาง

ผิวหนังลดลงและต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น ไขมันในชั้นใต้ผิวหนังเพิ่มขึ้นจนถึงอายุ 70 ปีแต่จะแตกต่างกันไป ส่วนไขมันใต้ผิวหนังลดลงบริเวณหน้าและหลังมือ แต่เพิ่มมากขึ้นบริเวณหน้าท้องและต้นขา ต่อมเหงื่อลดลงทำให้เหงื่อออกน้อยลง ต่อมกัลลินลดลงทำให้กัลลินตัวลดลง ต่อมไขมัน (sebaceous gland) โตขึ้นแต่หลั่งน้ำมันออกน้อยลงทำให้ผู้สูงอายุมีผิวหนังแห้ง อัตราการงอกของผมลดลง เส้นผมจะมีขนาดเล็กงดด้วย เส้นผมบนศีรษะลดน้อยลงแต่มีขนเพิ่มขึ้นบริเวณหู คิ้ว ภูเขา

1.3.2 ระบบสมองและประสาท การรับรู้ความรู้สึกของผู้สูงอายุจะลดน้อยลง การประสานตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะแวดล้อมก็ลดลงด้วย น้ำหนักของสมองจะลดลงเซลล์ประสาทของสมองตายและสูญเสียไป แต่ก็ไม่ได้เกิดกับเซลล์ประสาททุกชนิด สารสื่อประสาทที่มีจำนวนลดน้อยลงทำให้การสื่อสารลดลง มีการเปลี่ยนแปลงในสติปัญญา ความจำ และข้อมูลทางจิตวิทยาของผู้สูงอายุพบว่าความฉลาด (Intellectual performance) พบว่าคนมีความสามารถสูงสุดในช่วงอายุ 20-30 ปี ความสามารถนี้จะคงอยู่ตลอดชีวิตเว้นแต่มีโรคแทรกซ้อน ความสามารถเชิงความเร็วในการจัดการกับข้อมูลจะลดลงช้าๆ ตลอดเวลาของอายุที่มากขึ้น ความสามารถในการพูด (Verbal skill) ของผู้สูงอายุจะลดลง พฤติกรรมและกระบวนการด้านใช้ความเร็วด้านกายภาพของร่างกายลดลง การเรียนรู้และความจำการหลงลืมเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ มีความเสื่อมของการเรียนรู้และความจำในผู้สูงอายุโดยเฉพาะภายหลังอายุ 70 ปี การเห็นเสื่อมลงความคมชัดของการเห็นลดลง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สูญเสียความสามารถในการได้ยิน ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ที่มีอายุเกิน 65 ปีจะมีอาการหูตึง การทรงตัวเสื่อมลงทำให้ไม่มั่นคงไม่มีความสมดุลที่ดี ทำให้ต้องเดินก้าขาเพื่อกันล้มหรือมีความเสี่ยงที่จะหกล้ม ความสามารถในการรับกลิ่นของผู้สูงอายุลดน้อยลงเมื่ออายุ 60 ปี การรับรสลดลงเพราะตุ่มรับรสลดลง การรับสัมผัสและตะตองในผู้สูงอายุจะเสื่อมลงโดยการรับการสัมผัสสะท้อนบริเวณขาจะรู้สึกมากกว่าแขน ระบบประสาทอัตโนมัติเสื่อมลงพบได้บ่อยคือรูมาตาเล็กกลองตอบสนองต่อแสงและ accommodation น้อยลง ความดันโลหิตลดลงเมื่อมีการเปลี่ยนอิริยาบถ มีความเสื่อมของการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย

1.3.3 ระบบกล้ามเนื้อ การขาดโปแตสเซียมในกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุทำให้การหดตัวสูงสุดของกล้ามเนื้อลดน้อยลง ผู้สูงอายุจึงบ่นว่ามีอาการเหนื่อยง่ายและไม่ค่อยมีแรง เลือดที่ไหลผ่านกล้ามเนื้อลดลงเป็นผลให้การขนส่งอาหารและสิ่งจำเป็นต่างๆ ที่มาตามเลือดลดลง ผลโดยรวมจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้กำลังกล้ามเนื้อลดลง

1.3.4 ระบบหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจเมื่ออายุมากขึ้น collagen จะหนาขึ้นเป็นผลให้ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงประสิทธิภาพของการหดและคลายตัว



ของหัวใจลดลง น้ำหนักของหัวใจลดลง และมีสาร amyloid ไปสะสมที่กล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้นตามอายุ ลิ้นหัวใจเมื่ออายุมากขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงมากที่เอออร์ติกและไมตรัล เกิดจากการลดลงของนิวเคลียส มีการสะสมไขมันใน fibrous stroma และมีการเสื่อมของ collagen ประกอบกับมีการสะสมของแคลเซียม มีผลทำให้ลิ้นหัวใจเคลื่อนไหวเปิด-ปิดน้อยลง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นอาจดึงลิ้นหัวใจเอออร์ติกแคบเล็กลง ส่วนไมตรัลก็เปลี่ยนแปลงคล้ายคลึงกันแต่น้อยกว่า หลอดเลือดแดง โคโรนารี (Coronary Arteries) ปริมาณเนื้อยืดหยุ่น (elastic) ในผนังหลอดเลือดจะลดลง 1 ใน 3 (เป็นผลมาจากการเสื่อมของ elastic laminae) มีการสะสมของแคลเซียมและไขมันมากขึ้นคล้ายกับการเกิดหลอดเลือดแข็งตัว (arteriosclerosis) อัตราการเต้นของหัวใจลดลง เพราะ S-A node ทำงานลดลง การไหลเวียนของเลือดเข้าสู่ Ventricle ช้าช้าลง ปริมาณเลือดของหัวใจ (Cardiac output) ขณะพักจะลดลงทั้งนี้เป็นผลจากการเต้นของหัวใจช้าลง และ stroke volume ลดลง เมื่ออายุสูงขึ้นผนังหลอดเลือดจะลดความยืดหยุ่นและเส้นเลือดแข็งตัวเพิ่มขึ้น มีโปรตีนมาเกาะมากขึ้น ผนังชั้นกลางมีการเสื่อมสลายและมีไขมันมาพอกพูนมากขึ้น ในระยะหลังจะเริ่มมีแคลเซียมมาเกาะติดมากตามไปด้วย ทำให้เกิดภาวะเส้นเลือดแข็ง

1.3.5 ระบบหายใจ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นถุงลมจะแบนและบางลง ยืดหยุ่นขยายตัวได้น้อยลง ผนังของถุงลมจะโป่งพอง ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าและออกในแต่ละครั้ง (Tidal volume – TV) ลดลง เนื่องจากความยืดหยุ่นของปอดและทรวงอกลดน้อยลง หลอดลมมีพังผืดเพิ่มขึ้นและแข็งตัวมากขึ้น เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรปอดความยืดหยุ่นของปอดลดลง ถุงลมมีขนาดใหญ่ขึ้น ทางเดินหายใจบริเวณส่วนล่างของปอดมักจะถูกปิดตันไปบางส่วน ทำให้การกระจายอากาศในปอดไม่สม่ำเสมอเกิดความรู้สึกหายใจไม่เพียงพอ

1.3.6 ระบบทางเดินอาหาร ภาวะอาหารจะหลังกรดและน้ำย่อยลดลง เป็นผลทำให้สมรรถภาพในการย่อยอาหารลดลง ถ้าได้เล็กจะมีการเคลื่อนไหวลดน้อยลงชัดเจน ส่วนการดูดซึมอาหารพบว่าการดูดซึมสารคาร์โบไฮเดรตลดลง โปรตีนคงเดิม ไขมันโดยทั่วไปลดลง วิตามินที่ละลายในไขมันดูดซึมได้มากขึ้น วิตามินที่ดูดซึมได้ลดลง ส่วนเกลือแร่พบว่าการดูดซึมแคลเซียมได้น้อยลง การเปลี่ยนแปลงของลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบว่าเยื่อบุลำไส้ฝ่อลีบลงมีการเปลี่ยนแปลงที่ต่อมผนังลำไส้อาหารผ่านลำไส้ช้าลง ทำให้เศษอาหารค้างคั่งนานเป็นผลให้ช่องลำไส้ใหญ่ โตขึ้น ความไวต่อการถูกกระตุ้นลดลงมีผลทำให้มีอาการท้องผูกมากขึ้น ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อที่บริเวณทวารหนักลดลง เนื้อตับอ่อนมีพังผืดเพิ่มขึ้นและมีไขมันเข้าแทรกมากขึ้น ท่อนตับอ่อนโตขึ้น น้ำหลังจะมีปริมาตรลดลงทั้ง amylase และ trypsin ตับมีขนาดเล็กลงเลือดไหลเข้าสู่ตับน้อยลง เซลล์ของตับมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีการตายเกิดขึ้นสังเคราะห์โปรตีนได้น้อยลง ระบบท่อต่างๆ ในตับมีการแตกแขนงเพิ่มมากขึ้น ท่อน้ำดี (common bile

duct) มีขนาดโตขึ้น น้ำดีปริมาณของไขมันเข้มข้นขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ทำลายพิษของตับลดลง

1.3.7 ระบบทางเดินปัสสาวะ ไตจะมีจำนวนหน่วยกรอง (glomerulus) ลดลง 30-50 % และมีลักษณะผิดปกติมากขึ้น โดยมีแคลเซียมมาตกสะสม บริเวณเนื้อไตชั้นนอก (cortex) มีหลอดเลือดมาเลี้ยงน้อยลง ในขณะที่บริเวณเนื้อชั้นใน (medulla) มีหลอดเลือดเลี้ยงเพิ่มขึ้น ทำให้ปัสสาวะมีความเข้มข้นมากขึ้น เลือดที่ไหลผ่านไตจะลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น อัตราการกรองของหน่วยกรองลดลงและมีขนาดเล็กลง จึงทำให้อัตราการกรองของเสียออกจากเลือดลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น การขับถ่ายปัสสาวะพบว่าช่องขับถ่ายปัสสาวะและกล้ามเนื้อหูรูดของผู้สูงอายุมีสมรรถภาพลดต่ำลง บางคนจึงไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ดีเท่ากับเมื่อยังเป็นหนุ่มสาว ทำให้ต้องเข้าห้องน้ำบ่อย

1.3.8 ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine gland) วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่อมไร้ท่อต่างๆ พบว่าต่อมใต้สมอง (Pituitary gland) มีการเหี่ยวของผิวต่อมปริมาณเลือดไปเลี้ยงลดลง ต่อมหมวกไต (adrenal gland) พบว่า adrenal androgens และ mineral corticoid function มีปริมาณลดลงทำให้ dehydroepiandrosterone (DHEA) ลดลง ต่อมธัยรอยด์ (Thyroid gland) พบว่าระยะครึ่งชีวิตฮอร์โมน (half-life) ของ T4 ในเลือดจะเพิ่มขึ้นตามอายุ และตับอ่อน (pancreas) เป็นอวัยวะที่สร้างฮอร์โมนอินซูลิน (insulin) ทำหน้าที่ให้น้ำตาลกลูโคสของร่างกายอยู่ในภาวะดุลยภาพ เมื่อสูงอายุพบว่าเซลล์ของตับอ่อนฝ่อลีบลง แม้ทางโครงสร้างจะเปลี่ยนไม่มาก แต่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา คือ ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดของผู้สูงอายุจะสูงกว่าคนอายุน้อย ทำให้พบโรคเบาหวานมากขึ้นในผู้สูงอายุ

1.3.9 ระบบสืบพันธุ์ เพศชายลูกอัณฑะจะมีขนาดเล็ก เซลล์อสุจิมีการเคลื่อนไหวลดน้อยลง การสร้างเชื้ออสุจิในแต่ละวันของคนสูงอายุจะลดน้อยลง และมีโอกาสเกิดภาวะไม่มีเชื้ออสุจิได้มากกว่าคนอายุน้อย โดยคุณภาพของน้ำอสุจิจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ การสร้างฮอร์โมน testosterone น้อยลงทำให้ระดับ testosterone ในเลือดลดลง ต่อมลูกหมากจะขยายโตขึ้น ถุงเก็บน้ำอสุจิจะมีขนาดเล็กลง ความสามารถในการแข็งตัวขององคชาติจะลดลง ทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

เพศหญิงพบว่า อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเหี่ยวยุบ ไขมันใต้ผิวหนังจะลดลง ขนในที่ลับบางลง ช่องคลอดมีพื้นผิวบางลงและความยืดหยุ่นลดลง น้ำหลังต่างๆ จากผิวช่องคลอดลดลง ปากมดลูกจะมีขนาดเล็กลง cervical canal แคบลง น้ำหลังจาก endocervix ลดลง มดลูกจะมีขนาดลดลง มี fibrous และแคลเซียมเกาะสะสมมากขึ้น เยื่อบุผิวมดลูกจะเสื่อมลง จำนวนต่อมต่างๆ ลดลงมีพังผืดมาแทรกแซมมากขึ้น เยื่อบุภายใน cecum จะเสื่อมหายไป แต่มีเยื่อ

พังผืด มาแทนมากขึ้น รังไข่มีขนาดเล็กลง Atretic follicles จะค่อยๆ หายไป และมีพังผืดมาแทนที่ เมื่ออายุมากขึ้นรอบเดือนจะสั้นลงจนถึงอายุประมาณ 45-50 ปีประจำเดือนจึงเริ่มขาด รังไข่จะฝ่อเล็กลงและหยุดการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจน

1.3.10 การเปลี่ยนแปลงทางจิตและพฤติกรรม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านกายภาพและสังคมสิ่งแวดล้อมมากและรวดเร็ว ทำให้เกิดความเครียดซึ่งต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงให้ได้ ถ้าชีวิตมีการเตรียมตัวดี (สุขภาพจิตดี) ก็ปรับตัวได้ ถ้าชีวิตไม่มีการเตรียมตัว (สุขภาพจิตไม่ดี) ก็ปรับตัวได้ยาก จะเกิดพฤติกรรมหรืออาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น อาการเหงา ว้าเหว่ หลงลืม วิตกกังวล หวาดระแวง ซึมเศร้า ฯลฯ ซึ่งบางครั้งอาจรุนแรงถึงขั้นเจ็บป่วยได้มากน้อยแล้วแต่บุคคล

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุเป็นผลต่อเนื่องมาจากกระบวนการชรา เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทุกคน และยังขึ้นกับกระบวนการเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลด้วย (บรรลุศิริพานิช, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับนิยามของความชราของ Green (1981 อ้างใน สุทธิชัยจิตะพันธ์กุล, 2544) ที่ว่าการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากความชราจะต้องมีลักษณะ “ปรากฏเสมอ” (Universal) “เสื่อม” (Degenerative) “ดำเนินต่อเนื่อง” (Progressive) และ “เหตุจากปัจจัยภายใน” (Intrinsic) ช่วยให้เข้าใจถึงความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากวัยชราชับวัยเจริญเติบโตได้ชัดเจน ดังนั้นผู้ที่มิพบาทำให้การดูแลผู้สูงอายุจึงควรมีความรู้เรื่องทฤษฎีการสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ สามารถเข้าใจถึงกระบวนการสูงอายุเพื่อนำไปประกอบในการให้การพยาบาลช่วย เหลือดูแลผู้สูงอายุเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตต่อไป

#### 1.4 การเปลี่ยนแปลงของตาและการมองเห็นในผู้สูงอายุ

เมื่ออายุเพิ่มขึ้นย่อมมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาชีวภาพ ทำให้เกิดความเสื่อมของอวัยวะส่วนต่างๆ ซึ่งความเสื่อมนี้จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตามอายุที่เพิ่มขึ้น อันจะทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดพยาธิสภาพ ความเจ็บป่วย โรคอันเกิดจากความเสื่อมของร่างกายและอวัยวะต่างๆ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548) ซึ่งอวัยวะแรกของคนเราที่แสดงถึงความมีอายุก็คือตา (ยุพดี รัตตะรังสี, 2545) ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงของสายตา เป็นภาวะทางร่างกายที่เกิดขึ้นตามวัย ยิ่งอายุมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงจะเห็นได้ชัดเจนมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป การเปลี่ยนแปลงของตาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุจะเกี่ยวข้องกับการมองเห็นภาพและความเสื่อมของสายตา

การเปลี่ยนแปลงด้านการมองเห็นภาพจะพบว่า ความสามารถในการมองเห็นจะลดลงเรื่อยๆ เมื่ออายุ 50 ปี และลดลงมากขึ้นเมื่ออายุ 60 – 70 ปี ดังนั้นเวลาที่ผู้สูงอายุอ่านหนังสืออาจต้องใช้แว่นตาช่วยในการอ่าน ประกอบกับการต้องใช้แสงมากกว่าปกติ สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นการ

บอกให้ทราบว่าผู้สูงอายุเริ่มมีการเสื่อมของหน้าที่ในการมองเห็น นอกจากนี้ยังพบว่าสายตาดอาจเลวลงจากโรคต่าง ๆ เช่น ต้อหิน และโรคเสื่อมของจอประสาทตา การเสื่อมหน้าที่ของตาที่ทำให้การมองเห็นแยกลงอาจเป็นต้นเหตุนำไปสู่การเป็นโรคในระบบอื่น ๆ โดยเฉพาะการเกิดอุบัติเหตุ ทำให้ผู้สูงอายุหกล้มกระดูกหัก นอกจากนี้ยังพบว่าความไวต่อแสงลดลงเนื่องจากเซลล์ของจอประสาทตารวมทั้งรูม่านตาเล็กลงตามวัย อีกทั้งความคมชัดของการเห็น (visual acuity) ลดลงในผู้สูงอายุ และลดลงมากในช่วงอายุ 80 ปี การที่ความคมชัดในการมองเห็นลดลงนั้น อาจเป็นผลเนื่องมาจากความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านองค์ประกอบของตาและประสาทตา ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ การหักเหของแสงโดยกระจกตาและแก้วตาเปลี่ยนไป การปรับกำลังของแก้วตาลดลง รูม่านตาเล็กลงจึงปล่อยให้แสงเข้าไปภายในลูกนัยน์ตาได้น้อย เซลล์รับภาพลดลง โดยเฉพาะที่บริเวณ Fovea และการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทในสมอง (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2538)

นอกจากนี้ยังพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงด้านการมองเห็นสี กล่าวคือ เมื่อมีอายุมากขึ้นการมองเห็นสีของผู้สูงอายุจะมีการเสื่อมเช่นกัน การเปลี่ยนแปลงที่ทำให้การมองเห็นสีผิดไป มีความสำคัญมากในผู้สูงอายุที่ต้องรับประทานยาเม็ดสีต่าง ๆ หลายๆอย่างและต่างเวลากัน อาจทำให้เกิดการรับประทานยาผิดได้ อีกทั้งผู้สูงอายุที่ต้องขับรถอาจมีปัญหากการดูสัญญาณไฟจราจร ความสนใจต่อการมองเห็นสีของผู้สูงอายุมักได้รับความสนใจน้อยมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความสนใจต่อแสงสีของผู้สูงอายุลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกรู้ว่า การเปลี่ยนแปลงการมองเห็นสีตามวัยไม่เป็นปัญหาของตนเอง

ในส่วนการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะทางตา พบว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ มักเกิดความเสื่อมของสภาวะทางร่างกายได้โดยทั่วไป โดยเฉพาะความเสื่อมของตา ไม่เพียงแต่สายตาเปลี่ยนแปลงแต่ยังมีความเสื่อมของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับดวงตา ดังนี้

1.4.1 ผิวหนังบริเวณหนังตาและรอบตา พบว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น คือ การเหี่ยวย่น ทำให้หน้าของผู้นั้นแปลกไปจากเดิม หนังตาอาจเหี่ยวย่นมากจนเกิดการย้อยลงมาบังสายตาได้

1.4.2 เยื่อตาแพบ เกิดจากมีการเหี่ยวของเยื่อตา ทำให้เกิดการอักเสบและติดเชื้ได้ง่าย อาจมีเยื่อตาหนาขึ้นทางหัวตาและหางตานูนขึ้น สีค่อนข้างเหลือง เรียกว่า pinguecula หรือ ต้อลม สำหรับต้อเนื้อ (pterygium) ก็พบได้บ่อย ลักษณะเป็นเนื้อเยื่อหนารูปคล้ายสามเหลี่ยม ยื่นส่วนปลายเลยเข้าไปบนกระจกตาดำ ซึ่งถ้าลุกลามเข้าไปมากอาจทำให้สายตาดเลวลงได้ และจะเห็นว่าตาข้างนั้นแดงอยู่เสมอ

1.4.3 กระจกตาขาวเป็นวงบริเวณขอบ ปกติกระจกตาจะใส อาจพบมีไขมันมาเกาะที่ขอบของกระจกตาเป็นวงสีขาวที่เรียกว่า arcus senilis ซึ่งไม่ทำให้สายตาดเลวลง การเสื่อมอีกแบบ

หนึ่งของกระจกตา คือ ชั้นต่าง ๆ ของกระจกตาเสื่อม ทำให้กระจกตากลายเป็นฝ้าขาวและตาบอดได้ ในผู้สูงอายุกระจกตาจะหนาขึ้นและมีความโค้งน้อยลง การที่มีความโค้งน้อยลงเกิดจากการมี horizontal diameter เพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงทำให้เกิดภาวะสายตาสั้น (satiigmatism) ได้ง่าย

1.4.4 ขนาดช่องหน้าม่านตา ในผู้สูงอายุเลนส์หนาขึ้น จึงมักไปกด canal of Schlem ทำให้การระบายออกของน้ำเลี้ยงลูกตา (aqueous humor) ไม่ดี เป็นเหตุให้ความดันภายในลูกตาเพิ่มขึ้น จึงทำให้มีโอกาสเป็นโรคต้อหิน (glaucoma) ได้ง่าย

1.4.5 รูม่านตาเล็ก ผู้สูงอายุมักมีรูม่านตาเล็กลง ที่เรียกว่า senile miosis แม้ในภาวะที่นัยน์ตาปรับตัวเต็มที่ต่อความมืด ในคนอายุ 20 ปี รูม่านตามีขนาด 8 มิลลิเมตร อายุ 60 ปีมีขนาด 6 มิลลิเมตร และอายุ 90 ปี รูม่านตาจะมีขนาดเหลือ 5 มิลลิเมตร

1.4.6 แก้วตาขาดความยืดหยุ่น เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะพบว่าความนุ่ม ความยืดหยุ่นของแก้วตาลดน้อยลง ทำให้การปรับรูปร่างไม่เป็นไปด้วยดี การปรับกำลังของแก้วตาเสื่อมลง ทำให้เกิดสภาพสายตาวายในผู้สูงอายุ (presbyopia) สภาพในการเสื่อมกำลังในการปรับตัวของแก้วตาจะเริ่มปรากฏให้ทราบตั้งแต่อายุ 40 ปี นอกจากนี้ความเปลี่ยนแปลงที่พบบ่อย คือ ความใส (transparency) ของแก้วตาลดลง เนื่องจากความเจริญเติบโตของแก้วตาเอง ทำให้ส่วนกลางของแก้วตาที่มีความแน่นมากและสลายตัวบ้าง ที่เรียกว่า nuclear sclerosis ความใสของแก้วตาอาจลดลงเนื่องจากแก้วตาขุ่นขึ้นเพราะมีการเปลี่ยนแปลงในขบวนการเผาผลาญของแก้วตาเอง แก้วตาขุ่นมัว (cataract) พบได้เสมอในผู้สูงอายุ ซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง

1.4.7 น้ำวุ้นเลี้ยงลูกตา (Vitreous) จะมีการเปลี่ยนแปลงที่พบได้ คือ เป็นก้อนเล็ก ๆ ลอยไปมา (Floaters) ทำให้มีอาการมองเห็นเป็นจุดดำ หรือเป็นเส้นคล้ายใยแมงมุมลอยไปมา

1.4.8 หลอดเลือดของจอประสาทตาเสื่อม เมื่ออายุมากขึ้นหลอดเลือดเกิดการแข็งตัว นอกจากนั้นมีการเปลี่ยนแปลงในชั้นสี โดยเฉพาะส่วนที่มีความสำคัญอย่างมากในการรับภาพ คือ บริเวณจุดรับภาพ (macular) อาจพบมีการเสื่อมของจุดรับภาพ (macular degeneration) ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญในผู้สูงอายุ ที่ทำให้การมองเห็นลดลงจนถึงตาบอด

ผลจากการที่มีอายุมากขึ้นย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การเสื่อมของสายตาและอวัยวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติที่เกิดขึ้นนี้ บางอย่างเราอาจแก้ไขได้โดยง่ายตาย ก็จะเป็นการช่วยให้มีการมองเห็นที่ดีขึ้น ตัวอย่างเช่น ภาวะสายตาวาย ต้องใช้แว่นสายตาช่วย อาจทำให้เกิดการมองเห็นดีขึ้น แต่ปัญหาที่เกิดส่วนใหญ่และเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลทำให้ประสิทธิภาพการมองเห็นของผู้สูงอายุแตกต่างกัน นั่นคือการเกิดโรคต่างๆ ที่เป็นผลพวงมาจากการเปลี่ยนแปลงและการเสื่อมตามวัย ได้แก่ การเป็นต้อ ทั้งที่เป็นต้อเนื้อ ต้อกระจก และต้อหิน

## 2. โรคต้อหินในผู้สูงอายุ

### 2.1 อุบัติการณ์โรคต้อหินในผู้สูงอายุ

ในปัจจุบันพบว่าโรคต้อหินเป็นสาเหตุที่สำคัญของภาวะตาบอด และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วยประมาณการณ์ว่าทั่วโลกมีประชากรเป็นโรคต้อหิน 67 ล้านคน และมีคนตาบอดจากโรคต้อหินคิดเป็นร้อยละ 15 ของคนตาบอดทั่วโลก มีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยโรคต้อหินประมาณ 80 ล้านคนและมีผู้ที่ตาบอดจากโรคต้อหินประมาณ 11 ล้านคน โดยประชากรที่เป็นต้อหินมาจากประเทศในแถบเอเชียมากถึงร้อยละ 47 ของโลก (Quigley and Broman, 2006) จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ต้อหินเป็นสาเหตุที่สำคัญของภาวะตาบอดในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 12.3 (Bulletin of The Health Organization, 2004) สำหรับสถานการณ์ภาวะตาบอดในประเทศไทย โรคต้อหินเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะตาบอด คือ ร้อยละ 25 ในทุกกลุ่มอายุ และร้อยละ 65.6 ในคนตาบอดที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป (สกวรัตน์ คุณาวิศรุต , 2544)จากการศึกษามาตรการการคัดกรอง และความชุกของโรคต้อหินในผู้สูงอายุ พบว่ามีความชุกของโรคต้อหินร้อยละ 6.1 (จจิต ตูจันดา, 2544)

### 2.2 คำจำกัดความโรคต้อหิน

ต้อหินเป็นกลุ่มของโรคที่มีรอยโรคที่เส้นประสาทตา (Optic neuropathy) โดยมีลักษณะชั่วคราวประสาทตาฝ่อจากต้อหิน (Glaucomatous optic atrophy) และมีการสูญเสียลานสายตา (Visual field) ร่วมด้วย ความดันตาสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรค คนส่วนใหญ่ที่เป็นโรคนี้นี้จะมีความดันตาสูงกว่า 21 มิลลิเมตรปรอท มีผู้ป่วยต้อหินบางคนที่มีชั่วคราวประสาทตาฝ่อ และมีลานสายตาผิดปกติ แต่ระดับความดันลูกตาไม่สูง (อังคณา เมธีไตรรัตน์ และจจิต ตูจันดา , 2550)

สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคต้อหิน คือ การที่มีความดันลูกตาสูงกว่าปกติ โดยมีผลเนื่องมาจากความผิดปกติของระบบไหลเวียนของน้ำเลี้ยงลูกตา ความดันลูกตาปกติ คือ ความดันที่อยู่ในช่วงซึ่งไม่ทำให้เกิดการทำลายต่อชั่วคราวประสาทตา ค่าความดันลูกตาไม่สามารถบอกเป็นตัวเลขที่แน่นอนได้ เพราะมีความแตกต่างระหว่างบุคคล แต่จากการศึกษาในประชากรโดยทั่วไป พบว่าความดันลูกตามีค่าเฉลี่ยประมาณ 15.5 ค่าเบี่ยงเบนประมาณ 2.57 ค่าสูงสุด 20.5 มิลลิเมตรปรอท ดังนั้นผู้ที่มีระดับความดันลูกตาสูงกว่า 21 มิลลิเมตรปรอทจึงถือว่าเป็นผิดปกติ (นิลวรรณ ศิริคุณ , 2545)

น้ำเลี้ยงลูกตา (Aqueous humor) ถูกสร้างจากอวัยวะในลูกตาที่เรียกว่า ciliary processes น้ำเลี้ยงลูกตาเมื่อถูกสร้างแล้วจะออกมาอยู่ที่ช่องหลังเลนส์ตาค่อน (Posterior chamber) จากนั้นจะมีการไหลเวียนผ่านช่องระหว่างม่านตาและเลนส์ตาเพื่อออกมาสู่ช่องหน้าลูกตา (Anterior chamber) น้ำเลี้ยงลูกตาทำหน้าที่ในการให้สารอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ได้แก่ กระจกตา เลนส์ตา ม่านตา และมุมตาด้วย อีกทั้งยังทำการแลกเปลี่ยนของเสีย โดยน้ำเลี้ยงลูกตาจะนำสารของเสียจากอวัยวะเหล่านี้ไหลเวียนออกไปทางมุมตา ลักษณะของมุมตาจะเป็นตะแกรงที่เรียกว่า Trabecular meshwork เป็นทางผ่านของน้ำเลี้ยงลูกตา เพื่อดูดซึมเข้าสู่เส้นเลือดดำบริเวณตาขาว (Episcleral vessels) และเส้นเลือดดำในเบ้าตา ซึ่งจะไหลเวียนเข้ารวมกับเส้นเลือดดำใหญ่ต่อไป โดยของเสียเหล่านี้จะถูกกำจัดออกจากร่างกายรวมกับของเสียจากอวัยวะอื่นๆ การไหลเวียนของน้ำเลี้ยงลูกตาออกสู่เส้นเลือดดำ จะต้องมีความแตกต่างกันระหว่างความดันตาที่ต้องสูงกว่าความดันเส้นเลือดดำ น้ำจึงจะสามารถไหลออกไปได้ หากความดันในเส้นเลือดดำสูงกว่าความดันตา น้ำเลี้ยงลูกตาจะไม่สามารถไหลออกจากตาได้ เพราะฉะนั้นความดันในลูกตาขึ้นกับ 3 ปัจจัยหลักได้แก่ อัตราการสร้าง อัตราการไหลเวียนออกจากลูกตาของน้ำเลี้ยงลูกตา และความดันของเส้นเลือดดำที่ตาขาวและในเบ้าตา

### 2.3 การจำแนกชนิดของต้อหิน จำแนกเป็น 3 ชนิดใหญ่ ๆ ได้แก่

2.3.1 ต้อหินปฐมภูมิ (Primary glaucoma) หมายถึง โรคต้อหินที่ไม่ได้มีโรคทางตาหรือโรคทางกายเป็นสาเหตุ แบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด คือ

2.3.1.1 ต้อหินชนิดมุมปิด (Primary angle closure glaucoma) เกิดในผู้ป่วยที่มีมุมม่านตาแคบ ซึ่งเป็นลักษณะที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม คนกลุ่มนี้จะมีขอบของรูม่านตาและเลนส์แก้วตาเบนมาอยู่ชิดกันมาก ทำให้น้ำเลี้ยงลูกตาไหลผ่านจากช่องหลังม่านตาไปยังช่องหน้าม่านตาได้น้อยลง เป็นเหตุให้ความดันในช่องหลังม่านตาสูงกว่าช่องหน้าม่านตา ซึ่งความแตกต่างของความดันนี้ทำให้ม่านตาส่วริมถูกดันไปข้างหน้ามากขึ้น และความดันที่มากขึ้นนี้จะทำให้มุมยิ่งแคบขึ้น ต้อหินมุมปิดนี้มีทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ถ้าเป็นแบบเฉียบพลันจะอาการปวดตา ปวดศีรษะ ตามัวลงมาก ตาแดง แต่ถ้าเป็นแบบเรื้อรัง จะมีอาการปวดตเล็กน้อยหรือปวดมาก ตามัวลงแบบค่อยเป็นค่อยไป เห็นสีรุ้งรอบดวงไฟ ถ้าเป็นข้างเดียวอาจทำให้ผู้ป่วยตาบอดโดยไม่รู้ตัว ต้อหินมุมปิดนี้มักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุ 55-60 ปีขึ้นไป คนในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ คนจีน และคนเอสกิโม จะเป็นโรคนี้มากกว่าคนผิวขาวและคนผิวดำ

2.3.1.2 ต้อหินชนิดมุมเปิด (Primary open-angle glaucoma) เป็นต้อหินชนิดเรื้อรัง โดยโรคดำเนินไปช้าๆ ไม่มีอาการเจ็บปวดบริเวณตา มักเป็นทั้ง 2 ข้าง โดยในระยะแรกๆ ไม่มีอาการผิดปกติ ต่อมาระยะหลัง เมื่อโรคดำเนินไปมาก ประสาทตาถูกทำลายไปเรื่อยๆ ทำให้ลานสายตาแคบลงและสายตาดำมืดผิดปกติ ผู้ป่วยจึงสังเกตและมาพบแพทย์ ถ้ามาช้าเกินไปตาอาจบอดสนิทได้ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดต้อหินชนิดนี้ ได้แก่

2.3.1.2.1 อายุ ต้อหินชนิดนี้จะพบในผู้สูงอายุได้บ่อยกว่าคนในวัยอื่น คนที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสเป็นโรคมกกว่าคนอายุ 40 ปีถึง 7 เท่า

2.3.1.2.2 เชื้อชาติ พบในคนผิวดำมากกว่าคนผิวขาว ส่วนคนเอเชียจะพบน้อยกว่าทั้ง 2 กลุ่ม

2.3.1.2.3 กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีญาติใกล้ชิด บิดา มารดา พี่น้อง เป็นต้อหินชนิดนี้จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมกกว่าบุคคลอื่นๆ

2.3.1.2.4 ผู้ที่มีความดันตาสูงกว่า 21 มิลลิเมตรปรอท

2.3.1.2.5 ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการไหลเวียนเลือด เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

2.3.1.2.6 สายตาสั้น

2.3.1.3 ต้อหินความดันตาปกติ (Normal tension glaucoma) โรคต้อหินชนิดนี้ มักพบในผู้สูงอายุ พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายกับโรคต้อหินมุมเปิดปฐมภูมิ คือ ไม่มีอาการปวดตา เมื่อตรวจตาจะพบว่า มีข้อผิดพลาดจากต้อหิน และลานสายตาแคบ แต่ความดันตาน้อยกว่า 21 มิลลิเมตรปรอท (Kanski, 2003)

2.3.2 ต้อหินทุติยภูมิ (Secondary glaucoma) หมายถึง ต้อหินที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีความผิดปกติภายในหรือภายนอกลูกตา ได้แก่ ต้อหินที่เกิดขึ้นเนื่องจากเลนส์ผิดปกติ จากม่านตาอักเสบ จากอุบัติเหตุต่อตา จากการใช้ยาหยอดตาพวกสเตียรอยด์เป็นเวลานาน จากเบาหวานขึ้นจอตา จากเส้นเลือดที่จอประสาทตาอุดตัน และเกิดจากภายหลังการผ่าตัดตาบางอย่าง

2.3.3 ต้อหินแต่กำเนิด (Congenital glaucoma) คือต้อหินที่พบในเด็กแรกคลอด จนถึงอายุ 3 ปีสาเหตุอาจเป็นจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม หรืออาจเกิดจากสาเหตุอื่น เช่น มารดาเป็นหัดเยอรมันระหว่างตั้งครรภ์ อาการของต้อหินชนิดนี้คือน้ำตาไหล สู้แสงไม่ค่อยได้ ไม่ยอมลืมตา ลูกตาอาจมีขนาดโตขึ้นตรวจพบตาดำมีขนาดใหญ่กว่าปกติ กระຈกตาขาวขุ่น ถ้าไม่ได้รับการรักษาเด็กจะมองไม่เห็น และตาบอดในที่สุด



## 2.4 การตรวจวินิจฉัยโรคต้อหิน

การตรวจวินิจฉัยโรคต้อหินทำได้โดยการซักประวัติของผู้ป่วย ร่วมกับการตรวจร่างกาย และการตรวจพิเศษ ได้แก่

2.4.1 การวัดความดันลูกตา ควรวัดทุกรายในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ถ้าตรวจพบความดันลูกตาที่สูงกว่า 21 มิลลิเมตรปรอท ควรตรวจซ้ำประจำตา

2.4.2 การตรวจซ้ำประจำตา เพื่อเปรียบเทียบว่าซ้ำประจำตาถูกทำลายมากหรือน้อย โดยเปรียบเทียบกันระหว่างเส้นผ่าศูนย์กลางของรอยนูน (Disc cupping) กับเส้นผ่าศูนย์กลางของซ้ำประจำตา ลักษณะของรอยนูนที่เป็นโรคต้อหินก็คือ มี cup : disc มากกว่า 0.5

2.4.3 การตรวจลานสายตา เป็นการตรวจที่ช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรคต้อหินได้เป็นอย่างดี เพราะจะได้ผลวิเคราะห์ลานสายตาออกมาเป็นลักษณะเฉพาะในแต่ละระยะของโรค แต่การตรวจลานสายตามีข้อจำกัด คือ ต้องใช้เครื่องมือที่มีราคาแพง เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจต้องได้รับการฝึกฝนให้มีความชำนาญ ถึงจะได้ผลเชื่อถือได้

2.4.4 การตรวจมุมม่านตา ควรทำทุกราย โดยทำเป็นระยะ ๆ ในระหว่างที่ให้การรักษา เพื่อตรวจดูว่ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหรือไม่ หรือตรวจเมื่อพบว่าช่องหน้าลูกตาตื้นขึ้น หรือเมื่อระดับความดันลูกตาสูงขึ้น

## 2.5 การรักษาโรคต้อหิน

เป้าหมายการรักษาโรคต้อหิน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสูญเสียการมองเห็น ในระดับที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพของผู้ป่วย (Visual related quality of life) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการมองเห็นตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วย โดยมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยน้อยที่สุด ซึ่งในการรักษาโรคต้อหินนั้นแพทย์จะยึดหลักการรักษา ดังนี้

1. หยุดหรือลดการทำลายซ้ำประจำตา จากสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ปัจจุบันการลดความดันลูกตาจะส่งผลดีต่อผู้ป่วย ทั้งในแง่การป้องกันการเกิดการทำลายซ้ำประจำตาก่อนการเกิดต้อหิน และในแง่ความสามารถหยุดยั้งการทำลายต่อเนื่องหลังจากที่เป็นโรคต้อหินแล้ว โดยไม่ขึ้นกับว่าโรคต้อหินนั้นจะอยู่ในระยะใด และระดับความดันลูกตาที่ก่อให้เกิดโรคต้อหินจะมีค่าสูงมากน้อยเพียงใด ดังนั้นการรักษาโรคต้อหินโดยทำการลดความดันลูกตาลง จึงเป็นการรักษาโรคต้อหินที่มีประสิทธิภาพสูง (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550)

2. แก้ไขหรือลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคต้อหิน หรือทำให้โรคต้อหินมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ได้แก่ ปัจจัยที่ทำให้ระดับความดันลูกตาสูง ซึ่งอาจสืบเนื่องมาจากความผิดปกติทางกาย

โรคที่ผิดปกติของดวงตาส່วนหน้า โรคทางตา โรคทางร่างกาย ตลอดจนการใช้ยา Steroid ที่มากเกินไป สิ่งเหล่านี้ต้องได้รับการวินิจฉัยและแก้ไข สำหรับปัจจัยอื่นๆ เช่น อายุ และลักษณะทางพันธุกรรม อาจเป็นเรื่องที่ไม่สามารถแก้ไขได้ แต่ควรได้รับการวินิจฉัยถึงความสัมพันธ์กับการเกิดโรคต้อหิน

3. ติดตามการเปลี่ยนแปลงของข้อประสาทตาและการมองเห็น หลังจากเริ่มการรักษา จะต้องทำการติดตามดูความก้าวหน้าของโรคต้อหิน ว่ามีการเปลี่ยนแปลงของข้อประสาทตาและเส้นใยประสาทเพิ่มขึ้นหรือไม่ นอกจากนี้ยังควรต้องติดตามการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการทำงานของตา เช่น ตรวจดูการทำหน้าที่ที่เปลี่ยนไป โดยการตรวจวัดลานสายตา (Visual field) ซึ่งเป็นการตรวจอย่างหนึ่งที่เป็นตัวบ่งบอกการดำเนินไปของโรคต้อหิน

4. การตรวจวินิจฉัยโรคต้อหินในระยะเริ่มต้น ถือว่ามีความสำคัญมากต่อการรักษา เนื่องจากเทคโนโลยีและวิธีการรักษาที่มีในปัจจุบัน เราไม่สามารถที่จะรักษาข้อประสาทตาที่สูญเสียไปให้กลับมาเป็นปกติได้ ไม่ว่าจะเป็นตัวเซลล์ประสาทหรือการทำหน้าที่ในการมองเห็นที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น การวินิจฉัยโรคต้อหินได้ในระยะเริ่มต้น หรือเร็วที่สุด จึงมีความสำคัญมากต่อการรักษา เพื่อป้องกันการสูญเสียการมองเห็นในโรคต้อหิน

5. การรักษาโรคต้อหินควรยึดหลักความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย การจะเลือกวิธีการรักษาด้วยวิธีใดต้องกระทำให้เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้น โดยต้องคำนึงถึงระยะของโรค ความรุนแรง และชนิดของโรคต้อหิน ในกรณีของการรักษาด้วยยา ให้คำนึงถึงการให้ยาจำนวนน้อยชนิดที่สุด เพื่อให้ได้ผลสูงสุดต่อการรักษา และเพื่อลดปัญหาอาการข้างเคียงจากยา รวมทั้งหลีกเลี่ยงปัญหาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา และการเลือกวิธีการรักษาควรพิจารณาภาวะทางเศรษฐกิจสังคม และความสามารถของผู้ป่วยในการติดตามการรักษาเป็นรายๆ ไป

ในปัจจุบันการรักษาโรคต้อหินมีอยู่ 3 วิธี ได้แก่

2.5.1 การรักษาด้วยยา มีทั้งยาหยอด และยารับประทานการรักษาจะได้ผลดีถ้าผู้ป่วยใช้ยาได้สม่ำเสมอและครบถ้วนตามที่แพทย์สั่ง การรักษาด้วยยามีวัตถุประสงค์เพื่อ ลดการสร้างน้ำเอเคียส และเพื่อเพิ่มการไหลเวียนออกของน้ำเอเคียสทาง Trabecular meshwork ยาที่ใช้รักษาต้อหินมีอยู่ 6 จำพวก คือ

2.5.1.1 Miotics เป็นยาหดม่านตาที่นิยมใช้กันมาก ใช้รักษาได้ทั้งต้อหินมุมเปิดและมุมปิด ยาที่นิยมใช้กันมากได้แก่ Pilocarpine เนื่องจากราคาไม่แพง ลดความดันตาได้ผลดี มีกลไกการออกฤทธิ์ คือ ทำให้มีการหดตัวของกล้ามเนื้อซีเลียรี (Ciliary muscle) ส่งผลให้มีการเพิ่มการไหลเวียนออกของน้ำเอเคียส นอกจากนี้ฤทธิ์ของยายังทำให้รูม่านตาหด มีผลทำให้โคนม่านตาหลุดออกจากหน้า Trabecular meshwork ในกรณีที่เกิดต้อหินมุมปิด ยาตัวนี้ออกฤทธิ์

ภายใน 2 ชั่วโมง และอยู่ได้นาน 8 ชั่วโมง ดังนั้นควรหยอดยารวันละ 4 ครั้ง อาการข้างเคียงที่พบคือ ยานี้ทำให้ม่านตาหด ผู้ป่วยจะมองเห็นลดลงในที่ที่มีแสงสว่างน้อย นอกจากนั้นทำให้มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ใช้นานๆ อาจทำให้เกิดจอประสาทตาหลุดและต้อกระจก

2.5.1.2 Beta – adrenergic inhibitors ยาในกลุ่มนี้นิยมใช้กันมาก เนื่องจากใช้ได้กับต้อหินทุกชนิด ได้แก่ Tomolol , Betaxolol, Levobunolol, Carteolol ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ลดการสร้างน้ำเอควียส ขนาดที่ใช้ 0.25 และ 0.5% ใช้หยอดตาวันละ 2 ครั้ง ห่างกัน 12 ชั่วโมง ยาออกฤทธิ์ภายใน 2 ชั่วโมง และหมดฤทธิ์ 24 ชั่วโมง ในส่วนของฤทธิ์ข้างเคียง ยานี้มีฤทธิ์ทั้ง beta-1 และ beta-2 adrenergic antagonist ฤทธิ์ beta-1 blocker ทำให้เกิดหัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตต่ำ และอาจมีภาวะหัวใจวายได้ ฤทธิ์ของ beta-2 blocker ทำให้เกิดหลอดลมหดเกร็ง ดังนั้นห้ามใช้ในคนที่เป็นโรคหอบหืด

2.5.1.3 Alpha adrenergic agonist ยาในกลุ่มนี้คือ Epinephrine ยานี้มีฤทธิ์เพิ่มการไหลเวียน และลดการสร้างน้ำเอควียส แต่ยานี้มีฤทธิ์ข้างเคียงมาก ทำให้เกิดเยื่อตาอักเสบ มีอาการตาแดงได้บ่อย นอกจากนี้ยังทำให้วังวนนอนและอ่อนเพลียได้ จึงไม่เป็นที่นิยม ปัจจุบันมีการพัฒนายาในกลุ่มนี้ ให้มีฤทธิ์ข้างเคียงน้อยลง เช่น 0.2% Brimonidine หยอดตาวันละ 2 ครั้ง ห่างกัน 12 ชั่วโมง ยาออกฤทธิ์ภายใน 2 ชั่วโมง

2.5.1.4 Carbonic anhydrase inhibitor ฤทธิ์ของยาสามารถลดการสร้างน้ำเอควียสได้ถึงร้อยละ 40 – 60 ยากลุ่มนี้มีหลายตัวที่นิยมใช้ ได้แก่ Acetazolamide (Diamox) หรือ Metazolamide (Neptazane) ขนาดที่ใช้ในผู้ใหญ่ 1 กรัมต่อวัน โดยแบ่งให้วันละ 2 – 4 ครั้ง ยานี้ออกฤทธิ์ภายใน 2 ชั่วโมง และหมดฤทธิ์ภายใน 24 ชั่วโมง อาการข้างเคียงจะมีอาการชาตามตัว เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อ่อนแรง ปัสสาวะบ่อย สารเกลือแร่เสียสมดุล นิ่วในไต ห้ามใช้ในคนที่แพ้ยาซัลฟา

2.5.1.5 Hyperosmotic agents ยาในกลุ่มนี้มักใช้ในระยะสั้น ๆ ในภาวะฉุกเฉิน เช่น ต้อหินมุมปิดเฉียบพลัน หรือต้อหินทุติยภูมิ ที่มีความดันลูกตาสูงมาก ๆ และอันตรายต่อข้อประสาทตา ไม่ค่อยใช้ในต้อหินมุมเปิด การออกฤทธิ์ของยาจะช่วยดึงน้ำออกจากตา ทำให้ความดันลูกตาลด ยาตัวนี้มี 2 ชนิด คือ ชนิดกิน ได้แก่ glycerol , isosorbide อีกชนิดหนึ่งให้ทางหลอดเลือด ได้แก่ mannitol และ urea อาการข้างเคียงที่พบบ่อยคือ คลื่นไส้ อาเจียน โดยเฉพาะเมื่อให้โดยการรับประทาน ส่วนชนิดที่ให้ทางหลอดเลือดดำอาจพบ ปัสสาวะบ่อย ปวดศีรษะ สับสนได้

2.5.1.6 Prostaglandin analogues ยานี้มีฤทธิ์เพิ่มการไหลเวียนของน้ำเอ

เคียวส สามารถลดความดันตาได้ดีมาก ใช้ได้ทั้งต้อหินมุมปิดและมุมเปิดชนิดปฐมภูมิ ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ 0.005% Latanoprost, 0.004% Travoprost และ 0.3% Bimatoprost ใช้หยอดตาวันละครั้ง เวลา 20.00 นาฬิกา ยานี้มีอาการข้างเคียงทางตา ได้แก่ อาการตาแดง ขนตายาวขึ้น และม่านตามีสีเข้มขึ้น ยานี้อาจทำให้ม่านตาอักเสบได้ จึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยต้อหินทุติยภูมิที่มีการอักเสบในลูกตา

2.5.2 การรักษาด้วยเลเซอร์ ซึ่งการรักษาด้วยแสงเลเซอร์ในผู้ป่วยต้อหินนั้นมีหลายวิธีด้วยกัน การจะเลือกใช้วิธีใดขึ้นกับชนิดของต้อหินนั้น ได้แก่

2.5.2.1 Laser iridotomy เป็นการผ่าตัดเพื่อให้น้ำเลี้ยงลูกตา ไหลผ่านจากช่องหลังม่านตามายังช่องหน้าม่านตา โดยใช้แสงเลเซอร์เจาะทะลุบริเวณ midperiphery ของม่านตาเพื่อป้องกัน papillary block

2.5.2.2 Argon laser trabeculoplasty เป็นการใช้เลเซอร์ในผู้ป่วยที่เป็นต้อหินมุมเปิด ซึ่งใช้ยารักษาแล้วยังควบคุมความดันตาไม่ได้ วิธีนี้ใช้แสงเลเซอร์ยิงไปที่ anterior surface ของ trabecular meshwork

2.5.2.3 Laser iridoplasty หรือ laser goniotomy เป็นการใช้แสงเลเซอร์ยิงไปที่ peripheral iris stroma เพื่อให้ม่านตาบริเวณนั้นเกิดการหดตัว ทำให้ peripheral anterior chamber angle ลึกขึ้น ข้อบ่งชี้ในการใช้เลเซอร์ชนิดนี้ คือ ใช้รักษาในรายที่เป็นต้อหินชนิดมุมปิด

2.5.2.4 Laser cyclophotocoagulation เป็นการใช้แสงเลเซอร์ไปทำลายเยื่อบุผิวของ ciliary เพื่อลดการสร้างน้ำเลี้ยงลูกตา

ในผู้ป่วยที่เป็นต้อหินชนิด neovascular glaucoma หรือต้อหินที่เกิดภายหลังการผ่าตัดตาต้อกระจก ทั้งชนิดใส่เลนส์เทียมหรือไม่ใส่เลนส์เทียม ซึ่งเรียกรวม ๆ ว่า refractory glaucoma รวมทั้งต้อหินระยะสุดท้าย ที่รักษาด้วยยา เลเซอร์ หรือการผ่าตัดแล้วไม่ได้ผล อาจจะต้องนำมารักษาด้วยการทำลายเยื่อบุผิวของ ciliary เรียกว่า cyclodestructive surgery ซึ่งมีอยู่ด้วยกันหลายวิธี ได้แก่ การจี้เลเซอร์ด้วยความเย็น จี้ด้วยความร้อน หรือใช้เครื่องอัลตราซาวนด์ ปัจจุบันนิยมใช้เลเซอร์กันมาก เนื่องจากภายหลังทำความดันตาลดลงได้ดี ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดและการอักเสบในลูกตาไม่มากนัก อีกทั้งมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการผ่าตัด

2.5.3 การรักษาด้วยการผ่าตัด ใช้ในกรณีที่รักษาด้วยการใช้ยา และ การใช้เลเซอร์ แล้วยังไม่สามารถควบคุมความดันตาให้เป็นปกติได้ วิธีการผ่าตัดเป็นการชะลอความเสื่อมของขั้วประสาทตา และคงสภาพลานสายตาที่เหลืออยู่ให้นานที่สุด วิธีการผ่าตัดประกอบด้วย

2.5.3.1 Trabeculectomy เนื่องจาก POAG เกิดจากทางระบายน้ำในตาเดิม (trabecular meshwork) เกิดความผิดปกติ ทำให้น้ำที่สร้าง ภายในตาไม่สามารถระบายออกได้ ตาจึงมีความดันตาสูงขึ้น การผ่าตัดวิธีนี้เป็นการผ่าตัด เพื่อเปิดรูเล็กๆ ให้น้ำในตาระบายออกไปตามรูที่สร้างไว้ สู่บริเวณใต้เยื่อตา และดูดซึมออกไปตามเส้นเลือดที่เยื่อตา

2.5.3.2 Drainage implant เป็นวัสดุเล็กๆ มีส่วนของท่อที่จะวางในช่องหน้าลูกตา เพื่อระบายน้ำในตาออกไปสู่บริเวณใต้เยื่อตา เพื่อดูดซึมออกไปตามเส้นเลือดเยื่อตา

การรักษาโรคต้อหินไม่ว่าจะด้วยวิธีใดก็ตาม วัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ ระดับความดันลูกตาเป้าหมาย (Target Intraocular Pressure หรือ Target IOP) ซึ่งคำจำกัดความของระดับความดันลูกตาเป้าหมาย คือ ช่วงระดับความดันลูกตาที่ไม่ก่อให้เกิดการทำลายต่อขั้วประสาทเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยโรคต้อหินแต่ละราย (จาก American Academy of Ophthalmology's Preferred Practice Patterns อ้างถึงใน ยูพิน ลีละชัยกุล, 2550) โดยค่าความดันลูกตาเป้าหมายจะถูกคาดการณ์ไว้ตั้งแต่เริ่มให้การรักษาผู้ป่วย ซึ่งค่านี้จะแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย และยังเปลี่ยนแปลงไปตามระยะของโรคด้วย การคาดการณ์ระดับความดันลูกตาต้องอาศัยข้อมูลจาก ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย ระดับความดันลูกตาที่ก่อให้เกิดการทำลายขั้วประสาทตา ความรุนแรงของโรค และประมาณการของอายุขัยของผู้ป่วย

ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการที่แม่นยำในการกำหนดระดับความดันลูกตาเป้าหมาย ที่จะทำให้แพทย์มีความมั่นใจว่า ผู้ป่วยจะไม่มีการทำลายต่อเนื้อของขั้วประสาทตาเกิดขึ้นอีก นอกจากนี้ การกำหนดค่าความดันดังกล่าวยังไม่เพียงพอในผู้ป่วยที่มีปัจจัยที่ก่อให้เกิดการทำลาย ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับระดับความดันลูกตาอีกด้วย (pressure – independent factor) ดังนั้นแนวทางการรักษาโรคต้อหินในปัจจุบันที่นิยมทำกันอยู่ คือ เลือกใช้วิธีการรักษาที่สามารถลดความดันลูกตาลงมาได้อย่างมีประสิทธิภาพพอสมควร โดยให้มีความผันแปรในระดับความดันลูกตาแคบที่สุด แล้วติดตามผู้ป่วยเพื่อทำการปรับเปลี่ยนการรักษาและ/หรือปรับเปลี่ยนระดับความดันลูกตาเป้าหมาย ทั้งนี้เพื่อถนอมรักษาระดับลานสายตา และการมองเห็นของผู้ป่วยไว้ให้มากที่สุด (ยูพิน ลีละชัยกุล, 2550)

ความผันแปรของระดับความดันลูกตา (Intraocular Pressure fluctuation) เป็นที่ทราบกันว่าระดับความดันลูกตาของเรา จะมีค่าสูงสุดในช่วงเช้านี้ ซึ่งไม่ใช่เวลาปกติที่แพทย์จะทำการตรวจวัดค่าดังกล่าวได้ จึงได้มีการศึกษาเพื่อติดตามระดับความดันลูกตาที่ผันแปรในแต่ละวัน จากการศึกษาของ Lui และคณะ (Lui et al., 1998) พบว่าระดับความดันลูกตามีการผันแปรในรอบวัน (circadian rhythm) เช่นเดียวกับค่าอื่น ๆ ทางร่างกาย และความแตกต่างระหว่างความดันลูกตาในช่วงระหว่างวัน จะกว้างมากยิ่งขึ้นในผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อหิน ส่วนในการศึกษาของ

Asrani และคณะ (Asrani et al., 2000 อ้างถึงใน ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550) ซึ่งให้เห็นถึงความสำคัญของความผันแปรของระดับความดันโลหิตในรอบวัน กับความเสี่ยงที่จะมีการดำเนินโรคเลวลงของผู้ป่วยโรคต้อหิน พบว่า ในผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีระดับความดันโลหิตปกติเมื่อตรวจในคลินิก การมีความผันแปรของค่าความดันโลหิตในรอบวันที่กว้าง จะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้โรคต้อหินมีการดำเนินโรคแย่ลง โดยไม่ขึ้นกับค่าความดันโลหิตที่วัดได้ในคลินิกกว่าจะเป็นอย่างไร ดังนั้นการรักษาที่ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคต้อหิน นอกจากจะต้องควบคุมระดับความดันโลหิตให้ดีแล้ว ยังต้องสามารถลดความผันแปรของค่าระดับความดันโลหิตในรอบวันได้อย่างสม่ำเสมออีกด้วย ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องเข้ามามีบทบาทในเรื่องการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาหยอดตา / การรับประทานยา ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อจุดประสงค์ในการลดความดันโลหิต

## 2.6 การพยาบาลผู้สูงอายุโรคต้อหินที่รับการรักษาทางยา

โรคต้อหิน เป็นโรคที่ต้องการการดูแลรักษา และมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้จักดูแลตนเอง เพื่อควบคุมไม่ให้อาการของโรคต้อหินเลวลงจนถึงขั้นตาบอด และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี แนวทางในการให้การพยาบาลดูแลผู้สูงอายุโรคต้อหิน จึงควรเป็นการส่งเสริมช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุโรคต้อหินสามารถดูแลตนเองได้ โดยระบบการพยาบาลที่อาจนำมาใช้เพื่อเอื้ออำนวย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองได้นั้น ได้แก่ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งพยาบาลจะทำหน้าที่ทั้งผู้ให้คำแนะนำ ผู้สอน เป็นที่ปรึกษา ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ และเข้าใจถึงคุณค่าของการดูแลตนเอง รวมทั้งการใช้ความสามารถในการสร้างสรรค์ และช่วยกระตุ้นผู้สูงอายุและครอบครัวให้คงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเอง

อย่างไรก็ตามการรักษาต้อหินโดยทำการลดความดันโลหิตลงจึงเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงและได้ผลอย่างจริงจังในปัจจุบัน ซึ่งการลดความดันโลหิตอาจทำได้โดยใช้ยาเลเซอร์ หรือการผ่าตัด แต่การทำเลเซอร์และการผ่าตัดก็มีโอกาสก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายประการ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนบางประเภทอาจจะรุนแรงและสามารถส่งผลให้เกิดการสูญเสียสายตาวงถาวรได้ ดังนั้นการใช้ยาลดความดันโลหิตจึงยังคงเป็นวิธีการหลักที่จักษุแพทย์เลือกใช้ในการรักษาโรคต้อหิน นอกจากนี้ได้มีการศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาในผู้ป่วยต้อหินมุมเปิด ระหว่างกลุ่มที่รักษาโดยใช้ยาลดความดันโลหิตกับกลุ่มที่ทำผ่าตัด พบว่า กลุ่มที่ทำการผ่าตัดมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าเล็กน้อย แต่กลับพบการเกิดต้อกระจกในกลุ่มที่ทำการผ่าตัดมากกว่ากลุ่มที่รักษาโดยใช้ยาลดความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญ (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550)

การรักษาโรคต้อหินผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาหยอดตาอย่างต่อเนื่อง ให้ถูกต้องทั้งชนิด เวลา เพื่อจุดประสงค์ในการลดความดันลูกตา ไม่ควรหยุดใช้ยาหยอดตาเอง แม้จะรู้สึกว่ายานหยอดตานั้นไม่ช่วยให้การมองเห็นดีขึ้น (นิภา วัธนเวคิน, 2543) ทั้งนี้การรักษาจะได้ผลลัพธ์ที่ดีต้องเกิดจากการร่วมมือของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ (Tsai , 2007) เนื่องจากการรักษาต้อหินผู้ป่วยอาจต้องใช้ยามากกว่า 1 ชนิด และอาจต้องหยอดยารวันละหลายเวลา ทำให้เกิดปัญหา คือ ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก ส่งผลให้ความร่วมมือในการรักษาน้อยลง ดังนั้นแนวทางในการพยาบาลที่จะช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อาจทำได้ดังนี้

2.6.1 การให้ความรู้ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องโรคต้อหินว่าเป็นโรคเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมความดันลูกตาให้ปกติได้ ถ้าปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ทั้งนี้ประกอบด้วย การหยอดยาควบคุมความดันตาและ/หรือรับประทานยาลดความดันตาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ตรงเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมถึงการมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง เพื่อติดตามผลการรักษาและตรวจหาอาการข้างเคียงอื่นๆ ได้แก่ ความดันลูกตาที่สูงขึ้น ตาเมัวลงหรือตาอักเสบ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อแพทย์จะได้พิจารณาให้การรักษาที่เหมาะสม และป้องกันไม่ให้อาการของโรครุนแรงขึ้น พร้อมกันนี้ควรบอกถึงผลเสียที่จะตามมาถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการรักษา ควรอธิบายให้ผู้ป่วยสังเกตตัวเองว่ามีอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาต้อหินหรือไม่ หากพบว่ามีอาการปวดตา ตาแดง น้ำตาไหล ตามัว ต้องแจ้งให้แพทย์ทราบ อีกทั้งยังต้องสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจในเรื่องจุดประสงค์ของการใช้ยาหยอดตาตามแผนการรักษาของแพทย์ ว่ามีจุดประสงค์เพื่อใช้ยาในการลดความดันลูกตา แต่ยาหยอดตานี้จะไม่ช่วยให้การมองเห็นดีขึ้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาหยอดตาอย่างต่อเนื่อง ให้ถูกต้องทั้งชนิด เวลา เน้นไม่ให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยาหยอดตาเอง แม้จะรู้สึกว่ายานหยอดตานั้นไม่ช่วยให้การมองเห็นดีขึ้น และควรนำยาติดตัวมาด้วยในวันที่แพทย์นัด

วิธีการหยอดตาที่ถือว่ามีประสิทธิภาพที่ดี คือ Fraunfelder 's technique (Shields, 1998 อ้างถึงใน นิภา วัธนเวคิน, 2543) โดยวิธีการใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้จับดิ่งหนังตาล่างออกมาข้างหน้าจนเกิดกระพุ้งตาที่ขอบตาล่าง (cul-de-sac) ผู้ป่วยเหลือบตามองขึ้นด้านบน บีบยาหยอดตาลงในกระพุ้งตาโดยไม่ให้ปลายขวดยาหยอดตาสัมผัสลูกตา ทิ้งไว้สักครู่ แล้วจึงหลับตาลงพร้อมกับยกหนังตาล่างที่จับดิ่งอยู่ขึ้นเล็กน้อยเพื่อช่วยเปิดตา การที่ปลายขวดยาสัมผัสกับส่วนใดส่วนหนึ่งของดวงตา อาจทำให้เกิดการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์เข้าสู่ขวดยา นอกจากนั้นการที่ปลายขวดสัมผัสดวงตายังกระตุ้นให้เกิดการกะพริบตา บีบตา และมีน้ำตาออกมามาก ทำให้อาการที่หยอดเข้าไปในดวงตาเจือจาง และไหลออกจากดวงตามากขึ้น (Day et al., 2006) ถ้ามียาหยอดตาหลายชนิดที่ต้องหยอดเวลาเดียวกัน ต้องเน้นไม่ให้ผู้ป่วยหยอดยาพร้อม

กัน ยาแต่ละชนิดต้องหยอดห่างกันอย่างน้อย 5 นาที เพื่อลดการชะล้างยาตัวแรกโดยยาตัวถัดมา อีกด้วย (Zimmerman and Zalta, 1983) และหยอดเพียงครั้งละ 1 หยด เพื่อไม่ให้ความเข้มข้นของยามากเกินไป ทั้งยังเป็นการช่วยลดการสูญเสียยาจากจำนวนยาที่ล้นเกินออกนอกตา หลังการหยอดยาตาให้หลับตาและกดหัวตาประมาณ 3 นาที เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของยา สูงสุด เพิ่มการดูดซึมของยาหยอดตาเข้าสู่ช่องหน้าลูกตา และลดการดูดซึมเข้าทางกระแสเลือด เป็นการช่วยลดความเสี่ยงของผลข้างเคียงจากการใช้ยา ที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยบางคน ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยารับประทานเพื่อลดความดันโลหิต ควรแนะนำให้ดื่มน้ำให้เพียงพอ เพื่อช่วย ขับแคลเซียมที่จะตกตะกอนในไตซึ่งอาจก่อให้เกิดนิ่ว นอกจากนี้ผลข้างเคียงของยาอาจทำให้ ผู้ป่วยขาดโปแตสเซียม มีอาการชาปลายมือปลายเท้า อ่อนเพลีย จึงควรแนะนำให้รับประทาน นม ผัก ผลไม้ ถั่วเมล็ดแห้ง เป็นต้น

2.6.2 การสนับสนุน จากภาวะโรคต้อหินซึ่งต้องการการดูแลรักษาเป็นเวลานาน ส่งผลให้ความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่คงที่ การกระตุ้นส่งเสริมสนับสนุน และ เอื้ออำนวยประโยชน์ให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ มีกำลังใจ และคงความพยายามในการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีได้นั้น อาจเป็นคำพูด หรือ กิริยาท่าทางของพยาบาล หรือการช่วยเหลือทางด้านร่างกาย เช่น การรับฟังปัญหาของผู้ป่วย อย่างสนใจ การให้เวลาผู้ป่วยในการระบายความรู้สึกคับข้องใจ สอบถามความต้องการการ ช่วยเหลือของผู้ป่วย การให้กำลังใจ การชมเชย การสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้วิธีการบำบัดที่เคยปฏิบัติ เช่น การนั่งสมาธิ การนวดเพื่อผ่อนคลาย เป็นต้น ซึ่งแนวทางการสนับสนุนที่เลือกใช้นั้น ต้องเลือก ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย

สำหรับผู้ป่วยสูงอายุซึ่งมักพบว่ามียึดจำกัดในการดูแลตนเอง หรือจากการที่มีโรค อื่นร่วมอยู่ด้วย ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ต้องปฏิบัติมีมากขึ้น และอาจสลับซับซ้อนมากขึ้น จึงควรช่วยเหลือ ส่งเสริม สนับสนุนบุคคลในครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อเป็นการช่วยเพิ่มพูนความรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง จากบุคคลที่ตนรักและคาดหวัง ให้กับผู้ป่วย นอกจากนี้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ติดต่อกับบุคคลอื่น หรือการมีกลุ่ม ช่วยเหลือกันจะเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี และยังสามารถลดอาการของโรคต้อหินได้ เพราะ ได้มีการศึกษาพบว่า การแยกตัว ความซึมเศร้า กังวล อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ความดันโลหิต สูงขึ้น (Brunner and Suddarth, 1992)



## 2.7 บทบาทของพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูงในการดูแลผู้สูงโรคต่อหิน

การพยาบาลเป็นกระบวนการการแก้ปัญหา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อ การส่งเสริม การป้องกัน การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพ โดยการสอน แนะนำ ปฏิบัติตามแผน และ ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนการให้ความร่วมมือในการรักษา และการส่งต่อ เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน และมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพมากกว่าวัยอื่น ๆ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา กายวิภาคและสรีระวิทยาของตาซึ่งมีความสัมพันธ์กับอายุ อันเป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่อหินในผู้สูงอายุ การให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินอาจมีความซับซ้อนมากกว่าวัยอื่น สืบเนื่องมาจากการมีภาวะโรคเรื้อรังบางโรค อาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคต่อหิน จากการศึกษา มาตรการการคัดกรองและความชุกของโรคต่อหินในผู้สูงอายุพบว่า โรคเบาหวานและโรคที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคต่อหินเช่นกัน (รจิต ตู๋จินดาและคณะ, 2545) นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังหลายโรค ยังส่งผลให้ความร่วมมือในการรักษาลดลง เนื่องจากต้องรับประทานยาหลายชนิดพร้อม ๆ กัน (สุมนา ชมพูทวีป, 2541)

การพยาบาลผู้สูงอายุโรคต่อหินในปัจจุบัน ต้องมุ่งเน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม คือ ให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณและสังคมเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นพยาบาลต้องมีการพัฒนาตนเอง ให้มีความสามารถในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการให้คำปรึกษา สามารถประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนวางแผนให้การพยาบาลและการช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถให้การพยาบาลทั้งในสถานพยาบาล และในชุมชน รวมทั้งมีการติดตามและประเมินผล เพื่อนำไปปรับปรุงการให้บริการ อีกทั้งมีการพัฒนารูปแบบการให้การพยาบาล จากการพยาบาลแบบตั้งรับไปเป็นการพยาบาลแบบเชิงรุก เพื่อเน้นการให้การป้องกันโรคต่อหินมากกว่าการรักษาโรค เนื่องจากมีค่าการใช้จ่ายที่ต่ำกว่า ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) ดังต่อไปนี้

2.7.1 การให้สุขศึกษา เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องโรคต่อหินว่าเป็นโรคเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมความดันลูกตาให้ปกติได้ ถ้าปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ทั้งนี้ประกอบด้วย การหยอดยาควบคุมความดันตาและ/หรือรับประทานยาลดความดันตาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ตรงเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมถึงการมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง เพื่อติดตามผลการรักษาและตรวจหาอาการข้างเคียงอื่นๆ ได้แก่ ความดันลูกตาที่สูงขึ้น ตามัวลงหรือตาอักเสบ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อแพทย์จะได้พิจารณาให้การรักษาที่เหมาะสมและป้องกันไม่ให้อาการของโรครุนแรงขึ้น พร้อมกันนี้ควรบอกถึงผลเสียที่จะตามมาถ้าไม่ได้รับการ

รักษาที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการรักษา ควรอธิบายให้ผู้ป่วยสังเกตตัวเองว่ามีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา รักษาต่อหินหรือไม่ หากพบว่ามีอาการปวดตา ตาแดง น้ำตาไหล ตามัว ต้องแจ้งให้แพทย์ทราบ อีกทั้งยังต้องสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจในเรื่องจุดประสงค์ของการใช้ยา หยอดตาตามแผนการรักษาของแพทย์ ว่ามีจุดประสงค์เพื่อใช้ยาในการลดความดันลูกตา แต่ยาหยอดตานี้จะไม่ช่วยให้การมองเห็นดีขึ้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาหยอดตาอย่างต่อเนื่อง ให้ถูกต้องทั้งชนิด เวลา เน้นไม่ให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยาหยอดตาเอง แม้จะรู้สึกว่ายานหยอดตานี้ไม่ช่วยให้การมองเห็นดีขึ้น และควรนำยาติดตัวมาด้วยในวันที่แพทย์นัด

2.7.2 การให้คำปรึกษา เป็นหน้าที่หลักที่สำคัญอีกด้านหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพ ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินและญาติ ซึ่งการให้คำปรึกษานั้นหมายรวมถึง สุขภาพ ร่างกาย จิตใจ และอื่น ๆ สิ่งที่ควรคำนึงถึงอยู่เสมอก็คือ พยาบาลไม่ควรเป็นผู้ตัดสินชี้ขาดว่าผู้ขอคำปรึกษาจะต้องทำอย่างไร การตัดสินใจต่าง ๆ ควรเป็นหน้าที่ของผู้ขอรับคำปรึกษาเอง หลังจากได้รับความรู้อย่างเพียงพอแล้ว

2.7.3 การทำวิจัย การทำวิจัยจะเป็นการทำให้เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพทราบถึง ปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุ หรือปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้ ยกระดับมาตรฐานในการให้บริการต่อไป

2.7.4 การติดต่อประสานงาน กับหน่วยงานที่รับผิดชอบ หรือทำงานเกี่ยวข้องกับ ผู้สูงอายุ พยาบาลมีความจำเป็นจะต้องทราบข้อมูลการบริการด้านสุขภาพที่มีอยู่ และหน่วยงานต่าง ๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น ต้องทราบว่าในชุมชนมีหน่วยงานใดที่ผู้สูงอายุสามารถขอความช่วยเหลือได้ เพื่อที่จะได้ประสานงานติดต่อขอความช่วยเหลือ และการบริการส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.7.5 การจัดการในการดูแล พยาบาลควรทำหน้าที่บริหารจัดการ ในด้านการบริการทางสุขภาพต่อประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบได้ รวมถึงการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญในวิชาชีพพร้อมมือในการประเมินปัญหา หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุที่ครอบคลุม

2.7.6 การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในการบริหารจัดการด้านการให้บริการทางสุขภาพ จะมุ่งเน้นในรายบุคคล เนื่องจากแต่ละคนจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพ และมีข้อจำกัดแตกต่างกัน พยาบาลต้องประเมินปัญหาพร้อมทั้งวางแผนเพื่อตอบสนองในการแก้ปัญหา หากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดที่ดูแลตนเองไม่ได้ พยาบาลอาจต้องช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเอง หรือดึงญาติเข้ามามีส่วนร่วม

2.7.7 ผู้ให้บริการการดูแล งานหลักอีกงานหนึ่งของพยาบาลก็คือ การเป็นผู้ให้บริการบริการทางสุขภาพ ต่อผู้เข้ามาขอรับบริการทุกคนซึ่งครอบคลุมทั้งด้านการรักษา ด้านการส่งเสริม การป้องกัน และการฟื้นฟู

2.7.8 ผู้อำนวยการความสะอาด นับว่าเป็นบทบาทใหม่ของของพยาบาล ในการดูแลอำนวยความสะดวกและการติดต่อประสานงาน เช่น การให้บริการจัดเตรียมสถานที่ในการประชุมสัมมนา การให้ความรู้ การพบปะกันของกลุ่มผู้สูงอายุรวมทั้งญาติ ในสถานที่ทำงานและในชุมชน

2.7.9 เป็นผู้มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ โดยเป็นผู้ริเริ่มในการทำกิจกรรมและโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพตา และป้องกันโรคทางตาในผู้สูงอายุ เช่น โครงการคัดกรองโรคต้อหินในผู้สูงอายุ หรือการทำกลุ่มสนับสนุนทั้งในผู้สูงอายุซึ่งป่วยด้วยโรคที่เหมือนกัน และญาติที่ประสบปัญหาที่คล้ายคลึงกัน เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ และช่วยลดภาวะตึงเครียดจากอาการของโรคและปัญหาในการดูแล

2.7.10 เป็นผู้พิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ พยาบาลจะต้องดำรงตนเป็นผู้ที่พิทักษ์สิทธิผลประโยชน์ต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ เช่น สิทธิในการรับบริการทางสุขภาพและสังคมเท่าเทียมกับคนอื่น ๆ หรือสิทธิที่ควรได้รับการคุ้มครองจากผู้แสวงหาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ

### 3. ความร่วมมือในการรักษา

#### 3.1 ความหมายและความสำคัญของความร่วมมือในการรักษา

ในปัจจุบันมีสิ่งชี้วัดในการรักษาเพื่อประเมินว่า การรักษาที่มีความสำเร็จหรือล้มเหลวในการรักษา ซึ่งสิ่งนั้นก็คือ ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ทั้งนี้คำที่นิยมใช้ในความหมายความร่วมมือในการรักษาที่โดดเด่น คือ Compliance และ Adherence

Compliance ตามพจนานุกรมของ Cambridge (<http://www.dictionary.cambridge.org>) หมายถึง รูปแบบการปฏิบัติตามคำสั่ง ตามการร้องขอหรือข้อบังคับ เป็นการปฏิบัติตามหรือเป็นการยินยอมทำตามคำสั่ง จากผู้มีอำนาจในการรักษาหรือเชื่อฟังตามแผนการรักษาที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ ซึ่งแผนการรักษานั้นหมายรวมถึง การใช้ยาและการปฏิบัติอื่น ๆ

Adherence ตามพจนานุกรมของ Cambridge (<http://www.dictionary.cambridge.org>) หมายถึง การยึดมั่นหรือการปฏิบัติสอดคล้องต่อแบบแผนการรักษาของผู้ป่วย การปฏิบัติตามด้วยการยอมรับ โดยผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตาม ซึ่งการยอมรับของผู้ป่วย คือ ความร่วมมือในการรักษาที่หมายรวมถึง ความสะดวกในการใช้ยา

ในส่วนขององค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของ Compliance ว่าหมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ที่เกิดขึ้นและเป็นไปภายใต้การให้คำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องของการรักษา ส่วนความหมายของ Adherence คือ พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยที่มีอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านใช้ยาตามสั่ง และการปฏิบัติตามคำแนะนำที่สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยพฤติกรรมดังกล่าวต้องเกิดขึ้นจากความตกลงยินยอมร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย ในขณะที่แนวคิดของ Haynes et al. (1979) มีความคิดเห็นว่าทั้ง Compliance และ Adherence มีความหมายที่ใกล้เคียงกัน

Haynes et al. (1979) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษา (Compliance) ว่าเป็นพฤติกรรมของบุคคลในการรับประทานยา การรับประทานอาหาร หรือการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับการรักษา หรือคำแนะนำจากผู้ดูแลสุขภาพ

Dracup and Meleis (1982) ได้อธิบายถึงความหมายของความร่วมมือในการรักษา (Compliance) ไว้ว่า เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเลือกปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนการรักษาด้วยความเต็มใจ

Brannon and Feist (2007) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษา คือหมายรวมตั้งแต่การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ได้แก่ การรับฟังคำแนะนำในการรักษา การมาตรวจติดตามผลตามนัดหมาย และการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำรงชีวิตให้เข้ากับการรักษา

ในการศึกษาครั้งนี้ ความหมายของความร่วมมือในการรักษา หมายถึง พฤติกรรมที่กระทำ หรือการปฏิบัติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินตามการรายงานของผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับแผนการรักษาหรือคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล ด้วยความเต็มใจ เพื่อควบคุมไม่ให้อาการของโรคแย่ลงจนถึงขั้นตาบอด ซึ่งพฤติกรรมที่กระทำหรือปฏิบัติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน ประกอบไปด้วย การหยุดยาและหรือการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด

การหยุดยาและหรือการรับประทานยา ผู้สูงอายุโรคต่อหินมีความจำเป็นจะต้องหยุดยา/รับประทานยาที่ใช้ลดความดันโลหิตไปตลอดชีวิต ดังนั้นเพื่อให้เกิดความสำเร็จของการรักษา ผู้ป่วยต้องทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในบทบาทของตนเองที่มีต่อการรักษา มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการหยุดยาและหรือการรับประทานยา ที่ถูกต้องตามจำนวน เวลา ขนาด ตลอดจนจนทราบถึงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการใช้ยา พร้อมกับแจ้งอาการผิดปกติให้แพทย์ทราบ นอกจากนี้ยังต้องฝึกฝนเทคนิคการหยุดยาให้ตนเอง ถ้ามียาหยุดมาก ชนิดต้องทิ้งช่วงห่างอย่างน้อย 5 นาที การหยุดยาและหรือการรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอ

สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย อีกทั้งยังควบคุมความดันโลหิตผันแปรในแต่ละวันได้ดี ทำให้ลดการทำลายข้อประสาทตาลดโอกาสการเกิดตาบอด (Tsai, 2007)

การมาตรวจตามนัด เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุโรคต้อหินจะต้องรับผิดชอบ เพื่อติดตามผลการรักษาที่ต่อเนื่องและตรวจหาอาการข้างเคียงอื่น ๆ ติดตามระดับความดันโลหิต ตรวจข้อประสาทตา ตรวจดูลานสายตา ประเมินความรุนแรง ความก้าวหน้าของโรคว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปในทางใด เพื่อพิจารณาให้การรักษาที่เหมาะสม (ยุพดี รัตตะรังสี, 2545)

### 3.2 ความสำคัญของความร่วมมือในการรักษา

ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายหรือเป็นโรคเรื้อรัง และที่ป่วยด้วยโรคที่หายช้า ต้องรับประทานยาเป็นเวลานานหลายปี หรือหลาย ๆ เดือน จะเป็นตัวแปรในการที่ทำให้การรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาลดลง (มาโนช หล่อตระกูล, 2541 อ้างถึงใน สมัยพร อาซาล, 2543) ความร่วมมือในการรักษามีความสำคัญต่อการรักษามาก ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาและปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผลการรักษาออกมาดีและมีประสิทธิภาพ (พัฒนา โพธิ์แก้ว, 2537 อ้างถึงใน สมัยพร อาซาล, 2543:) ความร่วมมือในการรักษาจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการทำให้การรักษาโรคมีประสิทธิภาพ สำหรับการรักษาโรคต้อหินมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญในการรักษา คือ การลดและควบคุมระดับความดันโลหิต ทั้งนี้การลดความดันโลหิตอาจทำได้โดยการใช้อายูโรติก การทำเลเซอร์ หรือการผ่าตัด แต่การทำเลเซอร์และการผ่าตัดก็มีโอกาสก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายประการ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนบางประเภทอาจรุนแรงและสามารถส่งผลให้เกิดการสูญเสียสายตาย่างถาวรได้ ดังนั้นการรักษาโดยการใช้อายูโรติกความดันโลหิต จึงยังเป็นวิธีการหลักที่จักษุแพทย์เลือกใช้ (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550) โดยทั้งนี้ผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ การรับฟังคำแนะนำในการรักษา การมาตรวจติดตามผลการรักษาตามนัดหมาย และการปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับกรใช้อายูโรติกอย่างสม่ำเสมอ โดยพบว่า การที่ผู้ป่วยโรคต้อหินมีความร่วมมือในการรักษาดี สามารถชะลอการสูญเสียการมองเห็นได้ร้อยละ 90 (Zimmerman and Zalta, 1983) ปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งของการรักษาต้อหิน คือ การที่ผู้ป่วยใช้อายูโรติกไม่สม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง แต่จะใช้อายูโรติกในชวังก่อนมาพบแพทย์ เมื่อแพทย์ตรวจและแจ้งว่าระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย ผู้ป่วยก็จะหลงมั่นใจว่าการปฏิบัติตัวของตนเองถูกต้องแล้ว จึงมักพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะยังคงมีการดำเนินของโรคเลวลง ทั้งที่ระดับความดันโลหิตที่ตรวจพบทางคลินิกในวันนัดหมายอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย มาโดยตลอด (Mao et al., 1991 อ้างถึงใน ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550)

### 3.3 แนวคิดความร่วมมือในการรักษา

จากสถานการณ์การเจ็บป่วยของประชากรทั่วโลกในปัจจุบัน พบว่า มีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ เป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด ต้องใช้ยาไปตลอดชีวิต ทำให้ประเด็นความร่วมมือในการรักษาเป็นประเด็นที่ให้ความสำคัญไปทั่วโลก ทางองค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) ได้เห็นถึงความสำคัญในประเด็นความร่วมมือในการรักษาเช่นกัน จึงได้มีการศึกษาและเสนอแนวคิดที่ว่า ความร่วมมือในการรักษาเป็นเรื่องที่ต้องเกี่ยวข้องกับมิติของแต่ละบุคคลในหลาย ๆ ด้าน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านที่มิใช่ผู้ดูแลสุขภาพและระบบบริการ ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรค ปัจจัยด้านการรักษา และปัจจัยด้านผู้ป่วย

Olthoff et al. (2005) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาว่า สิ่งที่จะช่วยทำนายถึงความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ พื้นฐานทางด้านลักษณะส่วนบุคคลของตัวผู้ป่วย การรักษา และความรุนแรงของโรคกับผลการรักษาที่ไม่แน่นอน

สำหรับแนวคิดของ Tsai (2003) แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต่อหิน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และปัจจัยด้านสังคม / สิ่งแวดล้อม

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Tsai (2003) ซึ่งได้พัฒนาแนวคิดมาจากการศึกษาของ Schlundt (1994) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวานชนิดพึ่งพาอินซูลิน แต่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยให้ผู้เข้าร่วมโครงการบอกถึงสถานการณ์ในแต่ละวันที่เป็นอุปสรรคและมีผลต่อการให้ความร่วมมือในการควบคุมอาหาร หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาจัดกลุ่มใน 12 สถานการณ์ สิ่งที่ใช้ประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมอาหาร คือน้ำหนักและดัชนีมวลกาย

Tsai (2003) มีความคิดว่าผลประโยชน์ในการรักษาโรคเบาหวานกับโรคต่อหินมีความคล้ายกัน จึงนำระบบการจัดกลุ่มอุปสรรคมาทำการพัฒนา เพื่อศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคที่มีผลต่อความร่วมมือในการหยุดยา โดย Tsai (2003) พบว่า ผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัด มีระดับความดันโลหิตที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่กลับมีความก้าวหน้าของการสูญเสียลานสายตา ซึ่งแสดงว่ามีความผันแปรของค่าความดันโลหิตในรอบวันเป็นอย่างมาก ความผันแปรของค่าความดันโลหิตในรอบวันที่กว้างมากจะมีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาที่ขาดความสม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นเขาจึงต้องการศึกษาถึงปัญหาอุปสรรคที่มีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการหยุดยา โดยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา หมายถึง การหยุดยา/รับประทานยา การมาตรวจตามนัด สิ่งที่ใช้ประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาตามแนวความคิดของ

Tsai(2003) คือ ระดับความดันโลหิตตามเป้าหมายของการรักษา ควบคู่กับความผันแปรของระดับความดันโลหิตในแต่ละวัน

Tsai (2003) ทำการศึกษาโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัย 48 คน ตอบแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ให้เขียนบอกถึงเหตุการณ์ในแต่ละวันที่เป็นอุปสรรคต่อการหยุดยา แล้วนำคำตอบมาจัดแบ่งเข้าหมวดหมู่ตามปัจจัย 4 ด้าน คือ 1) **ปัจจัยด้านผู้ป่วย** ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว 2) **ปัจจัยด้านการรักษา** ได้แก่ ความซับซ้อนของการรักษา อาการข้างเคียงจากยา 3) **ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ** ได้แก่ การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย 4) **ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม** ได้แก่ แหล่งประโยชน์ วิธีชีวิต

จากผลการศึกษาตามแนวคิดนี้ พบว่า ปัจจัยด้านสังคม / สิ่งแวดล้อม เป็นอุปสรรคสูงสุดต่อความร่วมมือในการใช้ยาหยุดยา รองลงมาคือปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านผู้ให้บริการตามลำดับ ผู้วิจัยเห็นว่าเป็นแนวคิดที่ทำการศึกษาในต่างประเทศ อีกทั้งในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาหาความสัมพันธ์เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน จึงนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

### 3.4 ความร่วมมือในการรักษากับผู้สูงอายุโรคต่อหิน

สืบเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะมีการเจ็บป่วยหลายๆโรค และได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิดพร้อมๆกัน จึงส่งผลให้เกิดปัญหาความร่วมมือในการรักษามีมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุของ Cooper, Love and Raffoul (1982) พบว่าความร่วมมือในผู้สูงอายุลดลงร้อยละ 30-50 โดยร้อยละ 90 ของปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุเกิดจากการที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือทำตามแผนการรักษาของแพทย์ได้อย่างเคร่งครัด นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุ อาจเปลี่ยนหรือลดขนาดยาเอง เพื่อลดอาการข้างเคียงที่เกิดจากยา (Montamat et al., 1989)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สูญเสียความสามารถในการได้ยิน ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ที่มีอายุเกิน 65 ปีจะมีอาการหูตึง อีกทั้งยังมีความเสื่อมของการเรียนรู้และความจำ ดังนั้นจึงทำให้ความสามารถในการฟัง การจดจำ และการทำความเข้าใจในสิ่งที่ได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ลดลง จึงทำให้ความสามารถของผู้สูงอายุในเรื่องการให้ความร่วมมือในการรักษาลดลงไปอีก

จากการศึกษาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินของ Glynn et al. (1991) พบว่า การที่ผู้สูงอายุต้องใช้ยารักษาต่อหินเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เนื่องจากระดับการมองเห็นลดลงอย่างมาก

จากปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องดังกล่าวมาแล้วนั้น ไม่ว่าจะเป็นส่วนของการเปลี่ยนแปลงในวัยของผู้สูงอายุเองก็ดี จำนวนโรคประจำตัว และอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่ดี สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัญหาต่อความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุลดลง

### 3.5 การประเมินความร่วมมือในการรักษา

การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยในการประเมินผลการรักษาและปัญหาของผู้ป่วย โดยตามหลักการแล้ว การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาที่จะได้ผลถูกต้องแม่นยำที่สุด จะต้องทำในช่วงเวลาและสถานที่ ที่ผู้ป่วยใช้ยา เพราะการใช้ยาของผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา แต่ในทางปฏิบัติ มักจะประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ จึงทำให้ผลการประเมินไม่แน่นอน อย่างไรก็ตามการประเมินความร่วมมือของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดปัญหานี้ได้ ในปัจจุบันมีวิธีการตรวจสอบหลายวิธี (Eraker et al., 1984; Stephenson et al., 1993) ซึ่งมีความแตกต่างกันตามความยากง่าย ความไวและความแม่นยำ วิธีการเหล่านี้สามารถแบ่งออกเป็น 2 วิธีหลัก ดังนี้

3.5.1 วิธีวัดโดยตรง (Direct methods) เป็นการวัดระดับยา หรือปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับโดยตรง เป็นการตรวจวัดทางเคมี ซึ่งค่าที่ได้มีความแน่นอน แบ่งออกเป็น

3.5.1.1 วิธีวัดระดับยาในเลือด (Blood level monitoring) ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาเครื่องมือต่าง ๆ เพื่อมาตรวจวัดระดับความเข้มข้นของยา หรือเมตาบอไลต์ของยาในเลือดหรือในพลาสมาซึ่งจะบ่งบอกถึงขนาดของยาที่ผู้ป่วยได้รับเข้าไปเมื่อถึงระดับยาคงที่ในเลือด วิธีการวิเคราะห์จะต้องเลือกใช้วิธีที่มีความไว และเฉพาะเจาะจงกับยาที่กำลังศึกษา วิธีที่นิยมใช้และมีความสะดวกรวดเร็วในการวิเคราะห์ คือ EMIT (Enzyme multiplied immunoassay technique) ซึ่งจะทราบผลภายในไม่กี่นาที นอกจากจะวัดระดับของตัวยา หรือเมตาบอไลต์ของยาโดยตรงแล้ว อาจวัดระดับสารบ่งชี้ (marker) ซึ่งเติมลงในตัวยา ข้อจำกัดของวิธีนี้ คือ ยาแต่ละชนิดที่ใช้ในผู้ป่วยแต่ละคน มีค่าของตัวแปรทางเภสัชจลนศาสตร์ที่แตกต่างกัน เป็นวิธีที่ยุ่งยากและไม่สะดวกในการเก็บตัวอย่าง ไม่สามารถสืบหาเวลาที่แน่นอนในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ ค่าใช้จ่ายในการตรวจค่อนข้างสูง ต้องใช้เครื่องมือที่มีราคาแพง รวมถึงสารเคมีต่าง ๆ ด้วย (ปิยพร สุวรรณโชติ, 2543)

3.5.1.2 การวัดปริมาณของยาในปัสสาวะ (Measurement of urinary excretion) วิธีการนี้ใช้หลักการเดียวกับการวัดระดับยาในเลือด แต่วัดหาระดับยาปัสสาวะ โดยยาหรือเมตาบอไลต์ของยา หรือสารบ่งชี้ต้องไม่มีพิษ ไม่มีผลทางเภสัชวิทยา ไม่ถูกสะสมโดยสาร



บ่งชี้ ยาหรือสารที่จะวัดนี้ จะถูกขับออกอย่างอิสระและรวดเร็วในเวลาไม่กี่ชั่วโมง และควรสลายไปใน 6 ชั่วโมง นอกจากนี้สารบ่งชี้ที่ใช้ไม่ควรมึปฏิกิริยากับยาจริง ๆ ของผู้ป่วย เพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยสังเกตเห็นได้เองจากสีหรือกลิ่น วิธีนี้มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถบอกความแตกต่างระหว่างการใช้อย่างมากหรือน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง ใช้นี้ได้กับยาหรือเมตาบอไลต์ของยาที่มีการขับออกทางปัสสาวะ และมีปริมาณมากพอที่จะตรวจสอบได้ ไม่สามารถสืบหาเวลาที่แน่นอนที่ผู้ป่วยใช้ยาได้

3.5.1.3 วิธีการอื่น ๆ เป็นการวัดปริมาณยาในน้ำลาย อุจจาระ และลมหายใจ วิธีนี้มีข้อจำกัด คือ วิธีการตรวจวัดค่อนข้างยุ่งยาก เพราะปริมาณยาหรือเมตาบอไลต์ของยา ในสิ่งที่ขับออกมาปริมาณน้อย เสียค่าใช้จ่ายสูง ใช้เวลาในการตรวจวัดค่อนข้างนาน

3.5.2 วิธีวัดโดยอ้อม (Indirect methods) ประเมินได้จากการหาข้อมูลด้วยวิธีการต่าง ๆ จากผู้ป่วยหรือผู้ใกล้ชิด แล้วนำมาประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย วิธีนี้แบ่งออกเป็น 5 วิธีใหญ่ ๆ คือ

3.5.2.1 การสัมภาษณ์โดยตรงหรือการใช้แบบสอบถาม (Interview or questionnaire) กับผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วย วิธีนี้สามารถสืบหารายละเอียดเกี่ยวกับปัญหาหรือปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ง่ายและเป็นวิธีที่ใช้บ่อย อย่างไรก็ตามก็ดีผู้สัมภาษณ์ควรมีทักษะในการสัมภาษณ์ และการใช้คำถามที่ไม่ทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เกิดความรู้สึกกลัวว่าจะมีความผิด หรืออายที่จะตอบตามความเป็นจริง ดังนั้นคำถามที่ใช้ต้องชัดเจนและเข้าใจง่าย รวมทั้งจำนวนคำถามและเวลาที่ต้องใช้เหมาะสม เพราะถ้าใช้เวลามากเกินไปอาจทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เกิดความเบื่อหน่าย และไม่ยอมตอบคำถามต่อไป วิธีนี้เป็นวิธีที่มีความจำเพาะ แต่ขาดความไว ค่าใช้จ่ายน้อย ทำได้ง่ายและสะดวก สามารถทราบผลได้ทันที ข้อจำกัดที่สำคัญของวิธีนี้ คือ ผู้ป่วยอาจปิดบังความจริง เนื่องจากกลัวว่าทีมบุคลากรทางการแพทย์จะทราบว่าผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยา และมีความจำกัดในด้านของคำถามที่ใช้ เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมตอบคำถามได้

3.5.2.2 วิธีนับเม็ดยา (Pill counts) เป็นการนับเม็ดยาที่เหลืออยู่ และคำนวณว่ายาที่หายไปตรงกับจำนวนที่แพทย์สั่งให้ใช้หรือไม่ วิธีนี้ต้องทำโดยมิให้ผู้ป่วยรู้ตัวว่ามี การนับจำนวนเม็ดยา เพราะผู้ป่วยอาจทิ้งยาบางส่วนไปเมื่อลืมรับประทานยา หรือเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้มีการใช้ยาที่ถูกต้องมากขึ้น วิธีการนี้ก็เป็นที่นิยมใช้เหมือนกัน เพราะทำได้ง่ายและสะดวกถ้าผู้ป่วยไม่รู้ตัวว่ามีการนับเม็ดยา จะทำให้สามารถพบได้ว่าผู้ป่วยใช้ยาจริงหรือไม่ และใช้ไปปริมาณเท่าใด แต่วิธีนี้มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถบอกได้ว่า ยาที่ใช้ไปนั้นมีการใช้ที่ถูกวิธี ถูกเวลาหรือไม่ ไม่สามารถบอกได้ว่ายาที่หายไป เกิดจากการที่ผู้ป่วยใช้ยา หรือมีผู้อื่นมาใช้

ยาของผู้ป่วยหรือไม่ ไม่สามารถใช้วิธีนี้ได้ ถ้าผู้ป่วยไม่นำยาที่เหลือมาโรงพยาบาล หรือนำยาที่ได้รับใหม่ร่วมกับยาเก่าที่เหลืออยู่ การปกปิดไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้ตัวว่ามีการนับเม็ดยานั้นทำได้ยาก

3.5.2.3 การวัดผลการรักษาและอาการข้างเคียงที่แสดงออก (Outcome of therapy and side effects) เป็นวิธีที่แพทย์ใช้ติดตามผลการรักษาของผู้ป่วย โดยดูจากค่าพารามิเตอร์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคต้อหิน ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หรืออาจจะไม่มีค่าพารามิเตอร์วัดที่ชัดเจน เช่น การถ่ายอุจจาระมีสีดำจากการใช้ยาเพอร์ริสซัลเฟต หรือการดูผลของการเกิดอาการข้างเคียงของยาบางชนิด ที่เกิดผลข้างเคียงในขนาดที่ใช้ในการรักษา เช่น อาการปากแห้งจากการใช้ยา Anticholinergics อัตราการเต้นของหัวใจที่ช้าลงจากการใช้ยากลุ่ม Beta – blockers แล้วนำข้อมูลที่ได้จากสิ่งเหล่านั้นมาประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย วิธีนี้มีข้อจำกัด คือ ผลที่ได้นั้นอาจเกิดจากผู้ป่วยใช้ยาชนิดอื่นร่วมด้วย โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้แจ้งให้แพทย์ทราบ ผู้ป่วยอาจปฏิบัติตัวตามแพทย์สั่งในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ก่อนมาพบแพทย์ เพื่อให้ค่าพารามิเตอร์ต่าง ๆ ลดลง เช่น หยุดยารักษาต้อหินตรงเวลาในช่วงก่อนที่จะมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อระดับความดันโลหิตลดลง ประการที่สำคัญ คือ แพทย์มักมีแนวโน้มว่าจะประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงเกินไป โดยเชื่อว่าผู้ป่วยจะเชื่อและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ สำหรับการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ที่ดูจากผลของการเกิดอาการข้างเคียงของผู้ป่วย บางครั้งไม่น่าเชื่อถือ เพราะการเกิดอาการข้างเคียงของผู้ป่วยนั้น อาจเกิดจากผลทางจิตใจด้วย เช่น ถึงแม้ผู้ป่วยได้รับยาหลอก (placebo) ผู้ป่วยก็อาจเกิดอาการคล้ายกับอาการข้างเคียงของยาได้

3.5.2.4 การใช้อุปกรณ์ทางคอมพิวเตอร์ช่วยติดตาม (Computerized compliance monitors) วิธีนี้นับเป็นวิธีที่ดีและน่าเชื่อถือวิธีหนึ่ง โดยมีการใช้ microprocessor ติดไว้ที่ฝาปิดภาชนะบรรจุยา ทุกครั้งที่ผู้ป่วยเปิดฝาภาชนะบรรจุยา จะมีการบันทึกวันและเวลาไว้ โดยคาดว่าทุกครั้งที่มีการเปิดฝาภาชนะจะมีการใช้ยาเกิดขึ้น ข้อมูลที่ได้นี้จะถูกแสดงออกมาเมื่อต่อ microprocessor เข้ากับเครื่องคอมพิวเตอร์ ปัจจุบันนี้มีการผลิตอุปกรณ์เหล่านี้ออกมาหลายบริษัท วิธีนี้มีข้อจำกัด คือ อุปกรณ์เหล่านี้มีราคาแพง การเปิดฝาภาชนะบรรจุทุกครั้งอาจไม่ได้เกิดจากการใช้ยาก็ได้ และจะได้เฉพาะรูปแบบในการใช้ยาในแต่ละวัน แต่ไม่ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาโดยตรง เช่น วิธีการใช้ยา ผู้ป่วยอาจมีเทคนิคการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง หยุดยาลูกออกนอกดวงตา (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550)

3.5.2.5 การวัดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นการประเมินจากพฤติกรรมที่ผ่านมาของผู้ป่วย เช่น ในเรื่องของการให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างน้อยเพียงใด

การมารับยา และการมาตรงตามที่แพทย์นัด อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดก็ไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่า ผู้ป่วยจะสามารถใช้ยาได้ถูกต้อง แต่อาจจะคาดได้ว่าผู้ป่วยที่ไม่มาพบแพทย์ตามนัด น่าจะเป็นผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ แต่มีสิ่งที่น่าสนใจ คือ จากการศึกษาของ Stephenson et al. (1993) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการไม่มาตามนัด กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ

จากวิธีการต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกันออกไป ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกวิธีประเมินความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน โดยการใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Tsai (2003) โดยประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาหยุดตา/การรับประทานยา และการมาตรวจรักษาตามนัด

### 3.6 ลักษณะ/ตัวชี้วัดความร่วมมือในการรักษา

จากการศึกษาของ Rahman (2002) ได้กำหนดตัวชี้วัดของความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคต่อหินไว้ 3 ประการ คือ

3.6.1 การหยุดยาได้ถูกเทคนิค การหยุดยาอย่างถูกวิธี ทำให้เกิดประสิทธิภาพของการรักษา ดังนั้นทีมบุคลากรทางการแพทย์จึงควรแนะนำ และฝึกฝนให้ผู้ป่วยทราบถึงเทคนิคในการหยุดยาให้ตนเอง หากประเมินว่าผู้ป่วยมีปัญหาในการหยุดยาด้วยตนเอง ต้องสอนญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับวิธีการหยุดยา วิธีการหยุดยาต้องแนะนำตั้งแต่การล้างมือก่อนและหลังการหยุดยา การเขย่าขวดยาก่อนใช้ถายาน้ำอยู่ในรูปของยาแขวนตะกอน ผู้ป่วยจะนอนหรือเงยหน้าขึ้นก็ได้ ก่อนหยุดยาให้ผู้ป่วยเหลือบตามองขึ้นด้านบน ใช้มือข้างที่ไม่ถนัดดึงเปลือกตาล่างลงและออกห่างจากลูกตา เพื่อให้เป็นแอ่ง ใช้มือข้างที่ถนัดถือขวดยาให้ตรงกับตา โดยห่างจากตาประมาณ 1-2 เซนติเมตร ระวังไม่ให้ปลายจุกขวดสัมผัสกับสิ่งใด ให้ตามองตรงไปที่ปลายจุกขวดตลอดเวลา จากนั้นออกแรงบีบขวดยา ให้ยาหยดเข้าไปในดวงตา 1 หยด หลับตาไว้หนึ่งๆ เป็นเวลา 5 นาที โดยไม่ต้องกะพริบตา เพราะการกะพริบตาจะเพิ่มการไหลออกได้เป็น 4 เท่าของภาวะปกติ (Day et al., 2006) ในขณะเดียวกันให้ใช้ปลายนิ้วกดบริเวณหัวตาต่อจมูกไว้นาน 3 นาที

3.6.2 การหยุดยาถูกเวลาและทิ้งช่วงห่างของยาได้ถูกต้อง การหยุดยาถูกเวลาจะทำให้การออกฤทธิ์ยาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง สามารถควบคุมระดับความดันลูกตา ที่ผันแปรในแต่ละวันให้อยู่ในระดับเป้าหมาย ทำให้สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้

3.6.3 การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง/สม่ำเสมอ จากการศึกษาของ Zimmerman and Zalta (1983) พบว่า การที่ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกต้องและมีความต่อเนื่องสามารถช่วยชะลอการสูญเสียการมองเห็นได้ร้อยละ 90

### 3.7 ประเภทของความไม่ร่วมมือในการรักษา

จากการที่โรคต้อหินไม่ปรากฏอาการที่เด่นชัด อีกทั้งต้องรักษาด้วยการใช้ยาไปตลอดชีวิต ข้อกำหนดการรักษาที่ซับซ้อนและไม่สามารถทำให้การมองเห็นกลับมาดีเหมือนเดิมได้ ทำให้ผู้ป่วยต้อหินมีภาวะเสี่ยงต่อความไม่ร่วมมือในการรักษามากขึ้น (Hoevenaars et al., 2008) การประเมินผู้ป่วยให้ได้ว่ามีความเสี่ยงต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาตั้งแต่เริ่มแรก ทำให้เราสามารถที่จะพัฒนาความร่วมมือในการรักษาให้ดีขึ้นได้ Goldberg (2000) ได้จำแนกพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการให้ยา (Medical therapy) พบว่าพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องมี 5 ประเภท ดังนี้

3.7.1 มีการใช้ยาไม่ครบถ้วน เป็นพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ได้ขนาดตามที่กำหนด อาจมีการใช้ยาในขนาดต่ำกว่าที่แพทย์สั่ง ขาดยาบางเวลา มีการหยุดใช้ยาก่อนเวลาอันควร หรือมีวิธีการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งประการสุดท้ายนี้มีความสำคัญอย่างมากในการรักษาโรคต้อหิน เนื่องจากผู้ป่วยมักหยุดยาเองอย่างไม่ถูกต้อง

3.7.2 มีการใช้ยาในขนาดที่มากกว่ากำหนด โดยผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ผิดว่าการใช้ยาในขนาดที่มากขึ้นจะช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้นด้วย

3.7.3 มีการใช้ยาในเวลาที่ไม่ถูกต้อง มีความล้มเหลวในการใช้ยาในแต่ละวันหลายครั้ง ผู้ป่วยไม่สามารถบริหารการใช้ยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษาได้ พบได้ในกรณีที่แผนการรักษามีความยุ่งยากซับซ้อน ได้รับยาหลายชนิด หรือต้องใช้อายบ่อยครั้ง รวมทั้งต้องใช้อายในช่วงเวลาที่ไม่สะดวกในการใช้

3.7.4 มีการใช้ยาด้วยตนเอง ด้วยเหตุผลที่ไม่ถูกต้องในข้อบ่งชี้การรักษาที่ผิด พบในผู้ป่วยที่ได้รับยาหลายชนิด ผู้ป่วยมีความสับสนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการใช้ยาในแต่ละตัว เมื่อใช้ยาร่วมกันหลายรายการ เช่น นำน้ำตาเทียมมาหยอดแทนยารักษาโรคต้อหิน

3.7.5 มีการใช้ยาด้วยตนเองโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่งให้ใช้ พบได้ในลักษณะที่ซื้อยามาใช้เอง มีการใช้ยาของญาติหรือเพื่อน ที่ผู้ป่วยคิดว่ามีอาการของโรคที่เหมือนกัน หรือนำยาเดิมที่แพทย์กำหนดให้หยุดใช้แล้วกลับมาใช้อีก

### 3.8 บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมระดับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคต้อหิน

จากการทบทวนวรรณกรรม มีการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาที่มีการใช้ยาหยอดตาของผู้ป่วยโรคต้อหินไว้หลายท่าน และได้สรุปข้อเสนอแนะในการที่จะเพิ่มระดับความร่วมมือในการรักษาซึ่งมีแนวทางที่เหมือนกัน คือ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการรักษา การปรับเปลี่ยนแผนการรักษาและรูปแบบการใช้ยา และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย (Zimmerman and Zalta, 1983; Taylor et al., 2002; Friedman et al., 2008; Hoevenaars et al., 2008)

#### 3.8.1 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการรักษา

ความร่วมมือในการรักษาถือเป็นประเด็นที่สำคัญมาก ในการป้องกันการสูญเสียการมองเห็นสำหรับผู้ป่วยโรคต้อหิน เนื่องจากการรักษาหลักในต้อหิน คือ การใช้ยา (Hoevenaars et al., 2008) ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค การใช้ยา และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วย จะมีส่วนช่วยส่งเสริมการใช้ยาของผู้ป่วยได้มาก (ธาริณี อัครวิเชียร และวิวรรณ์ อัครวิเชียร, 2541) ผู้ป่วยที่มีความเข้าใจเป็นอย่างดีเกี่ยวกับโรคต้อหินมักจะให้ความร่วมมือในการรักษาที่ดี และใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งจะมีความคาดหวังที่ถูกต้องมากขึ้นในผลการรักษา ความเข้าใจผิดในหลักการและผลการรักษาต้อหินเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงต่อวินัยการใช้ยาในระยะยาว เนื่องจากยาต้อหินมีโอกาสก่อให้เกิดอาการข้างเคียงได้ ในขณะที่ไม่สามารถรักษาให้โรคหายขาดได้และไม่สามารถทำให้ประสิทธิภาพการมองเห็นที่เสียหายไปแล้วกลับคืนมาได้ บุคลากรทางการแพทย์จึงต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการใช้ยาต้อหินให้ชัดเจนตั้งแต่เริ่มต้น และจำเป็นต้องย้ำถึงความสำคัญของการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะอีกด้วย (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550)

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยาแก่ผู้ป่วย สามารถช่วยลดความวิตกกังวล และลดปัญหาการหยุดยาเองของผู้ป่วยได้ พบว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาในกลุ่ม prostaglandin (Xalatan, Travatan, Lumigan) จะมีอาการข้างเคียง คือ ภาวะตาแดง ผิวหนังบริเวณรอบดวงตาค้ำเข้มขึ้น ถ้าแพทย์ให้คำแนะนำและความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าเป็นอาการที่ไม่ได้ก่อให้เกิดอันตรายแต่อย่างใด อัตราการหยุดใช้ยาดังกล่าวจะลดลง และยังสามารถลดปัญหาการกลับมาพบแพทย์ก่อนกำหนดนัดหมายจากความวิตกกังวลอีกด้วย (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550)

พยาบาลควรสอนวิธีการหยอดยาที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ไม่ควรคาดหวังว่าผู้ป่วยสามารถหยอดยาเองได้ เพราะการขาดประสิทธิภาพในการหยอดตาไม่ถูกวิธี จำนวนครั้งและเวลาในการหยอดไม่ตรงตามแผนการรักษา เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การรักษาโดยยาไม่

ได้ผล (Winfield et al., 1990) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถหยุดยาได้เอง เนื่องจากมีข้อจำกัดทางร่างกาย เช่น มือสั่น ไม่มีแรงบีบขวดยา การมองเห็นไม่ดี พยาบาลต้องสอนญาติ / ผู้ดูแลเกี่ยวกับวิธีการหยุดยาที่ถูกต้อง

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย / ผู้ดูแล สามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่

3.8.1.1 ให้ความรู้ด้วยวาจา อาจทำได้ทั้งแบบรายบุคคลหรือรายกลุ่ม เวลาในการให้คำแนะนำ ความรู้ในเรื่องต่างๆ ไม่ควรนานเกินไป เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายได้ง่าย และจดจำคำแนะนำไม่ได้ทั้งหมด นอกจากนี้ภาษาที่ใช้ควรใช้คำที่เข้าใจง่าย ไม่ควรใช้ศัพท์ทางวิชาการ

3.8.1.2 การใช้เอกสารแผ่นพับหรือสื่อวีดิทัศน์ จากการศึกษาของ Rosenthal et al. (1983) พบว่า การให้ผู้ป่วยที่เป็นต้อหินจำนวน 98 คน ดูวิดีโอเทปความรู้เกี่ยวกับโรค หลังจากนั้น 6 เดือนประเมินผล ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เป็นโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับข้อจำกัดของเอกสารแผ่นพับ คือ ผู้ป่วยที่อ่านหนังสือไม่ออก หรือมีปัญหาทางด้านสายตา เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่สายตาไม่ดี ไม่สามารถใช้วิธีนี้ได้ อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ค่อยอ่านเอกสารต่างๆ ที่แจกให้

3.8.2 การปรับเปลี่ยนแผนการรักษาและรูปแบบการให้ยา

การปรับเปลี่ยนให้ผู้ป่วยให้ยาได้ง่ายขึ้นและสะดวกขึ้น โดยให้สอดคล้องกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการให้ยาดีขึ้น ได้แก่ ใช้ยาเวลานอน เวลากลางวันหลังรับประทานอาหารเช้า – หลังอาหารมื้อกลางวัน – หลังอาหารมื้อเย็น เวลากลางคืน หรือเวลาก่อนเข้านอน แล้วให้ผู้ป่วยเลือกให้ยาในเวลาที่เหมาะสมที่สุด ที่สัมพันธ์กับกิจวัตรเหล่านี้ นอกจากนี้การบริหารยาโดยใช้ยาน้อยชนิดที่สุด มีความเข้มข้นต่ำที่สุด การให้ยารูปแบบที่ลดความถี่ของจำนวนครั้งที่ใช้ต่อวัน โดยยังสามารถควบคุมโรคได้ เป็นสิ่งหนึ่งที่มีผลอย่างมากต่อความร่วมมือในการให้ยาของผู้ป่วยต้อหิน ถ้าจำเป็นต้องใช้ยาสองชนิด ควรพิจารณาให้ยาสูตรผสม ในผู้ป่วยบางรายที่หลงลืมหรือสับสนง่าย การทำตารางการให้ยาโดยเขียนชื่อยาร่วมกับสีจุกขวด หรือลักษณะพิเศษของขวดยา และเวลาที่ต้องให้ยา จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยให้ยาได้สม่ำเสมอยิ่งขึ้น

3.8.3 สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย

ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญในการร่วมมือในการให้ยาของผู้ป่วย (Taylor et al., 2002) โดยทั่วไปผู้ป่วยจะปฏิบัติต่อแพทย์ ในทิศทางเดียวกับที่แพทย์ปฏิบัติต่อผู้ป่วย ถ้าแพทย์สามารถทำให้ผู้ป่วยประทับใจ และเห็นว่า

แพทย์มีการดูแลเอาใจใส่ที่ดี แสดงความเห็นอกเห็นใจเป็นกันเองกับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเชื่อฟัง คำแนะนำของแพทย์เป็นอย่างดี และยังให้ความสำคัญกับการมาพบแพทย์ตามนัดด้วย

ในด้านความสัมพันธ์ของพยาบาลกับผู้ป่วยนั้น พยาบาลควรให้คำแนะนำด้วยท่าทาง ที่ยินดีและเต็มใจ มีทักษะการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยถามในสิ่งที่ สงสัยหรือไม่เข้าใจ มีการย้ำในสิ่งที่จำเป็นหรือที่คิดว่าผู้ป่วยอาจจะเข้าใจผิด รวมทั้งแนะนำวิธีการ ปฏิบัติตัวอื่น ๆ ที่เหมาะสม การปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการ เป็นการแสดงให้เห็น ผู้ใช้บริการได้รับรู้ถึงความเอาใจใส่ดูแลของพยาบาล ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจ เกิดแรงจูงใจที่ จะปฏิบัติตามคำแนะนำ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

#### 4. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความร่วมมือในการรักษานั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ลักษณะของโรค ข้อกำหนดในการรักษา สัมพันธภาพระหว่างบุคลากร ทางการแพทย์และผู้ป่วย

4.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย จากการศึกษพบว่า การที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการ รักษา น้อยลง เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคต่อหิน แผนการรักษา (Tsai, 2006) นอกจากนี้ความตระหนักของผู้ป่วยเกี่ยวกับการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง อาจทำให้สูญเสีย การมองเห็นได้ ก็จะทำให้ผู้ป่วยหันมาใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ (Goldberg, 2000) ในผู้สูงอายุที่มี ปัญหาเกี่ยวกับความสามารถทางร่างกายลดลง ได้แก่ สายตาไม่ดีอ่านฉลากยาไม่เห็น มือสั่น ทำ ให้มีปัญหาในการถือและบีบขวดยา มีปัญหาในการหมุนเปิดจุกยา ไม่สามารถยกมือขึ้นได้ เป็นต้น นอกจากนี้พฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเองก็มีส่วนเกี่ยวข้องต่อความร่วมมือในการรักษา เช่นกัน โดยจะเห็นได้ว่าจากการศึกษาของ สุจินดา ริมศรีทองและคณะ (2536) ที่ทำการศึกษ ความรู้และความร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคต่อหินสี พบว่า มีผู้ป่วยใช้ยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 16.7 ซึ่งมีสาเหตุจากการลืมมากที่สุดร้อยละ 32.4 อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) ที่ทำการศึกษความร่วมมือในการรักษาในระยะยาวในผู้ป่วยโรค เรื้อรังยังพบว่า ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สภาวะสุขภาพ เหล่านี้ล้วนมี ผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษา

4.1.1 เพศ จากการศึกษานี้ของ Bloch และคณะ (1977) ที่ทำการศึกษา เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาโรคต่อหิน พบว่า เพศชายมีความร่วมมือในการรักษา น้อยกว่า เพศหญิง ในขณะที่การศึกษาของ Rahman (2002) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบความร่วมมือ

ในการใช้ยาในผู้ป่วยต่อหีนพบว่าปัจจัยทางด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหยุดตาในผู้ป่วยต่อหีน

4.1.2 อายุ จากรายงานการศึกษาของ Cimberie (2008) พบว่าผู้ป่วยต่อหีนที่มีอายุน้อยมีความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับต่ำ เนื่องมาจากมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อย ในขณะที่องค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) ได้มีการเสนอความคิดเห็นว่า ในส่วนผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลาย ๆ โรคร่วมกัน ทำให้มีความยุ่งยากในการรักษาและต้องดูแลรักษาในระยะยาว เป็นเหตุให้เกิดความเสี่ยงต่อความร่วมมือในการรักษาที่น้อยลงเช่นกัน ในขณะที่บางการศึกษา พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

4.1.3 ระดับการศึกษา Kison (1992) ได้แสดงความคิดเห็นว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา มีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษา ตลอดจนมีการใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่า นอกจากนี้จากการศึกษาของ Kholdebarin และคณะ (2008) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการหยุดยารักษาต่อหีนในผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหยุดยาดยาอย่างถูกต้องในผู้สูงอายุ คือ ระดับการศึกษา โดยในผู้ที่มีการศึกษาน้อยจะหยุดยาไม่ถูกต้องตามที่ผู้ดูแลด้านสุขภาพทำการอธิบายและสาธิตให้ดู

4.1.4 สภาวะสุขภาพ จากการศึกษาของ Goldberg (2000) ได้อธิบายไว้ว่า ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับความสามารถทางร่างกายลดลง ได้แก่ สายตาไม่ดีอ่านฉลากยาไม่เห็น มือสั่น ทำให้มีปัญหาในการถือและบีบขวดยา มีปัญหาในการหมุนเปิดจุกยา ไม่สามารถยกมือขึ้นได้ ปัญหาสุขภาพเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการรักษาลดน้อยลงได้ นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่วมกันหลายโรค ทำให้การรักษามีความยุ่งยากซับซ้อนยิ่งขึ้น จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดปัญหาความร่วมมือในการรักษาน้อยลง (WHO, 2003)

4.2 ลักษณะของโรค ผู้ป่วยมักให้ความร่วมมือในการรักษาโรคที่ทำให้เกิดอาการอย่างชัดเจน หรือรุนแรงได้ดีกว่าโรคที่ค่อยเป็นค่อยไปอย่างภาวะต่อหีน เนื่องจากลักษณะของโรคไม่แสดงอาการเด่นชัด และยังคงต้องการรักษาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต โดยผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกว่าอาการดีขึ้น (Day et al., 2006) นอกจากนี้ Zimmerman and Zalta (1983) ได้มีการเสนอความคิดเห็นว่า ลักษณะของโรคที่ก่อให้เกิดอาการรุนแรงหรือก่อให้เกิดความพิการ มักมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา แต่ในขณะที่ลักษณะของโรคที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคต่อหีน ที่ไม่ปรากฏความผิดปกติที่เด่นชัด จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา จนกระทั่ง



ในระยะต่อมาเมื่อเกิดความผิดปกติที่บ่งชี้ถึงความพิการ ได้แก่ การสูญเสียลานสายตาเพิ่มขึ้น ความสามารถในการมองเห็นลดลง เมื่อนั้นผู้ป่วยจึงจะกลับมาให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น

4.3 ข้อกำหนดในการรักษา ข้อกำหนดในการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อน มีการใช้ยาหลายชนิด ต้องใช้ยาหลายครั้งในแต่ละวัน หรือวิธีการใช้ยาที่มากจนรบกวนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย มักก่อให้เกิดปัญหาความร่วมมือในการรักษา (Kholdebarin et al., 2008) ได้มีการเสนอกลยุทธ์ในการที่จะเพิ่มความร่วมมือในการรักษา โดยการปรับวิธีการรักษาให้สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย (Goldberg, 2000) และควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกใช้ยาในเวลาที่สะดวกที่สุดที่สัมพันธ์กับกิจวัตรเหล่านี้ ได้แก่ เวลาตื่นนอน เวลารับประทานอาหาร เวลาเลิกงาน หรือเวลาเข้านอน เพื่อหลีกเลี่ยงการลืมใช้ยาได้ในระดับหนึ่ง

4.4 สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อถือและไว้วางใจในทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลรักษา กล่าวสอบถามในสิ่งที่เป็นข้อสงสัย และยอมบอกพฤติกรรมในการดูแลตนเองและการกินยาตามความเป็นจริง สัมพันธภาพที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีสุขภาพมีความใส่ใจในปัญหา หรือสิ่งที่เป็นกังวลของตน รวมทั้งการมีความยืดหยุ่นในข้อตกลงต่าง ๆ ช่วยหาทางออกในปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้การสื่อสารที่ดีจะช่วยทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้และร่วมมือในการวางแผนการรักษาได้ดี การที่บุคลากรทางการแพทย์คอยดูแลให้ข้อมูล และให้คำปรึกษาแนะนำเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา รวมทั้งคอยติดตามความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี (จันทน์ จันทร์ท่าจีน, 2548)

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรม ที่ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับโรคต้อหินและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สุจินดา ริมศรีทองและคณะ (2536) ได้ทำการศึกษาความรู้และความร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกต้อหิน หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกจักษุโรงพยาบาลรามาริบดี กับกลุ่มตัวอย่าง 126 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหินอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 43.7 ระดับไม่ดีจำนวนร้อยละ 30.2 ระดับดีมีเพียงร้อยละ 26.1 ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและหยอดยา พบว่า มีความสม่ำเสมอร้อยละ 83.3 เนื่องจากได้รับคำแนะนำจาก

แพทย์และพยาบาลร้อยละ 36.4 และรองลงมาคือ กลัวตาบอดร้อยละ 31.1 มีผู้ป่วยใช้ยาไม่สม่ำเสมอร้อยละ 16.7 ซึ่งมีสาเหตุจากการลืมมากที่สุดร้อยละ 32.4

นภาพร พรหมคำชาว (2541) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง

Bloch et al. (1977) ศึกษาถึงความร่วมมือในผู้สูงอายุที่เป็นต่อหิน จำนวน 40 คน ที่แคลิฟอร์เนีย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเพศชาย 27 คน เพศหญิง 13 คน พบว่า กลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการรักษามีจำนวน 29 คน ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษามีจำนวน 11 คน โดยที่เป็นเพศชาย 10 คน เพศหญิงเพียง 1 คน ในกลุ่มที่ไม่ให้ความร่วมมือมีการรับรู้ตามความคิดของผู้ป่วยว่า การรักษามีความยุ่งยากและที่สำคัญมีความเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นด้วย ในการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ความรุนแรงของโรค การเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นของคนไข้ การรักษาที่ยุ่งยาก อาการข้างเคียงจากยา สัมพันธภาพของแพทย์กับผู้ป่วย

Granstrom (1982) ทำการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคต่อหินที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา โดยใช้อุปกรณ์ติดตามการใช้ยา (electronic medication monitor) ในผู้ป่วยจำนวน 15 คน ที่ใช้ยา Pilocarpine หยอดวันละ 3 ครั้ง พบว่า ร้อยละ 40 ใช้ยาไม่ได้ตามจำนวนครั้งที่ต้องใช้ยา ในขณะที่ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งมักลืมหยอดยาในช่วงเวลากลางวัน ซึ่งจำนวนครั้งของการขาดยานี้จะลดลงเมื่อแพทย์มีการปรับเปลี่ยนให้ใช้ยาที่หยอดวันละ 2 ครั้งแทน จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ข้อกำหนดในการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนมีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา Granstrom ได้เสนอแนวคิดว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจะมีระดับที่ดีขึ้น ถ้ายาที่เขาใช้สะดวกต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

MacKean and Elkington. (1983) ศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินในกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 168 คน โดยแบ่งออกเป็น 5 กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาต่างชนิดกัน จำนวนครั้งของการใช้ยาต่อวันต่างกัน ผลการศึกษาพบว่า จำนวนของผู้ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาอยู่ในช่วงร้อยละ 27- 58 กลุ่มที่ใช้ยา 2 ครั้งต่อวันมีความร่วมมือในการรักษาดีกว่ากลุ่มที่ต้องใช้ยาหยอด 3 – 4 ครั้งต่อวัน ในผู้สูงอายุที่อยู่บ้านเพียงลำพังคนเดียวจะมีปัญหาในการหยอดยา เนื่องจากไม่สามารถหยอดยาได้ สับสนเรื่องเวลาหยอด และไม่สามารถอ่านฉลากยาที่ปิดไว้

ข้างขวดได้ ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน ชนิดของยาที่ใช้ในการรักษา

Winfield et al., (1990) ทำการศึกษาถึงสาเหตุของการไม่ร่วมมือในการใช้ยาหยอดตาของผู้ป่วย จากการศึกษาผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 75 ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาเพียงร้อยละ 25 เหตุผลที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีเนื่องมาจากมีแรงจูงใจที่ดี มีความสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หยอดยาได้เอง ในผู้สูงอายุจะมีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางร่างกาย เช่น ไม่มีแรงหมุนเปิดจุกขวดและบีบขวดยาให้ยาหยดออกมาได้ ไม่สามารถยกมือขึ้นมาได้ทำให้วางขวดยาไม่ตรงกับดวงตา อีกทั้งมีปัญหาในการแยกสีระชะ จากการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ยิ่งมีอายุมากขึ้นความร่วมมือจะลดลง เนื่องมาจากมีความยากลำบากในการหยอดยาด้วยตนเอง ในผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นในการหยอดยาร้อยละ 21 อีกร้อยละ 33 ต้องพึ่งพาผู้อื่นในบางครั้ง นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยอีกร้อยละ 57 ที่ประสบปัญหาในการหยอดยาด้วยตนเอง โดยสรุปสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษามี 2 ประเด็น คือ ปัญหาด้านความสามารถของร่างกาย และความสามารถหยอดยาได้ตรงดวงตา Winfield et al. (1990) ได้เสนอความคิดเห็นไว้ว่า การที่แพทย์เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายปัญหา รับฟังปัญหา และมีการสื่อสารที่ดีจะสามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาได้

Gurwitz et al. (1998) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต่อหิน โดยประเมินจากการใช้ยาตามการรักษา และการมาตรวจตามนัด พบว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาร้อยละ 75 ไม่ร่วมมือร้อยละ 25 ซึ่งกลุ่มที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีปัญหาโรคทางตาอื่น ๆ ร่วมด้วย ในการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ลักษณะของโรค การรักษา และสัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

Goldberg (2000) ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินในการใช้ยา พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ความร่วมมือในการรักษาลดลงเนื่องมาจาก การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคต่อหิน ความบ่อยครั้งในการใช้ยาต่อวัน ผลจากอาการข้างเคียงของยา ความสามารถทางร่างกายที่มีความยากลำบากในการหยอดยา และราคายาที่แพง ในการศึกษานี้ได้เสนอกลยุทธ์ในการปรับเพิ่มระดับความร่วมมือโดย การปรับใช้ยาให้ง่าย เหมาะกับแบบแผนการดำเนินชีวิต เลือกใช้ยาที่มีอาการข้างเคียงน้อยสุดแต่คงไว้ซึ่งประโยชน์การรักษาสูงสุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหินและการรักษา จะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สามารถเพิ่มระดับความร่วมมือในการรักษา

Olthoff et al. (2004) ทำการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาทางคลินิก พบว่า ประเด็นที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยา คือ ความรู้

เกี่ยวกับโรคต้อหิน และความบ่อยครั้งของการใช้ยา การที่ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคต้อหิน ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้น้อย ดังนั้นการที่จะเพิ่มระดับความร่วมมือให้มากขึ้น จะต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมในการเสริมโปรแกรมความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคต้อหิน พร้อมกับหาแนวทางในการที่จะลดปัญหาการลืมหยอดยา

จากการศึกษาของ Rahman (2002) เกี่ยวกับความร่วมมือของผู้ป่วยต้อหิน 100 คน โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 20 ที่สามารถใช้ยาได้ถูกต้องตามเวลาและทิ้งขว้างได้ถูกต้อง ในขณะที่ร้อยละ 32 หยอดยาได้ถูกวิธี และร้อยละ 52 ที่ไม่ได้หยอดยามากกว่า 5 ครั้งในระยะเวลา 1 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับ Goldberg (2000) ที่เสนอข้อคิดเห็นว่า หลักเกณฑ์การรักษาที่ยุงยาก จะเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา ไม่ว่าจะ เป็นเรื่องชนิดของยาที่ต้องใช้หลายชนิดร่วมกัน และความบ่อยครั้งที่หยอดต่อวัน

Groves (2006) ได้ศึกษาถึงประเด็นความไม่ร่วมมือในการรักษา ของผู้ป่วยต้อหินที่ Philadelphia พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการรักษา ได้แก่ เป็นโรคที่ไม่มีอาการแสดงที่เด่นชัด ความยุ่งยากในการใช้ยา ยาที่ใช้ในการรักษามีมากกว่า 2 ชนิด ผลข้างเคียงของยา และราคายาที่แพง Gurwitz, et al (1993) ได้เสนอแนวคิดในการร่วมมือในผู้สูงอายุที่เป็นต้อหินว่า การที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา ควรต้องปรับที่ให้ความสะดวกและง่ายในการใช้ยา

ส่วนการศึกษาของ Kholdebarin, et al. (2008) ที่ประเทศแคนาดา ในผู้ป่วย 500 คน จาก 10 ศูนย์บริการ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยต้อหินด้วยการตอบแบบสอบถาม โดยให้ความหมายของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา คือ การลืมหยอดยา 1 ครั้ง ภายใน 1 อาทิตย์ และหรือการไม่สามารถอธิบายการใช้ยาได้ พบว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 72 ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 28 ลืมหยอดยาร้อยละ 25.6 ไม่สามารถอธิบายการใช้ยาของตนเองได้ร้อยละ 4.2 หยอดผิดข้างร้อยละ 6.8 ทำปากขวดยาปนเปื้อนร้อยละ 28.8 แสดงการหยอดยาผิดวิธีร้อยละ 33.8 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม และมีระยะเวลาการรักษาน้อยกว่า 5 ปี จะมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่ดี

## สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า โรคต้อหินในผู้สูงอายุจัดเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร แต่อย่างไรก็ตามพบว่าสามารถชะลอการสูญเสียการมองเห็นได้ถ้าผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการรักษา ทั้งนี้วิธีการรักษามีทั้งการใช้ยาลดความดันลูก

ตา การใช้แสงเลเซอร์ และการผ่าตัด ในเบื้องต้นจักษุแพทย์จะให้การรักษาโดยการหยอดยา เพื่อควบคุมระดับความดันลูกตาเป็นหลัก ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน จึงเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา ปัจจุบันได้มีการศึกษาพบว่า มีปัจจัยต่าง ๆ มากมายที่มีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา ในขณะที่บางปัจจัยยังมีผลทางการศึกษาที่แตกต่างกันออกไป ในแต่ละกลุ่มประชากรที่ศึกษา อีกทั้งการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยตัวที่ยังมีผลของการศึกษาที่แตกต่างกันไป และเลือกปัจจัยที่ยังไม่ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทยที่เป็นโรคต้อหินมาทำการศึกษา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน โดยแสดงได้ดังกรอบแนวคิด



ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### กรอบแนวคิดการวิจัย



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ประเภทศึกษาหาความสัมพันธ์ (Correlational study) ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ ในโรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อหิน ได้รับการรักษาโดยใช้ยาลดความดันลูกตา และรับการรักษามาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน

##### กลุ่มตัวอย่าง

###### 1. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ ในโรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อหิน ได้รับการรักษาโดยใช้ยาลดความดันลูกตา และรับการรักษามาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน โดยมีคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1.1 ไม่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด หรือยิงเลเซอร์
- 1.2 สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้
- 1.3 ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

2. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง มีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของ Thorndike (อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร , 2547 : 208) ซึ่งมีสูตรดังนี้  $n = 10k + 50$  ( $n$  คือขนาดตัวอย่าง,  $k$  คือจำนวนตัวแปร) ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ  $10(10) + 50 = 150$  คน

3. การสุ่มโรงพยาบาล คัดเลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรมการแพทย์ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีแผนกผู้ป่วยนอกจักษุ ซึ่งมีอยู่ 5 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาล

เมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลสงฆ์ และโรงพยาบาลเลิดสิน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรเพศ ดังนั้นจึงตัดโรงพยาบาลสงฆ์ออก ทำการสุ่ม 3 ใน 4 โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลเลิดสิน

4. จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เก็บในแต่ละสถานที่ พิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแต่ละโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้สูงอายุโรคต่อหีน ที่รับการรักษาโดยใช้ยาลดความดันโลหิต รับประทานยามาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ทั้งนี้คัดเลือกผู้สูงอายุโรคต่อหีนที่มารับการตรวจรักษาในช่วงเดือน มกราคม ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2552 โดยคิดตามสัดส่วนประชากรที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากจำนวนผู้สูงอายุโรคต่อหีนที่มาใช้บริการ พบว่า โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) และโรงพยาบาลราชวิถีมีจำนวนผู้สูงอายุโรคต่อหีนมารับบริการเฉลี่ยต่อเดือนมีจำนวนใกล้เคียงกัน จึงเก็บกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40 จากแต่ละแห่ง ส่วนโรงพยาบาลเลิดสินมีจำนวนผู้สูงอายุโรคต่อหีนมารับบริการเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าจึงเก็บกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 จนได้กลุ่มตัวอย่างรวม 150 คน ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคต่อหีนจำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	จำนวนผู้สูงอายุโรคต่อหีน ที่มาใช้บริการเฉลี่ย/เดือน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
เมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง)	350	60
ราชวิถี	350	60
เลิดสิน	160	30

ทั้งนี้นำเสนอรายละเอียดข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคต่อหีน ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน  
จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว จำนวนโรคประจำตัว  
จำนวนยาที่ใช้ในการรักษาโรคประจำตัว สิทธิในการรักษา รายได้ ตาข้างที่เป็นต่อหิน จำนวนยาที่  
ใช้ในการรักษาต่อหิน อาการข้างเคียง (n=150)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	51	34.00
หญิง	99	66.00
อายุ (ปี) ( $\bar{X}$ =70.23, $SD$ =6.39, Min=60, Max=85)		
60 - 69	72	48.00
70 - 79	65	43.33
80 ปีขึ้นไป	13	8.67
สถานภาพสมรส		
โสด	17	11.33
คู่	79	52.67
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	54	36.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	14	9.33
ประถมศึกษา	72	48.00
มัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย	31	20.67
อนุปริญญาและปริญญาตรี	26	17.33
อื่นๆ	7	4.67
โรคประจำตัว		
ไม่มี	37	24.67
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	113	75.33
โรคความดันโลหิตสูง	90	60.00
โรคไขมันในเลือดสูง	55	36.67
โรคเบาหวาน	49	32.67
โรคหัวใจ	27	18.00
อื่นๆ	41	27.33
จำนวนโรคประจำตัว ( $\bar{X}$ =1.74, $SD$ =1.38)		
1 โรค	32	21.3
2 โรค - 3 โรค	66	44.00
4 โรค - 5 โรค	15	10.00

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนยาที่ใช้ในการรักษาโรคประจำตัว $\bar{X}=2.83$ , $SD=2.65$		
ไม่ได้รับประทานยา	39	26.00
1 ชนิด	15	10.00
2 ชนิด	21	14.00
3 ชนิด	25	16.67
4 ชนิด	16	10.67
มากกว่า 4 ชนิด	34	22.67
สิทธิในการรักษา		
บัตรประกันสุขภาพ	60	40.00
เบิกจากราชการ	67	44.67
ชำระเงินเอง	15	10.00
ประกันสังคม	8	5.33
รายได้ (n=137) $\bar{X}=8119.12$ , $SD=7802.05$		
พอเพียง	97	64.67
ไม่พอเพียง	32	21.33
เหลือเก็บ	21	14.00
ตาข้างที่เป็นต้อหิน		
เป็นทั้ง 2 ข้าง	101	67.33
ตาข้างใดข้างหนึ่ง	49	32.67
จำนวนยาที่ใช้รักษาต้อหิน $\bar{X}=1.93$ , $SD=0.87$		
1 ชนิด	57	38.00
2 ชนิด	51	34.00
3 ชนิด	37	24.67
4 ชนิด	5	3.33
อาการข้างเคียงหลังใช้ยาหยอดตา		
แสบเคืองตา	68	45.33
ตาแดง	25	16.67
ตาแห้ง	25	16.67
ตาพร่ามัว	7	4.67
คันตา	1	0.66
ไม่มีอาการ	24	16.00

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคต้อหินจำนวน 150 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66 เพศชายคิดเป็นร้อยละ 34 มีอายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48 รองลงมาคือช่วงอายุ 70 – 79 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.33 ส่วนช่วงอายุ 80 – 85 ปีมีจำนวนน้อยสุด คิดเป็นร้อยละ 8.67 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 52.67 รองลงมา ได้แก่ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 36 กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาแตกต่างกันตั้งแต่ไม่ได้เรียน จนกระทั่งจบการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 48 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 20.67 มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 75.33 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 1 โรคถึง 5 โรค จำนวนโรคประจำตัวเฉลี่ย 1.74 โรค พบว่าเป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมา ได้แก่ ไช้มันในเลือดสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 36.67, 32.67 และร้อยละ 18 ตามลำดับ ในส่วนของจำนวนยาที่ใช้รักษาโรคประจำตัว พบว่า มีผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับประทานยารักษาโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 26 ในขณะที่กลุ่มที่ต้องรับประทานยารักษาโรคประจำตัว พบว่า มีผู้สูงอายุที่ต้องรับประทานยารักษาโรคประจำตัว 3 ชนิด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.67 เมื่อคิดค่าเฉลี่ยของจำนวนยาที่ใช้รักษาโรคประจำตัว มีค่าเท่ากับ 2.83

ด้านสิทธิการรักษา พบว่าเบิกจากราชการสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 44.67 รองลงมาได้แก่ การใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 40 ในส่วนรายได้มีความแตกต่างกันมากตั้งแต่ไม่มีรายได้ จำนวน 11 คน มีรายได้ 3 แสนบาทต่อเดือนจำนวน 1 คน และมีรายได้ 2 ล้านบาทต่อเดือนจำนวน 1 คน จึงไม่นำมาคำนวณรายได้ 13 คน ดังนั้นรายได้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง (n = 137) เท่ากับ 8,119.12 บาทต่อเดือน มีความพอเพียงของรายได้คิดเป็นร้อยละ 64.67

ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหินนี้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นต้อหินทั้ง 2 ข้าง คิดเป็นร้อยละ 67.33 จำนวนยาที่ใช้ในการรักษาโรคต้อหินมีตั้งแต่ 1 ชนิด ถึง 4 ชนิด พบว่ามีการใช้ยารักษาโรคต้อหิน 1 ชนิดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38 รองลงมาใช้ยารักษาโรคต้อหิน 2 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 34 และมีเพียงร้อยละ 3.33 เท่านั้นที่ใช้ยาหยอดถึง 4 ชนิด เมื่อคิดค่าเฉลี่ยของจำนวนยาที่ใช้รักษาโรคต้อหิน มีค่าเท่ากับ 1.93 ชนิด ในส่วนอาการข้างเคียงหลังจากใช้ยาหยอดตารักษาโรคต้อหินที่พบมากที่สุดในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน ได้แก่ อาการแสบเคืองตา คิดเป็นร้อยละ 45.33 รองลงมาได้แก่ อาการตาแดง ตาแห้ง คิดเป็นร้อยละ 16.67 เท่ากัน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Tsai (2003) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคล (ปัจจัยด้านผู้ป่วย) เป็นแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยโดยมีรายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางสังคมและประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัวและจำนวนของยาที่ใช้ในการรักษา สิทธิในการรักษา รายได้ ค่าใช้จ่ายที่เป็นต่อหิน จำนวนยาที่ใช้ในการรักษาโรคต่อหิน และอาการข้างเคียงหลังใช้ยาหยอดตา

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม และแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Tsai (2003) โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ข้อคำถามมีทั้งข้อคำถามเชิงบวก และข้อคำถามเชิงลบ โดยข้อคำถามเชิงลบทั้งหมด จะถูกกลับให้เป็นเชิงบวกก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งในส่วนนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 4 ด้าน ดังนี้

**2.1 ปัจจัยด้านการรักษา** โดยข้อคำถามทั้งหมดจะครอบคลุมเกี่ยวกับ ความซับซ้อนของการรักษา อาการข้างเคียงจากยา เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบตามความคิดเห็นเชิงพฤติกรรม ที่ส่งผลต่อการใช้ยารักษาโรคต่อหิน ว่าเป็นความยุ่งยาก มีความยากลำบากเกี่ยวกับจำนวนของยา จำนวนครั้งของการใช้ยาในแต่ละวัน รวมถึงการต้องรับประทานยารักษาโรคประจำตัวอื่น ๆ และถาม ความคิดเห็นเชิงพฤติกรรม ที่มีต่อความอดทนต่อความไม่สุขสบายจากการใช้ยารักษาต่อหินหรือผลที่เกิดตามมา โดยข้อคำถามมีทั้งหมด 10 ข้อ มีทั้งข้อคำถามเชิงบวก และข้อคำถามเชิงลบ ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 7, 10 ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 3, 5, 6, 8, 9 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

เป็นจริงที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบคิดว่าข้อความนั้นเป็นจริงที่สุด
เป็นจริง	หมายถึง	ผู้ตอบคิดว่าข้อความนั้นเป็นจริงส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นเป็นจริงหรือไม่
ไม่เป็นจริง	หมายถึง	ผู้ตอบคิดว่าข้อความนั้นไม่เป็นจริงทั้งหมด
ไม่เป็นจริงที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบคิดว่าข้อความนั้นไม่เป็นจริงที่สุด

แบบสอบถามปัจจัยด้านการรักษา มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เป็นจริงที่สุด	ให้	5	คะแนน
เป็นจริง	ให้	4	คะแนน

ไม่แน่ใจ	ให้	3	คะแนน
ไม่เป็นจริง	ให้	2	คะแนน
ไม่เป็นจริงที่สุด	ให้	1	คะแนน

ในข้อคำถามเชิงบวก คำตอบเป็นจริงที่สุดมีค่าเท่ากับ 5 คะแนน คำตอบไม่เป็นจริงที่สุดมีค่าเท่ากับ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ คำตอบเป็นจริงที่สุดมีค่าเท่ากับ 1 คะแนน คำตอบไม่เป็นจริงที่สุดมีค่าเท่ากับ 5 คะแนน ค่าคะแนนที่เป็นไปได้คือ 10 – 50 คะแนน โดยที่คะแนนยิ่งมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างคิดว่า จะยังคงมีพฤติกรรมกาใช้รักษาต่อหิน ในระดับสูงถึงแม้ว่าจะมีความยุ่งยาก มีความซับซ้อนของการรักษา หรือมีความไม่สุขสบายจากการใช้ยาซึ่งแบ่งระดับ (Class interval) ได้ ดังนี้ (Best, 1970 อ้างถึงใน สมหมาย คชนาม, 2552)

สูตร Class interval (Best, 1970 อ้างถึงใน สมหมาย คชนาม, 2552)

$$\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{class number}}$$

ค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้คือ 10 คะแนน ค่าคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้คือ 50 คะแนน ต้องการแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนั้นช่วงคะแนนเท่ากับ  $50 - 10$  หารด้วย  $3 = 13.3$

ช่วงคะแนน 10 – 23 คะแนน หมายถึง ระดับคะแนนปัจจัยด้านการรักษา อยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 24 – 37 คะแนน หมายถึง ระดับคะแนนปัจจัยด้านการรักษา อยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 38 – 50 คะแนน หมายถึง ระดับคะแนนปัจจัยด้านการรักษา อยู่ในระดับสูง

2.2 **ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ** โดยข้อคำถามครอบคลุมเกี่ยวกับ การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยตอบตามความรู้สึกนึกคิด การรับรู้ของผู้ป่วยเองถึงการได้รับข้อมูล คำแนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคต่อหิน การรักษา การใช้จ่าย ด้วยท่าทีที่เป็นมิตรสนใจเอาใจใส่ดูแล จากแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง นอกจากนั้นยังถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในบริการ ข้อคำถามมีทั้งหมด 11 ข้อ มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ โดยข้อคำถามเชิงลบมี 1 ข้อ ได้แก่ข้อ 4 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

เป็นจริงที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบคิดว่าข้อความนั้นเป็นจริงที่สุด
เป็นจริง	หมายถึง	ผู้ตอบคิดว่าข้อความนั้นเป็นจริงส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นเป็นจริงหรือไม่
ไม่เป็นจริง	หมายถึง	ผู้ตอบคิดว่าข้อความนั้นไม่เป็นจริงทั้งหมด
ไม่เป็นจริงที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบคิดว่าข้อความนั้นไม่เป็นจริงที่สุด

แบบสอบถามปัจจัยด้านผู้ให้บริการ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เป็นจริงที่สุด	ให้	5	คะแนน
เป็นจริง	ให้	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	3	คะแนน
ไม่เป็นจริง	ให้	2	คะแนน
ไม่เป็นจริงที่สุด	ให้	1	คะแนน

ในข้อคำถามเชิงบวก คำตอบเป็นจริงที่สุดมีค่าเท่ากับ 5 คะแนน คำตอบไม่เป็นจริงที่สุดมีค่าเท่ากับ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ คำตอบเป็นจริงที่สุดมีค่าเท่ากับ 1 คะแนน คำตอบไม่เป็นจริงที่สุดมีค่าเท่ากับ 5 คะแนน ค่าคะแนนที่เป็นไปได้คือ 11 – 55 คะแนน โดยที่คะแนนยิ่งมาก หมายถึง มีความคิดว่าได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวสูง ซึ่งแบ่งระดับ (Class interval) ได้ดังนี้ (Best, 1970 อ้างถึงใน สมหมาย คชนาม, 2552)

สูตร Class interval (Best, 1970 อ้างถึงใน สมหมาย คชนาม, 2552)

$$\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{class number}}$$

ค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้คือ 11 คะแนน ค่าคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้คือ 55 คะแนน ต้องการแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนั้นช่วงคะแนนเท่ากับ  $55 - 11$ หารด้วย  $3 = 14.3$

ช่วงคะแนน 11 – 26 คะแนน หมายถึง ระดับคะแนนปัจจัยด้านผู้ให้บริการ อยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 27 – 42 คะแนน หมายถึง ระดับคะแนนปัจจัยด้านผู้ให้บริการ อยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 43 – 55 คะแนน หมายถึง ระดับคะแนนปัจจัยด้านผู้ให้บริการ อยู่ในระดับสูง

**2.3 ปัจจัยด้านสังคม / สิ่งแวดล้อม** โดยข้อคำถามทั้งหมดจะครอบคลุมเกี่ยวกับ แหล่งประโยชน์ วิธีชีวิต เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบเกี่ยวกับ การได้รับการช่วยเหลือ ดูแลในเรื่อง การรับประทานยา การหยอดยา การพามาตรวจตามนัด การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ให้คำปรึกษา รับฟังปัญหา พุดให้กำลังใจ จากบุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน และความคิดเห็นเชิงพฤติกรรมการใช้ยารักษาต่อหิน ที่เป็นผลมาจากกิจกรรมประจำวัน หรือกิจกรรมต่างๆ ที่ปฏิบัติในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ข้อคำถามมีทั้งหมด 13 ข้อ มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ โดยข้อคำถามเชิงลบมี 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 9, 10, 12 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

เป็นจริงที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบคิดว่าข้อความนั้นเป็นจริงที่สุด
เป็นจริง	หมายถึง	ผู้ตอบคิดว่าข้อความนั้นเป็นจริงส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นเป็นจริงหรือไม่
ไม่เป็นจริง	หมายถึง	ผู้ตอบคิดว่าข้อความนั้นไม่เป็นจริงทั้งหมด
ไม่เป็นจริงที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบคิดว่าข้อความนั้นไม่เป็นจริงที่สุด

แบบสอบถามปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เป็นจริงที่สุด	ให้	5	คะแนน
เป็นจริง	ให้	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	3	คะแนน
ไม่เป็นจริง	ให้	2	คะแนน
ไม่เป็นจริงที่สุด	ให้	1	คะแนน

ในข้อคำถามเชิงบวก คำตอบเป็นจริงที่สุดมีค่าเท่ากับ 5 คะแนน คำตอบไม่เป็นจริงที่สุดมีค่าเท่ากับ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ คำตอบเป็นจริงที่สุดมีค่าเท่ากับ 1 คะแนน คำตอบไม่เป็นจริงที่สุดมีค่าเท่ากับ 5 คะแนน ค่าคะแนนที่เป็นไปได้คือ 13 – 65 คะแนน โดยที่คะแนนยิ่งมาก หมายถึง ได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์มากและยังคงมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอถึงแม้จะมีภารกิจประจำวันมาก ซึ่งแบ่งระดับ (Class interval) ได้ ดังนี้ (Best, 1970 อ้างถึงใน สมหมาย คชนาม, 2552)

สูตร Class interval (Best, 1970 อ้างถึงใน สมหมาย คชนาม, 2552)

$$\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{class number}}$$

ค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้คือ 13 คะแนน ค่าคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้คือ 65 คะแนน ต้องการแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนั้นช่วงคะแนนเท่ากับ  $65 - 13$  หารด้วย  $3 = 17.3$

ช่วงคะแนน 13 – 30 คะแนน หมายถึง ระดับคะแนนปัจจัยด้านสังคม / สิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 31 – 48 คะแนน หมายถึง ระดับคะแนนปัจจัยด้านสังคม / สิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 49 – 65 คะแนน หมายถึง ระดับคะแนนปัจจัยด้านสังคม / สิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับสูง

**2.4 แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการหยุดยา/รับประทานยา ที่ถูกต้องตามจำนวน เวลา ขนาด และวิธีการหยุด รวมถึงการมาตรวจตามนัด ข้อคำถามมีทั้งหมด 15 ข้อ มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ โดยข้อคำถามเชิงลบมี 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 2, 3, 4, 13, 14, 15 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

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

แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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

ในข้อคำถามเชิงบวก คำตอบเป็นประจำมีค่าเท่ากับ 5 คะแนน คำตอบไม่เลยมีค่าเท่ากับ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ คำตอบเป็นประจำมีค่าเท่ากับ 1 คะแนน คำตอบไม่เลยมีค่าเท่ากับ 5 คะแนน ค่าคะแนนที่เป็นไปได้คือ 15 – 75 คะแนน โดยที่คะแนนยิ่งมาก หมายถึง มีความร่วมมือในการรักษาสูง ซึ่งแบ่งระดับ (Class interval) ได้ ดังนี้ (Best, 1970 อ้างถึงใน สมหมาย คชนาม, 2552)

สูตร Class interval (Best, 1970 อ้างถึงใน สมหมาย คชนาม, 2552)

$$\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{class number}}$$

ค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้คือ 13 คะแนน ค่าคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้คือ 65 คะแนน ต้องการแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนั้นช่วงคะแนนเท่ากับ  $75 - 13$ หารด้วย  $3 = 20$

ช่วงคะแนน 15 – 35 คะแนน หมายถึง ระดับคะแนนการให้ความร่วมมือในการรักษา อยู่ในระดับต่ำ



ช่วงคะแนน 36 – 56 คะแนน หมายถึง ระดับคะแนนการให้ความร่วมมือในการรักษา อยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 57 – 75 คะแนน หมายถึง ระดับคะแนนการให้ความร่วมมือในการรักษา อยู่ในระดับสูง

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดที่สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาและเกณฑ์การให้คะแนน โดยขอความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

- 1.1 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน
- 1.2 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้ป่วยจักษุ 2 ท่าน
- 1.3 แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านโรคต้อหิน 2 ท่าน

หลังจากผ่านการตรวจสอบพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้ตรงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องความชัดเจน ความซ้ำซ้อน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ อีกทั้งตัดข้อคำถามที่ซ้ำซ้อนออกไป เหลือข้อคำถามทั้งหมดรวมทั้งรวม 49 ข้อ นำแบบสอบถามมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาควรมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า .8 (Pilot & Hungler, 1999 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2550) ในครั้งนี้ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.82 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับแก้พร้อมค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบพิจารณาอีกครั้ง เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการวิจัยครั้งนี้

#### 2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ไปหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน ที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาวิจัยจำนวน 30 คน ในแผนกผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าต่ำสุดที่ยอมรับได้ของเครื่องมือที่สร้างใหม่ คือ .70 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547) สำหรับค่าความเที่ยงของแบบสอบถามที่

นำไปทดลองใช้มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับ .83 และเมื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรค ต้อหิน 150 คน ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ .83 แต่เมื่อแยกตามรายด้านจะได้ค่าความเที่ยงดัง แสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในการทดลองใช้และฉบับใช้จริง จำแนกตามรายด้าน

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง	
	ทดลองใช้ (n=30)	ใช้จริง (n=150)
ปัจจัยด้านการรักษา	.70	.70
ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ	.70	.74
ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม	.80	.72
ด้านความร่วมมือในการรักษา	.68	.68

จากตารางที่ 3 จะพบว่า ค่าความเที่ยงเมื่อแยกตามรายด้าน โดยรวมมีค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ ยกเว้นด้านความร่วมมือในการรักษาที่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .68 ถือว่ายอมรับได้ในระดับต่ำ ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากผู้วิจัยนำความจริงไปถามความคิดเห็นเชิงพฤติกรรม ประกอบกับข้อคำถามมีลักษณะไม่เป็นเอกพันธ์ การกระจายของคะแนนที่วัดได้ไม่อยู่ในรูปโค้งปกติ ทำให้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่คำนวณได้จะต่ำกว่าความเป็นจริง (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2550)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอหนังสือแนะนำตัว และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลเลิดสิน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. หลังจากส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ทางโรงพยาบาลดังกล่าวได้ดำเนินการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โดยใช้ระยะเวลาในการพิจารณาในช่วงเดือน กรกฎาคม – กันยายน 2552
3. หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล โดยเริ่มจากโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ที่อนุญาตวันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2552 และ

โรงพยาบาลราชวิถีซึ่งอนุญาตวันที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2552 ผู้วิจัยจึงนำหนังสืออนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าว ไปติดต่อโดยการเข้าพบรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกจักษุของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่ต้องการทำการศึกษานี้ เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในแต่ละโรงพยาบาลโดยหมุนเวียนกันดังนี้

วันจันทร์และวันพฤหัสบดี เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลราชวิถีเวลา 11.00 – 15.00 น.

วันอังคาร พุธ และวันศุกร์ เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เวลา 8.00 น. ถึงเวลา 12.00 น.

4. หลังจากทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) และโรงพยาบาลราชวิถี ในช่วงเดือน กันยายน – เดือนตุลาคม พ.ศ. 2552 จนครบแห่งละจำนวน 60 คน แล้วจึงไปเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลเลิดสิน ภายหลังจากได้รับการอนุญาตวันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ. 2552 เป็นสถานที่สุดท้าย เข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2552

5. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ในสถานที่ที่เหมาะสม โดยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการร่วมวิจัยในครั้งนี้ เมื่อผู้สูงอายุโรคต้อหินที่รับการรักษาโดยใช้ยาควบคุมความดันลูกตาตอบยินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงให้เซ็นใบยินยอมก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในรายชื่อสายตาพวามั่วผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังแล้วให้ผู้สูงอายุเลือกตอบ ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถาม ตามคำตอบที่ได้รับอย่างถูกต้องและเป็นจริง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 25-30 นาที ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลตามสัดส่วนประชากรในแต่ละโรงพยาบาล จนครบจำนวนทั้งสิ้น 150 คน

6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมด มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล โดยได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ทั้งหมด 150 ชุด หลังจากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาอนุมัติโดย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลราชวิถี และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเลิดสิน ทั้งนี้เป็นไปตามกฎเกณฑ์ในเรื่องการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยโดย ทำการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์การวิจัย พร้อมกันนี้ชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง การตอบแบบสอบถามไม่มีถูกหรือผิด คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ในระหว่างการตอบแบบสอบถามหากมีข้อสงสัยใดๆ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และถ้าหากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวก หรือรู้สึกว่าคุณกรบกวน กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้ก่อนที่การตอบแบบสอบถามจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย จะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการตอบแบบสอบถามต่อไปจนเสร็จ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. นำข้อมูลส่วนบุคคล (ปัจจัยด้านผู้รับบริการ) ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว มาแจกแจงค่าความถี่ และร้อยละ
2. นำข้อมูลอายุ จำนวนโรคประจำตัวและจำนวนยาที่ใช้รักษา รายได้ จำนวนยาที่ใช้รักษาโรคต่อหินของกลุ่มตัวอย่างมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา และโรคประจำตัว โดยทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสถิติไคสแควร์ (Chi-square)
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม กับความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation:  $r_s$ ) โดยการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 150 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังนี้

**ตอนที่ 1** ผลการวิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 4-5

**ตอนที่ 2** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 6

**ตอนที่ 3** ผลการวิเคราะห์ระดับคะแนนปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 7-12

**ตอนที่ 4** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 13

**ตอนที่ 5** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 14

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความ  
ร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน และค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน  
และระดับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน (n=150)

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
ความร่วมมือในการรักษา (คะแนนอยู่ในช่วง 37-75)			63.23	6.91
36-56 คะแนน (ปานกลาง)	25	16.67		
57-75 คะแนน (สูง)	125	83.33		

จากตารางที่ 4 พบว่า ระดับคะแนนความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน  
อยู่ในระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 63.23 โดยมีผู้สูงอายุที่มีคะแนนความร่วมมือในการรักษา  
ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 83.33 และมีผู้สูงอายุที่มีคะแนนความร่วมมือในการรักษาในระดับ  
ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 16.67

**ตารางที่ 5** ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน จำแนกตามรายชื่อ (n=150)

ความร่วมมือในการรักษา	$\bar{X}$	SD
1. การมาตรวจตามนัด	4.93	.38
2. การหยอดยาอย่างต่อเนื่อง	4.81	.72
3. การหยอดยาตรงเวลา	4.79	.74
4. การเข้ายาทุกชนิดที่ได้รับอย่างต่อเนื่อง	4.71	.63
5. การหยอดยา รับประทานยาตามแผนการรักษา	4.55	.96
6. ยาหยอดตามมีเพียงพอจนถึงวันนัด	4.51	.77
7. การไม่เพิ่มจำนวนหยดของยาหยอดตา	4.30	.91
8. การจับขวดยาห่างจากตาประมาณ 2-3 เซนติเมตร	4.29	1.04
9. หลังหยอดยาหลับตา 2-5 นาที	4.29	1.19
10. การหยอดยาแต่ละชนิดห่างกันอย่างน้อย 5 นาที	4.11	1.52
11. การหยอดยา รับประทานยาตรงเวลา	4.05	.93
12. การใช้มือดึงเปลือกตาล่างลงขณะหยอดยา	4.05	1.55
13. การพกยาติดตัวเมื่อต้องไปธุระนอกบ้าน	3.99	1.58
14. การไม่ลืมหยอดยา	3.79	.95
15. การใช้นิ้วกดตรงหัวตา 3 นาทีหลังหยอดยา	2.05	1.64

จากตารางที่ 5 พบว่า เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ ค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหินในเรื่องของการมาตรวจตามแพทย์นัด มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.93 รองลงมาได้แก่ การหยอดยาอย่างต่อเนื่อง และการหยอดยาตรงเวลา โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.81 และ 4.79 ตามลำดับ ส่วนค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ เรื่องการใช้นิ้วกดตรงหัวตา 3 นาทีหลังหยอดยา โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.05

## ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนโรคประจำตัว (n=150)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	51	34.00
หญิง	99	66.00
อายุ (ปี) ( $\bar{X}$ =70.23, $SD$ =6.39, Min=60, Max=85)		
60 - 69	72	48.00
70 - 79	65	43.33
80 ปีขึ้นไป	13	8.67
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	14	9.33
ประถมศึกษา	72	48.00
มัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย	31	20.67
อนุปริญญาและปริญญาตรี	26	17.33
อื่นๆ	7	4.67
โรคประจำตัว		
ไม่มี	37	24.67
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	113	75.33
โรคความดันโลหิตสูง	90	60.00
โรคไขมันในเลือดสูง	55	36.67
โรคเบาหวาน	49	32.67
โรคหัวใจ	27	18.00
อื่นๆ	41	27.33
จำนวนโรคประจำตัว $\bar{X}$ =1.74, $SD$ =1.38		
1 โรค	32	21.3
2 โรค - 3 โรค	66	44.00
4 โรค - 5 โรค	15	10.00



จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคต้อหินจำนวน 150 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66 เพศชายคิดเป็นร้อยละ 34 มีอายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48 รองลงมาคือช่วงอายุ 70 – 79 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.33 ส่วนช่วงอายุ 80 – 85 ปีมีจำนวนน้อยสุด คิดเป็นร้อยละ 8.67 กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาแตกต่างกันตั้งแต่ไม่ได้เรียนจนกระทั่งจบการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 48 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 20.67 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 1 โรคถึง 5 โรค จำนวนโรคประจำตัวเฉลี่ยเท่ากับ 1.74



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ระดับคะแนนปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ  
ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน

### 3.1 ปัจจัยด้านการรักษา

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน และค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน  
ของระดับคะแนนปัจจัยด้านการรักษา (n = 150)

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
ปัจจัยด้านการรักษา (คะแนนอยู่ในช่วง 26-50)			39.5	4.48
24-37 คะแนน (ปานกลาง)	49	32.67		
38-50 คะแนน (สูง)	101	67.33		

จากตารางที่ 7 พบว่า ระดับคะแนนความคิดเห็นเชิงพฤติกรรมเกี่ยวกับปัจจัยด้านการรักษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 67.33 ส่วนระดับคะแนนความคิดเห็นเชิงพฤติกรรมเกี่ยวกับปัจจัยด้านการรักษาที่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 32.67 เมื่อคิดคะแนนเฉลี่ยโดยรวมทั้งด้าน จะพบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 39.50

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนปัจจัยด้านการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน จำแนกตามรายข้อ (n=150)

ปัจจัยด้านการรักษา	$\bar{X}$	SD
1. การหยอดยาวันละ 2 ครั้งเป็นความสะดวก	4.69	.46
2. การหยอดยาก่อนนอน	4.45	.60
3. ความสามารถในการใช้ยาหยอดมากกว่า 1 ชนิด	4.27	.78
4. การแจ้งต่อแพทย์เมื่อหยุดใช้ยาหยอดตา	4.13	.56
5. การใช้ยาต่อเนื่องแม้มีอาการข้างเคียง	4.02	.79
6. ความสามารถในการหยอดยาวันละ 4 เวลา	3.86	1.04
7. ความสามารถในการรับประทานยาโรคประจำตัวและการหยอดยา	3.71	1.02
8. การไม่หยุดหยอดยาแม้มีอาการข้างเคียง	3.70	1.03
9. การใช้ยาหยอดตาดอนกลางวัน	3.37	1.13
10. การหยอดยาหลายชนิดไม่เป็นความยุ่งยาก	3.31	1.11

จากตารางที่ 8 พบว่า เมื่อพิจารณารายข้อ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหินมีความคิดเห็นว่าการหยอดยาวันละ 2 ครั้งเป็นความสะดวก เมื่อคิดค่าคะแนนโดยเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 4.69 รองลงมาได้แก่ การหยอดยาก่อนนอน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.45 ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนโดยเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ ความคิดเห็นเรื่องการใช้ยาหยอดตาหลายชนิดไม่เป็นความยุ่งยาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.31

### 3.2 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน และค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับคะแนนปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน (n = 150)

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ (คะแนนอยู่ในช่วง 36-54)			46.48	3.64
27-42 คะแนน (ปานกลาง)	21	14.00		
43-55 คะแนน (สูง)	129	86.00		

จากตารางที่ 9 พบว่า ระดับคะแนนความคิดเห็นเชิงพฤติกรรมเกี่ยวกับปัจจัยด้านผู้ให้บริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 86 ส่วนระดับคะแนนความคิดเห็นเชิงพฤติกรรมเกี่ยวกับปัจจัยด้านผู้ให้บริการที่อยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงร้อยละ 32.67 เมื่อคิดคะแนนเฉลี่ยโดยรวมทั้งด้าน จะพบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 46.48

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนปัจจัยด้านผู้ให้บริการในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน จำแนกตามรายข้อ (n=150)

ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ	$\bar{X}$	SD
1. การบอกกล่าวถึงการนัดหมายครั้งต่อไป	4.72	.45
2. ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาหยอดตา	4.58	.49
3. ความเข้าใจใส่ของแพทย์ที่ทำการรักษา	4.34	.49
4. ได้รับคำแนะนำว่าต้องใช้ยาในระยะยาว	4.33	.79
5. การสอนวิธีการหยอดตา	4.23	.79
6. ความพึงพอใจ	4.18	.40
7. รับการรักษาต่อแม้การมองเห็นไม่ดีขึ้น	4.17	.62
8. การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน	4.09	.57
9. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่อหิน	4.06	.39
10. การตอบข้อสงสัย/ปัญหาในการตรวจรักษา	4.05	.29
11. การบอกกล่าวถึงอาการข้างเคียงของยาหยอดตา	3.73	1.11

จากตารางที่ 10 พบว่า เมื่อพิจารณารายข้อ ระดับคะแนนเฉลี่ยในข้อการบอกกล่าวถึงการนัดหมายครั้งต่อไป มีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ 4.72 รองลงมาได้แก่ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาหยอดตา โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.58 ส่วนในข้อการบอกกล่าวถึงอาการข้างเคียงของยาหยอดตา มีระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ 3.73

### 3.3 ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน และค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน (n = 150)

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม (คะแนนอยู่ในช่วง 24-61)			46.39	7.37
13-30 คะแนน (ต่ำ)	3	2.00		
31-48 คะแนน (ปานกลาง)	81	54.00		
49-65 คะแนน (สูง)	66	44.00		

จากตารางที่ 11 พบว่า ระดับคะแนนความคิดเห็นเชิงพฤติกรรมเกี่ยวกับปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54 ส่วนระดับคะแนนความคิดเห็นเชิงพฤติกรรมเกี่ยวกับปัจจัยด้านผู้ให้บริการที่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 32.67 เป็นที่น่าสังเกตว่ามีระดับคะแนนความคิดเห็นเชิงพฤติกรรมเกี่ยวกับปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 2 เมื่อคิดคะแนนเฉลี่ยโดยรวมทั้งด้าน จะพบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 46.39

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับคะแนนปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน จำแนกตามรายชื่อ (n = 150)

ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม	$\bar{X}$	SD
1. การไม่เคยขาดนัดเนื่องจากติดธุระ	4.66	.62
2. การมาตามนัดหมายแม้มีธุระจำเป็น	4.64	.48
3. การมีคนรับฟังเวลาไม่สบายใจ	3.77	.96
4. การนำยาติดตัวไปและหยุดยาอย่างต่อเนื่องเมื่อออกไปนอกบ้าน	3.73	1.12
5. การมีผู้ช่วยพามาพบแพทย์	3.71	1.37
6. การมีคนให้คำปรึกษาในเรื่องโรคที่เป็นอยู่	3.67	.92
7. การมีคนช่วยแบ่งเบาภาระงาน	3.65	1.17
8. การมีคนช่วยเตือนเรื่องการหยุดยา/รับประทานยา	3.49	1.28
9. การมีคนคอยเตือนเมื่อใกล้ถึงวันนัด	3.46	1.37
10. การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคต้อหินจากบุคคลใกล้ชิด	3.06	1.16
11. การได้รับความช่วยเหลือในการหยุดยา/ รับประทานยา	3.01	1.31
12. การหยุดยาตรงเวลาแม้มีกิจธุระส่วนตัว	2.89	1.19
13. การหยุดยาได้ตรงเวลาเมื่อต้องออกนอกบ้าน	2.65	1.17

จากตารางที่ 12 เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยในข้อการไม่เคยขาดนัดเนื่องจากติดธุระมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ 4.66 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการมาตรวจตามนัด ซึ่งสอดคล้องกับคะแนนความร่วมมือในการรักษา (ดังตารางที่ 2) นอกจากนี้ยังเชื่อมโยงกับ ระดับคะแนนเฉลี่ยในข้อการบอกกล่าวถึงการนัดหมายครั้งต่อไปที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ 4.72 (ดังตารางที่ 7) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การสามารถหยุดยาได้ตรงเวลาเมื่อต้องออกนอกบ้าน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.65 แสดงให้เห็นว่าวิถีชีวิตมีผลต่อการใช้ยา

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน

ปัจจัยด้านผู้ป่วย	$\chi^2$	df	P- value
เพศ	.053	1	.817
อายุ	2.026	2	.363
ระดับการศึกษา	9.656	9	.379
โรคประจำตัว	4.320	5	.504

จากตารางที่ 13 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน โดยใช้สถิติไคสแควร์ ผลการทดสอบ พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน



ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน

ความร่วมมือในการรักษา	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $r_s$	P - value
ปัจจัยด้านการรักษา	.407	.000
ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ	.217	.008
ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม	.435	.000

จากตารางที่ 14 พบว่า ปัจจัยด้านการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r_s$ ) มีค่าเท่ากับ .407 ส่วนปัจจัยด้านผู้ให้บริการ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r_s$ ) มีค่าเท่ากับ .217 สำหรับปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r_s$ ) มีค่าเท่ากับ .435

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) แบบศึกษาความสัมพันธ์ (Correlation study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ ในโรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อหิน ได้รับการรักษาโดยใช้ยาลดความดันโลหิต และรับการรักษามาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน โดยมีคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ไม่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดหรือยิงเลเซอร์
2. สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้
3. มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีความบกพร่องทางความคิดและความจำ
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณโดยใช้สูตรของ Thorndike (อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 150 คน ทำการสุ่มคัดเลือกโรงพยาบาลอย่างง่ายในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลเลิดสิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม 1 ชุดที่ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามด้านปัจจัยการรักษา ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม และแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา ซึ่งแบบสอบถามนี้สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Tsai (2003) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน ที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ .83 เมื่อหาค่าความเที่ยงรายด้าน ปัจจัยด้านการรักษามีค่าความเที่ยงเท่ากับ .70 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .70 ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม

ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80 ส่วนด้านความร่วมมือในการรักษามีค่าความเที่ยงเท่ากับ .68 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 150 คน และนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงอีกครั้งด้วยวิธีเดียวกัน ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ .83 เมื่อแยกรายด้าน ปัจจัยด้านการรักษามีค่าความเที่ยงเท่ากับ .70 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .74 ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 ส่วนด้านความร่วมมือในการรักษามีค่าความเที่ยงเท่ากับ .68 เหตุที่ค่าความเที่ยงด้านความร่วมมือในการรักษามีค่าที่ยอมรับได้ในระดับต่ำ เนื่องมาจากผู้วิจัยสร้างข้อคำถามที่เป็นความจริงมาถามความคิดเห็นเชิงพฤติกรรม การกระจายข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ อาจทำให้หาค่าความเที่ยงได้ต่ำกว่าความเป็นจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน ในแผนกผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลเลิดสิน ในรายที่สายตาพร่ามัว ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างฟังแล้วเลือกตอบ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2552 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2552 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 150 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation) โดยมีสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน
2. ปัจจัยด้านการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน
3. ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน
4. ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน

### สรุปผลการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 63.23$ ) คิดเป็นร้อยละ 83.33
2. เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน
3. ปัจจัยด้านการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_s = .407$ )
4. ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_s = .217$ )
5. ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_s = .435$ )

### อภิปรายผลการวิจัย

#### 1. ความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน

จากผลการศึกษาพบว่า ความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 63.23$ ) คิดเป็นร้อยละ 83.33 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจินดา ริมศรีทองและคณะ (2536) ที่ทำการศึกษาความรู้และความร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการวิจัยพบว่า ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและหยอดยาร้อยละ 83.3 เนื่องจากได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลร้อยละ 36.4 ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร พรหมคำชาว (2541) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรังที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาในระดับสูง จะให้ความร่วมมือในการรักษามาก

ในปัจจุบันผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงแหล่งบริการได้มากขึ้น จากข้อมูลส่วนบุคคลด้านสิทธิการรักษา พบว่า ใช้สิทธิ์เบิกจากราชการร้อยละ 67 รองลงมาได้แก่การใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพร้อยละ 60 ทำให้ผู้สูงอายุให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีสื่อหรือช่องทางต่างๆ ที่สามารถเป็นแหล่งให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคต่อหินมากขึ้น ผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินจึงมีการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงที่อาจสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร หรือภาวะตาบอดได้มากขึ้น จึงให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น

ในช่วงที่ทำการศึกษานี้ พบว่า ความซับซ้อนด้านการรักษาลดน้อยลง ดังเห็นได้จากจำนวนยาที่ใช้รักษาต่อหิน พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินใช้ยาหยอดเพียง 1 ชนิดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 38 รองลงมาได้แก่ ใช้ยาหยอด 2 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 34 โดยค่าเฉลี่ยจำนวนยาที่ใช้ในการรักษาต่อหิน เท่ากับ 1.93 สอดคล้องกับแนวคิดการใช้วิธีบริหารยาที่เรียบง่ายของ ยูพิน ลีละชัยกุล (2550) ที่ชี้แนะว่า การรักษาโดยใช้ยาน้อยชนิดที่สุด มีจำนวนครั้งที่ต้องหยอดยาต่อวันต่ำสุด โดยที่ยังสามารถควบคุมโรคได้ ถือเป็นสิ่งหนึ่งที่มีผลอย่างมากต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหิน สำหรับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา พบว่ามีอาการ แสบเคืองตา สูงสุดคิดเป็นร้อยละ 45 ในขณะที่เดียวกันพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นต่อหินไม่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาหยอด คิดเป็นร้อยละ 16 ทั้งนี้การเลือกใช้ยารักษาต่อหินที่มีอาการข้างเคียงน้อยสุด แต่คงไว้ซึ่งประโยชน์การรักษาสูงสุด จะเป็นสิ่งสำคัญสิ่งหนึ่งที่สามารถช่วยเพิ่มระดับความร่วมมือในการรักษา (Goldberg, 2000) นอกจากนี้ในส่วนของค่าเฉลี่ยจำนวนโรคประจำตัว และค่าเฉลี่ยจำนวนยาที่ใช้รักษาโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเท่ากับ 1.74 และ 2.83 ตามลำดับ ดังนั้นผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน และมีโรคประจำตัวอื่นประกอบกับต้องรับประทานยารักษาโรคประจำตัวและหยอดยา/รับประทานยารักษาโรคต่อหินด้วย จึงกล่าวได้ว่าสิ่งเหล่านี้ไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการรักษา ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุกลับมองว่าถ้าไม่ปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์จะทำให้โรคทางกายและโรคทางตามีอาการแย่ลง สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร พรหมคำชาว (2541) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรังที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปสูง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาสูง จะให้ความร่วมมือในการรักษา

ในด้านการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย พบว่า ระดับคะแนนด้านผู้ให้บริการ มีระดับคะแนนในช่วง 43 – 55 คะแนน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 46.48) คิดเป็นร้อยละ 86 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินได้รับการแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในเรื่องการใช้ยาหยอดตาอย่างถูกต้อง ทั้งเวลา จำนวนครั้ง และวิธีการหยอด จะให้ความร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Friedman et al (2008) ที่เสนอแนะว่า ในผู้ป่วยโรคต่อหิน การสื่อสาร การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน การรักษาที่ต่อเนื่อง การปฏิบัติตน และผลเสียหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง จะเป็นการช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษา

สำหรับปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม พบว่า ระดับคะแนนอยู่ในช่วง 31-48 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 54 และอยู่ในช่วง 49-65 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 44 จากข้อมูลส่วนบุคคลด้านสถานภาพสมรส พบว่ามีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.67 ในแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1985) คู่สมรสจัดเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ ทั้งนี้จากการศึกษาของ ระพิน ผลสุข (2548) พบว่าการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด

เลือด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในส่วนของวิถีชีวิต จากการศึกษาของ Granstrom (1982) ได้เสนอแนวคิดว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจะมีระดับที่ดีขึ้น ถ้ายาที่เขาใช้สะดวกต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

ดังนั้นเมื่อพิจารณาผลการศึกษา พบว่า ความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 63.23$ ) ทั้งนี้เป็นไปตามที่ได้อภิปรายไว้เบื้องต้น

## 2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อมกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน

### 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน

ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร พรหมคำชาว (2541) ที่ทำการศึกษาคือ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยร่วมในเรื่องของเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Rahman (2002) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยต่อหินพบว่าปัจจัยทางด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหยอดตาในผู้ป่วยต่อหิน และจากการศึกษาของ สุจินดา ริมศรีทองและคณะ (2536) ที่ทำการศึกษาคือความรู้และความร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน หน่วยตรวจโรคผู้ปวยนอกจักษุ โรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการวิจัยพบว่า ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและหยอดยาร้อยละ 83.3 เนื่องจากกลัวตาบอดร้อยละ 31.1 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นต่อหินทั้งเพศหญิงและเพศชายกลัวตาบอดเหมือนกัน จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและหยอดยา ในระดับที่สูง ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน

ในส่วนผลการศึกษาคือความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า อายุไม่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นต่อหิน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ MacKean and Elkington. (1983) ที่

ทำการศึกษาร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน ในกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 168 คน พบว่าอายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา แต่อย่างไรก็ตามมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Rahman (2002) ที่ทำการศึกษเกี่ยวกับรูปแบบความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยต่อหินพบว่าปัจจัยทางด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหยุดตาในผู้ป่วยต่อหิน

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยขัดแย้งกับการศึกษาของ Kholdebarin , et al. (2008) ที่ประเทศแคนาดา ทำการศึกษาในผู้ป่วย 500 คน จาก 10 ศูนย์บริการ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยต่อหินด้วยการตอบแบบสอบถาม โดยให้ความหมายของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา คือ การลืมหยุดยา 1 ครั้งภายใน 1 อาทิตย์ และหรือการไม่สามารถอธิบายการใช้ยาได้ พบว่า ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม และมีระยะเวลาการรักษาน้อยกว่า 5 ปี จะมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่ดี แสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Rahman (2002) ที่ทำการศึกษเกี่ยวกับรูปแบบความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยต่อหินพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหยุดตาในผู้ป่วยต่อหิน อธิบายได้ว่าการหยุดยา/การรับประทานยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน หากผู้ให้บริการทางสุขภาพ มีการสาธิต ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติอย่างถูกวิธี ผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินก็จะสามารถหยุดยา/รับประทานยาได้อย่างถูกต้อง โดยไม่ต้องใช้ความรู้ในการปฏิบัติ (Cimberie, 2008) ดังนั้นจากการศึกษาจึงสรุปได้ว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน

ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน ผลการศึกษาพบว่า โรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน โดยขัดแย้งกับการศึกษาของ Bloch et al. (1977) ที่ทำการศึกษาถึงความร่วมมือในผู้สูงอายุที่เป็นต่อหิน จำนวน 40 คน ที่แคลิฟอร์เนีย พบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ความรุนแรงของโรค และการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นของคนไข้ แต่จากผลการศึกษาในครั้งนี้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ยังมีความสามารถดูแลตนเองได้ดี มีจำนวนโรคประจำตัว 2-3 โรค คิดเป็นร้อยละ 22 จำนวนโรคประจำตัว 1 โรคคิดเป็นร้อยละ 21.3 มีค่าเฉลี่ยจำนวนโรคเท่ากับ 1.74 ประกอบกับการรักษาโรคต่อหินในปัจจุบันมีความซับซ้อนของการรักษาน้อยลง ค่าเฉลี่ยของ

จำนวนยาที่ใช้ในการรักษาโรคต่อหีนมีค่าเท่ากับ 2.83 ดังนั้นจากการศึกษาจึงสรุปได้ว่า โรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหีน

## 2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรักษากับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหีน

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_s = .407$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า ในช่วงที่ทำการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความซับซ้อนด้านการรักษาลดน้อยลง ดังเห็นได้จากจำนวนยาที่ใช้รักษาต่อหีน พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหีนใช้ยาหยอดเพียง 1 ชนิดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 38 รองลงมาได้แก่ ใช้ยาหยอด 2 ชนิดคิดเป็นร้อยละ 34 มีเพียงร้อยละ 3.33 เท่านั้นที่ใช้ยาหยอดตา 4 ชนิด เมื่อคิดค่าเฉลี่ยจำนวนยาที่ใช้ในการรักษาต่อหีนมีค่า เท่ากับ 1.93 สอดคล้องกับแนวคิดการใช้วิธีบริหารยาที่เรียบง่ายของยูพิน ลีละชัยกุล (2550) ที่ชี้แนะว่า การรักษาโดยใช้ยาน้อยชนิดที่สุด มีจำนวนครั้งที่ต้องหยอดยาต่อวันต่ำสุด โดยที่ยังสามารถควบคุมโรคได้ ถือเป็นสิ่งหนึ่งที่มีผลอย่างมากต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต่อหีน สำหรับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา พบว่ามีอาการ แสบเคืองตาสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 45 ในขณะที่เดียวกันพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นต่อหีนไม่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาหยอด คิดเป็นร้อยละ 16 ทั้งนี้การเลือกใช้ยารักษาต่อหีนที่มีอาการข้างเคียงน้อยสุด แต่คงไว้ซึ่งประโยชน์การรักษาสูงสุด จะเป็นสิ่งสำคัญสิ่งหนึ่งที่สามารถช่วยเพิ่มระดับความร่วมมือในการรักษา (Goldberg, 2000) นอกจากนี้ในส่วนของค่าเฉลี่ยจำนวนโรคประจำตัว และค่าเฉลี่ยจำนวนยาที่ใช้รักษาโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเท่ากับ 1.74 และ 2.83 ตามลำดับ ดังนั้นผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหีน และมีโรคประจำตัวอื่นประกอบกับต้องรับประทานยารักษาโรคประจำตัวและหยอดยา/รับประทานยารักษาโรคต่อหีนด้วย จึงกล่าวได้ว่าสิ่งเหล่านี้ไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการรักษา ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุกลับมองว่าถ้าไม่ปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์จะทำให้โรคทางกายและโรคทางตามีอาการแย่ลง สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร พรหมคำชาว (2541) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรังที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปสูง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาสูง จะให้ความร่วมมือในการรักษามาก

ดังนั้นจากการศึกษาจึงสรุปได้ว่าปัจจัยด้านการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหีน



### 2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ให้บริการกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านผู้ให้บริการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_s = .217$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน เมื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน การแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในเรื่องการใช้จ่ายหยอดตาอย่างถูกต้อง ทั้งเวลา จำนวนครั้ง และวิธีการหยอด ตลอดจนอาการข้างเคียงของยาที่ใช้รักษาต่อหิน จะให้ความร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Friedman et al (2008) ที่เสนอแนะว่า ในผู้ป่วยโรคต่อหิน การสื่อสาร การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน การรักษาที่ต่อเนื่อง การปฏิบัติตน และผลเสียหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง จะเป็นการช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษา และสอดคล้องกับแนวคิดของ Brannon and Feist (2007) ที่เสนอแนะว่า การสื่อสารที่ดีระหว่างแพทย์ หรือนุเคราะห์ทางการแพทย์กับผู้ป่วย สามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ ถ้าผู้ป่วยรู้สึกถึงความเป็นมิตร ความเอาใจใส่ ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และเหตุผลเกี่ยวกับการรักษาที่ตนได้รับ

ดังนั้นจากการศึกษาจึงสรุปได้ว่าปัจจัยด้านผู้ให้บริการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน

### 2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อมกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_s = .435$ ) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 สอดคล้องกับการศึกษาของ มอริสกี และคณะ (Morisky et al., 1990 อ้างถึงใน ระพีณ ผลสุข, 2549) ที่พบว่า การช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว อาจทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมตามแผนการรักษาของแพทย์ การที่ผู้ป่วยมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพมากขึ้น สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่ามีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.67 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1985) ที่เสนอแนะว่าคู่สมรสจัดเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร พรหมคำชาว (2541) พบว่าการที่ผู้ป่วยโรคต่อหินได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสมาก จะให้ความร่วมมือในการรักษา มาก สำหรับในส่วนของวิถี

ชีวิต สอดคล้องกับแนวคิดของ Granstrom (1982) ที่ได้เสนอแนวคิดที่ว่า แพทย์อาจช่วยให้ผู้ป่วย ใ้ยาได้สม่ำเสมอยิ่งขึ้น โดยการปรับการใช้ยาให้สอดคล้องกับกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย หรือ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการหยุดยา ใช้ยาในเวลาที่เหมาะสมที่สุดสัมพันธ์กับกิจวัตรของ ผู้ป่วยเอง เพื่อหลีกเลี่ยงการลืมใช้ยาได้ในระดับหนึ่ง อีกทั้งยังช่วยเพิ่มระดับความร่วมมือในการ รักษาของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

ดังนั้นจากการศึกษาจึงสรุปได้ว่าปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน

## ข้อเสนอแนะ

### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการศึกษาถึงแม้จะพบว่า ระดับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินโดยรวมจะอยู่ในระดับสูงก็ตาม แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การใช้แว่นสายตา 3 นาที่หลังหยุดยายังมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยอยู่ จึงควรมีการให้คำแนะนำในเรื่องนี้ให้มากขึ้น เพื่อ คงไว้ซึ่งความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินให้ดียิ่งขึ้น โดยอาจจัดเป็นห้องสอน/ สาธิตวิธีการหยุดยาให้ผู้สูงอายุ

2. สำหรับปัจจัยด้านผู้ให้บริการ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้สูงอายุได้รับการ บอกล่าวถึงอาการข้างเคียงจากยาน้อยเช่นกัน พยาบาลต้องอธิบายให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจ เรื่องอาการข้างเคียงจากยาที่ใช้หยุดที่อาจเกิดขึ้นได้ เพื่อป้องกันการหยุดใช้ยาเอง

3. ในส่วนปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม พบว่า แหล่งประโยชน์และวิถีชีวิตมีผล ต่อความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญใน การสนับสนุนให้บุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา และวางแผนการรักษา ร่วมกัน

### ด้านการศึกษาวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นที่มีแหล่งประโยชน์กับ กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นที่ไม่มีแหล่งประโยชน์ว่ามีผลต่อความร่วมมือในการรักษาต่างกันหรือไม่ อย่างไร เนื่องจากผู้สูงอายุวัยต้นถือว่ายังสามารถดูแลตนเองได้ดี

2. ควรมีการศึกษาพัฒนารูปแบบโปรแกรมเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษาใน กลุ่มผู้ป่วย โดยเน้นกิจกรรมที่ส่งเสริมปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม

## รายการอ้างอิง

- จันทน์ จันทรท่าจีน. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. เอกสารคำสอนรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุชั้นสูง 1. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
- จำนงค์ อติวัฒน์สิทธิ์ และคณะ. สังคมวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2545.
- ชวลี โฆษิตทาภิวัฒน์. ปัจจัยคัดสรรความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- ชูศักดิ์ เวชแพทย์. สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ศุภานิชการพิมพ์, 2538.
- ธาริณี อัครวิเชียร และวิวรรธน์ อัครวิเชียร. การให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องยาและความร่วมมือของผู้ป่วย. ใน วิวรรธน์ อัครวิเชียร (บรรณาธิการ), *เภสัชกรรมคลินิก*, หน้า 118-143. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์, 2541.
- นภาพร พรหมคำขาว. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2541.
- นิภา วัฒนเวทิน. โรคต่อหินกับการดูแลตนเอง. *รามธิบดีพยาบาลสาร* 6 (กันยายน – ธันวาคม 2543): 222 – 230.
- นิลวรรณ ศิริคุณ. การตรวจตาเบื้องต้น. ใน *ขัณฑุตา เกิดชูชื่น และสุจินดา ริมศรีทอง* (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจักษุวิทยา เล่ม 1*, หน้า 32-49. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ธรรมสาร, 2540.
- นิตา ไสธวิทย์ และคณะ. ความชุกและการสูญเสียการมองเห็นจากโรคต่อหิน. *จักษุสาธารณสุข* 21 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2550): 161 – 197.
- บุญศรี นุกฤต, ปาลีรัตน์ พรทวีกัณฑ์และคณะ. *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์, 2545.

- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย, 2547.
- บรรลุ ศิริพานิช. **ผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร: สภาผู้สูงอายุไทย, 2542.
- บรรลุ ศิริพานิช. การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ. ใน สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (บรรณาธิการ). **คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ**. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2548.
- ปิยพร สุวรรณโชติ. **กลวิธีที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกสูงอายุโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**. สาขาวิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- ยุพดี รัตตะรังสี. **การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุทางจักษุวิทยา**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : คอมฟอร์ท จำกัด , 2545.
- ยุพิน ลีละชัยกุล. **การรักษาต้อหินโดยการใช้ยา**. กรุงเทพมหานคร : กอไฟการพิมพ์, 2550.
- รจิต ตูจินดา. **รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ : การศึกษามาตรการการคัดกรองและความชุกของโรคต้อหินในผู้สูงอายุ**. แผนงานวิจัยเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล, 2544.
- ระพีณ ผลสุข. **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
- วันดี โภคะกุล. **เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2548.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. **การพยาบาลผู้สูงอายุปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: แอดทีฟพริ้นท์ จำกัด, 2549.
- สกาวัฒน์ คุณาวิศรุต. **การคัดกรองต้อหินเรื้อรัง**. **จักษุสาธารณสุข 15** (กรกฎาคม – ธันวาคม 2544) : 179-182.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. **สารประชากร**. 17 มกราคม 2551.
- สมัยพร อาชาล. **ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. การใช้ยาในผู้สูงอายุ. ใน วันดี โภคะกุล (บรรณาธิการ), **การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา**, หน้า 131-142. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2548.

สุจินดา ริมศรีทอง , อรุณี โรจนเพ็ญกุล และ ชวลี โฆษิตทากิจวิวัฒน์. การศึกษาความรู้และความร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคต้อหิน. **วารสารพยาบาล** 42 (กรกฎาคม – กันยายน 2536): 233-242.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

สุนนา ชมพูทวีป. การใช้ยาในผู้สูงอายุ. ใน บังอร ชมเดช, สุนนา ชมพูทวีป และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล(บรรณาธิการ), **คู่มือในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เล่ม 2**, หน้า 63-76. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

สมจิต หนูเจริญกุล. การพยาบาล : **ศาสตร์ของการปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร: วี. เจ. พรินติ้ง, 2543.

สมหมาย คชนาม. **เอกสารประกอบการบรรยายการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการวิจัย**. โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง), 2552.

อังคณา เมธีไตรรัตน์ และระจิต ตูจินดา. โรคต้อหิน. ใน วณิชชา ขึ้นกองแก้ว และอภิชาติ สิงคาลวณิช (บรรณาธิการ) , **จักษุวิทยา**, หน้า 272 – 291. กรุงเทพมหานคร : ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์ , 2550.

อารีย์วรรณ อ่วมตานี. **เอกสารคำสอนวิชาการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล**. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.

## ภาษาอังกฤษ

Ashburn, F.S.; Goldberg, I.; and Kass, M.A. Compliance with ocular therapy. **Survey of Ophthalmology** 24 (1980): 237-248.

Becker, M.H. **The Health Belief Model and Personal Health Behavior**. New Jersey: Charles B. Slack, 1974.

Bloch, S., et al. Patient compliance in glaucoma. **British Journal of Ophthalmology** 61 (1977): 531 – 534.

- Brannon, L.; and Feist, J. **Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health**. New York: ITP, 1997.
- Brannon, L.; and Feist, J. **Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health**. 6<sup>th</sup> ed. United States: Thomson, 2007.
- Brunner, L.S.; and Suddarth, D.S. **The Textbook of Adult Nursing**. UK: Chapman & Hall, 1992.
- Bulletin of the Health Organization. **Glaucoma is the second leading cause of Blindness globally**. [online]. (November 2004), 2004. Available from [http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2004/vol82No11/bulletin\\_200482\\_11\\_844851.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2004/vol82No11/bulletin_200482_11_844851.pdf) [2008, July 19]
- Cimberie, M. Study identifies factors associated with poor glaucoma treatment compliance. **Ocular Surgery News** (February 2008): 20.
- Cooper, J.K.; Love, D.W.; and Raffoul, P.R. Intentional prescription nonadherence (noncompliance) by the elderly. **Journal of American Geriatric Society** 30 (1982): 329-333.
- Day, D.G., et al. The clinical validity of the treatment satisfaction survey for intraocular pressure in ocular hypertensive and glaucoma patients. **Eye** 20 (2006): 583-590.
- Dracup, K. A.; and Meleis, A. I. Compliance: an Interactionist Approach. **Nursing Research** 31 (1982): 31-36.
- Eraker, S.A. et al. Understanding and improving patient compliance. **Annals of Internal Medicine** 100 (1984): 258-268.
- Friedman, D.S., et al. Doctor-Patient Communication, Health-Related Beliefs, and Adherence in Glaucoma. **Ophthalmology** 115 (2008): 1320-1327.
- Goldberg, I. Feature Article : Compliance with Medical Management in Glaucoma. **Asian Journal of Ophthalmology** 2 (2000): 3 – 6.
- Golin, C.E., et al. A Prospective Study of Predictors of Adherence to Combination Antiretroviral Medication. **Journal of General Internal Medicine** 17 (October 2002): 756-765.

- Groves, N. Compliance a serious issue for glaucoma therapy. **Ophthalmology Times** 31 (2006): 20.
- Granstrom, P.A. Glaucoma patient not compliant with their drug therapy: clinical and behavioural aspects. **British Journal of Ophthalmology** 66(1982): 464.
- Gurwitz, J.H., et al. Patient Noncompliance in the Managed Care Setting The Case of Medical therapy for Glaucoma. **Medical Care** 36 (1998): 357-369.
- Haynes, R.B., et al. **Compliance in health care**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979.
- Hoevenaars, J.G.M.M., et al. Will improvement of knowledge lead to improvement of compliance with glaucoma medication?. **Acta Ophthalmologica** (2008): 1-7.
- Kholdebarin, R., et al. Multicenter study of compliance and drop administration in Glaucoma. **Canadian Journal of Ophthalmology** 43 (2008): 454 – 461.
- Leske, M. C., et al. Factors for progression And glaucoma treatment : the Early Manifest Glaucoma Trial. **Current Opinion in Ophthalmology** 15 (2004): 102-106.
- Liu J.H., et al. Nocturnal elevation of intraocular pressure in young adults. **Investigative Ophthalmology & Visual Science** 39 (1998): 2707-2712.
- Mackean, J. M. and Elkington, A. R. Compliance with treatment of patients with chronic open-angle glaucoma. **British Journal of Ophthalmology**. 67 (1983): 46-49.
- Montamat, S.C.; Cusack, B.J.; and Vestal, R.E. Management of drug therapy in the elderly. **New England Journal of Medicine** 321 (1989): 303.
- Olthoff, C. M. et al. Noncompliance with ocular hypotensive treatment in patients With glaucoma or ocular hypertension: an evidence-based review. **Ophthalmology** 112 (2005): 953 – 961.
- Orem, D. **Nursing : Concepts of practice**. St. Louis: Mosby Year Book, 1991.
- Pache, M.; and Flammer, J. Major Review : A Sick Eye in a Sick Body? Systemic Findings in Patients with Primary Open – angle Glaucoma. **Survey Of Ophthalmology** 51 (May- June 2006): 179 - 212.

- Quigley, H. A.; and Broman, A.T. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 And 2020. **British Journal of Ophthalmology** 90 (2006): 262 - 267.
- Rahman, R.A. Patterns of Non-compliance to Anti-glaucoma Medications. **Asian Journal of Ophthalmology** 4 (2002): 16.
- Rosenthal, A.R.; Zimmerman, J.F.; and Tanner, J. Educating the glaucoma patient. **British Journal of Ophthalmology** 67 (1983): 814-817.
- Schlundt, D., et al. Situational obstacles to dietary adherence for adults with diabetes. **Journal of American Dietary Association** 94 (1994): 874-879.
- Stephenson, B.J. et al. Is this patient taking the treatment as prescribed?. **JAMA** 269 (1993): 2779-2781.
- Taylor, S.A., et al. Cases Of Non-Compliance With Drug Regimens In Glaucoma Patients: A Qualitative Study. **Journal of Ocular Pharmacology And Therapeutics** 18 (2002): 401-410.
- Tsai, J. C., et al. Compliance barriers in glaucoma: a systematic classification **Journal of Glaucoma** 12 (2003): 393 – 398.
- Tsai, J. C. Medication adherence in glaucoma : approaches for optimizing patient compliance. **Current Opinion in Ophthalmology** 17 (2006): 190 – 195.
- Tsai, J. C. Barriers to adherence with glaucoma therapy: potential relationships to disease progression. **Johns Hopkins Advanced Studies in Ophthalmology** 4 (April 2007): 72 - 75.
- Wilkinson, J. Understanding motivation to enhance patient : Compliance. **British Journal of Nursing** 6 (1997): 879-884.
- Wilson, M.R. Glaucoma : Epidemiology and Risk Factors. In Higginbothan, E.J. and Lee, D.A. (Eds.), **Management of difficult glaucoma**, Boston: Blackwell Scientific Publication, 1994.
- Winfield, A.J., et al. A study of the cases of non-compliance by patients prescribed eyedrops **British Journal of Ophthalmology** 74 (1990): 477-480.
- World Health Organization. **Adherence to long – term therapies : Evidence for action**. Switzerland, 2003.



Zimmerman, T. L.; and Zalta, A. H. Facilitating patient compliance in glaucoma therapy. *Survey Of Ophthalmology* 28 (1983): 252 – 258.



ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

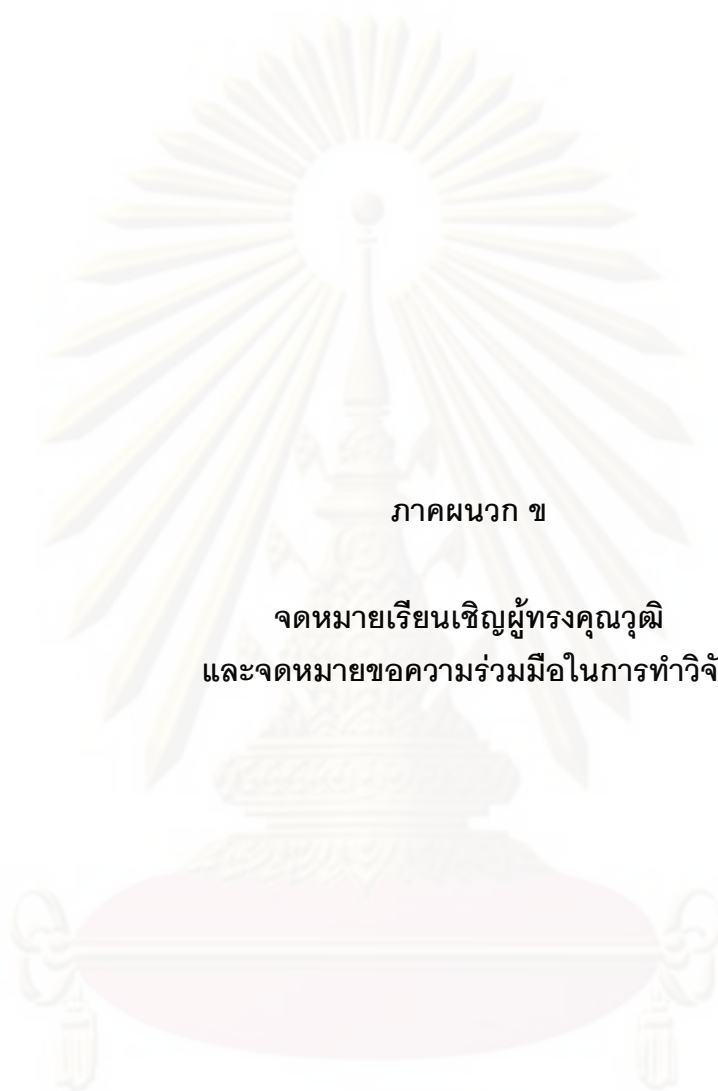
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน
รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ	อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาล ผู้สูงอายุ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทย ศาสตร์ รพ. รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ สุจินดา ริมศรีทอง	อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลจักษุ โสต ศอ นาสิกวิทยา ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ รพ. รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
นายแพทย์ พงศ์ศักดิ์ ปัจฉิมะกุล	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจักษุวิทยา รพ.ราชวิถี
คุณ สมศรี นามวงศ์	พยาบาลชำนาญการพิเศษด้านจักษุวิทยา งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกจักษุ รพ. ราชวิถี
แพทย์หญิง สุณิสา สีนรุวงศ์	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจักษุวิทยา รพ. เมตตา ประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

ศูนย์วิทยุโทรพยาบาล  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ  
และจดหมายขอความร่วมมือในการทำวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศบ 0512.11/1140



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ที่ มิถุนายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางเบญจมาศ รอดแผ้วพาล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยกีดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคคอตีบ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ | อาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาล<br>ผู้สูงอายุ              |
| 2. รองศาสตราจารย์ สุจินดา ริมศรีทอง  | อาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาล<br>จักษุ โสต ศอ นาสิกวิทยา |

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ด.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

<u>สำเนาเรียน</u>	รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ และรองศาสตราจารย์ สุจินดา ริมศรีทอง
<u>งานบริการการศึกษา</u>	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u>	รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9831
<u>ชื่อนิสิต</u>	นางเบญจมาศ รอดแผ้วพาล โทร. 08-6034-0993

ที่ ศร 0512.11/ 1140



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๗ มิถุนายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชวิถี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางเบญจมาศ รอดแผ้วพาล นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. นายแพทย์ พงศ์ศักดิ์ ปิงฉิมะกุล | แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจักษุวิทยา   |
| 2. นางสาวสมศรี นามวงศ์            | พยาบาลชำนาญการพิเศษด้านจักษุวิทยา |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ถ้าเนาเรียนงานบริการการศึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

นายแพทย์ พงศ์ศักดิ์ ปิงฉิมะกุล และนางสาวสมศรี นามวงศ์

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9831

นางเบญจมาศ รอดแผ้วพาล โทร. 08-6034-0993

ที่ ศร 0512.11/ 1140



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒ มิถุนายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางเบญจมาศ รอดแผ้วพาล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็น โรคคอตีบ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ แพทย์หญิง สุณิสา สีนรุวงศ์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจักษุวิทยา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

กณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

แพทย์หญิง สุณิสา สีนรุวงศ์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9831

ชื่อนิสิต

นางเบญจมาศ รอดแผ้วพาล โทร. 08-6034-0993



ที่ ศธ 0512.11/ 1๑๒๔



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

17 มิถุนายน 2552

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

เนื่องด้วย นางเบญจมาศ รอดแคว้น นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็น โรคดื้อหิน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 60 คน จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคดื้อหิน รับการรักษาโดยใช้ยา และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็น โรคดื้อหิน ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางเบญจมาศ รอดแคว้น ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ด.อ.หญิง ดร. บุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9831

ชื่อนิสิต

นางเบญจมาศ รอดแคว้น โทร. 08-6034-0993

ที่ ศบ 0512.11/ 1914



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

14 มิถุนายน 2552

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชวิถี

เนื่องด้วย นางเบญจมาศ รอดแผ้วพาล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคดื้อหิน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคดื้อหิน รับการรักษาโดยใช้ยา และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก จักษุ จำนวน 60 คน โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคดื้อหิน ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางเบญจมาศ รอดแผ้วพาล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ด.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9831

ชื่อนิสิต

นางเบญจมาศ รอดแผ้วพาล โทร. 08-6034-0993

ที่ ศร 0512.11/ 1924



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

14 มิถุนายน 2552

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

เนื่องด้วย นางเบญจมาศ รอดแฉั่วพาล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยกีดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็น โรคคอตีบ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็น โรคคอตีบ รับการรักษาโดยใช้ยา และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก จักขุ จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็น โรคคอตีบ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางเบญจมาศ รอดแฉั่วพาล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ด.อ.หญิง ดร. ยุทิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

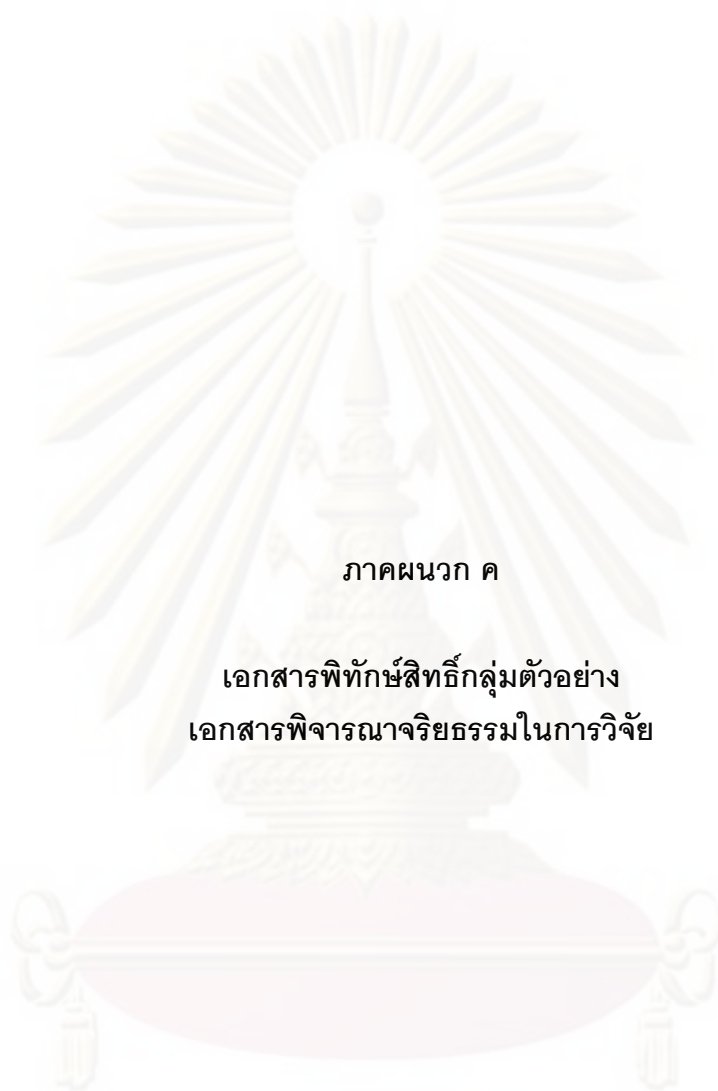
โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9831

ชื่อนิสิต

นางเบญจมาศ รอดแฉั่วพาล โทร. 08-6034-0993



ภาคผนวก ค

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง  
เอกสารพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**  
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน  
เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า**ได้รับทราบจากผู้วิจัย** ชื่อ นาง เบญจมาศ รอดแผ้วพาล นิสิตสาขา การ  
พยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของ  
หนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และขั้นตอนการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ  
ความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้โดย**สมัครใจ** เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและมี  
สิทธิที่จะปฏิเสธจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่  
มีผลใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่าข้อมูลของข้าพเจ้าจะถูก**เก็บรักษาเป็นความลับ**  
ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วข้างต้น

.....  
สถานที่ / วันที่

.....  
ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....  
สถานที่ / วันที่

.....  
(นาง เบญจมาศ รอดแผ้วพาล)  
ลงนามผู้วิจัยหลัก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรค  
ดื้อหิน

ชื่อผู้วิจัย นาง เบญจมาศ รอดแผ้วพาล ตำแหน่ง นิสิตสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะ  
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์  
(วัดไร่ขิง) 52 ม.2 ต. ไร่ขิง อ. สามพราน จ. นครปฐม 73120  
(ที่บ้าน) 8/32 ม. 4 ต. ท่าตลาด อ. สามพราน จ. นครปฐม 73110  
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-3432-1983 ถึง 5 ต่อ 2101 โทรศัพท์ที่บ้าน 0-3432-  
2950

โทรศัพท์ (มือถือ) 08-6034-0993 E-mail : ben.1206@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆ ที่ให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วน  
ร่วมในการวิจัยควรประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการ  
รักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคดื้อหิน
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา  
โรคประจำตัว ความซับซ้อนของการรักษา อาการข้างเคียงจากยา การสื่อสารระหว่างบุคลากรทาง  
การแพทย์กับผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ และวิถีชีวิต กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรค  
ดื้อหิน
3. ลักษณะของประชากรตัวอย่าง คือผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศ  
หญิงและเพศชายที่มารับการตรวจ ณ.แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)  
โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โดยประชากรกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังนี้ ได้รับการวินิจฉัย  
ว่าเป็นโรคดื้อหิน และได้รับการรักษาโดยการใส่ยา เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ได้รับการรักษา  
มาแล้วไม่ต่ำกว่า 6 เดือน สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีความ  
บกพร่องทางความคิดและความจำ
4. การวิจัยครั้งนี้เป็นลักษณะเชิงสำรวจ โดยให้มีการเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยตอบ  
แบบสอบถาม ทั้งนี้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ให้ข้อมูลแก่  
ผู้วิจัย โดยมีการเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย หากต้องการข้อมูลจากเวชระเบียนต้องขอความ  
ยินยอมจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยก่อน
5. ความไม่สะดวกหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ กรณีที่ผู้มีส่วน  
ร่วมในการวิจัย ตอบแบบสอบถามยังไม่เสร็จสมบูรณ์ แต่ถึงคิวเข้ารับการตรวจ ผู้วิจัยจะให้ผู้มี

ส่วนร่วมในการวิจัย เข้ารับการตรวจก่อน และขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบสอบถามให้เสร็จสมบูรณ์ภายหลังได้รับการตรวจเรียบร้อยแล้ว ส่วนกรณีที่ผู้สูงอายุสายตาทะมั่ว ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้

6. ผู้วิจัยแจ้งการเข้าร่วมเป็นประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในโครงการวิจัย ซึ่งเป็นโดยสมัครใจ และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย สามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ รวมทั้ง ข้อมูลที่ได้ทุกอย่างจากผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถือเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิจัย ในภาพรวมเท่านั้น

7. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมและติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

8. การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนใดๆ รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

9. ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 25-30 นาที

10. จำนวนของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่จะใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประมาณ 150 ราย



เอกสารเลขที่ 6/2552


คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์  
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

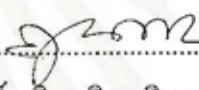
- โครงการวิจัย :** ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน  
SELECTED FACTORS RELATED TO COMPLIANCE IN ELDERLY WITH GLAUCOMA
- ผู้ดำเนินการวิจัย :** นางเบญจมาศ รอดแผ้วพาล
- สถานที่ดำเนินการวิจัย :** โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
- เอกสารที่พิจารณา :**
1. โครงร่างการวิจัย version 1.0
  2. เอกสารชี้แจงเข้าร่วมโครงการ version 1.0
  3. เอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ version 1.0
  4. แบบบันทึกข้อมูลอาสาสมัคร version 2.0

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิชัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ได้พิจารณาโครงการวิจัยฉบับภาษาไทยและเอกสารอื่นตามข้างต้นแล้ว คณะกรรมการฯพิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิชัยเรื่องข้างต้นได้ ทั้งนี้โดยยึดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก

  
..... ประธานคณะกรรมการ  
(นายแพทย์ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์)

  
..... กรรมการและเลขานุการ  
(แพทย์หญิงสุมิสา สิ้นธวงค์)

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
วันที่รับพิจารณาครั้งแรก 29 กรกฎาคม 2552

รับรองตั้งแต่วันที่ 14 กันยายน 2552 ถึงวันที่ 14 กันยายน 2553

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน  
โรงพยาบาลราชวิถี

เอกสารเลขที่ 74 /2552

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่  
เป็นโรคต้อหิน"

(ภาษาอังกฤษ) "SELECTED FACTORS RELATED TO COMPLIANCE IN ELDERLY WITH  
GLAUCOMA"

ชื่อหัวหน้าโครงการ นาง เบญจมาศ รอดแก้วพาล

ตำแหน่ง -

สังกัดหน่วยงาน นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย  
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 16 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2552

ลงนาม

(รศ.คลินิก (พิเศษ) แพทย์หญิง อรุณรัตน์ ตรีชัย)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย



ลงนาม

(นายสมปอง ธนไพศาลกิจ)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาเวชกรรมทั่วไป

รักษาราชการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

**ใบสรุปคำรับรองความเห็นคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
โรงพยาบาลเลิดสิน**

ชื่อโครงการวิจัย      ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน

ชื่อหัวหน้าโครงการ      นางเบญจมาศ สอดแผ้วพาล

ความเห็น

- สมควรให้การรับรอง
- ไม่สมควรให้การรับรอง (ระบุเหตุผลและ / หรือข้อเสนอแนะ) (ถ้ามี)

เหตุผลและข้อเสนอแนะ (ถ้ามี)

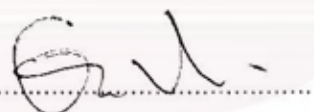
.....

.....

.....

.....

ใบรับรองนี้ ออกให้ ณ วันที่ 26 ตุลาคม 2552    หมดยุอายุ 25 ตุลาคม 2553



(นายแพทย์รัช ประสาทฤทธา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลเลิดสิน

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แบบสอบถามการวิจัย

### เรื่อง

**ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน  
โดย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**

### แบบสอบถามในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับ

2.1 ปัจจัยด้านการรักษา

2.2 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ

2.3 ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม

2.4 แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย  $\surd$  ลงในช่อง ( ) หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. อายุของท่าน.....ปี
2. เพศ                    ( ) ชาย            ( ) หญิง
3. สถานภาพสมรส    ( ) โสด                    ( ) คู่  
                                  ( ) หม้าย                ( ) หย่า  
                                  ( ) แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา    ( ) ไม่ได้เรียน                    ( ) ประถมศึกษา  
                                  ( ) มัธยมศึกษาตอนต้น            ( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย  
                                  ( ) อนุปริญญา                    ( ) ปริญญาตรี  
                                  ( ) สูงกว่าปริญญาตรี            ( ) อื่น ๆ (ระบุ).....
5. โรคประจำตัว.....  
    จำนวนยาที่ใช้ในการรักษา.....ชนิด

6. สิทธิในการรักษา ( ) บัตรประกันสุขภาพ (30 บาท)  
 ( ) เบิกได้  
 ( ) บัตรทหารผ่านศึก  
 ( ) ชำระเงินเอง  
 ( ) รัฐวิสาหกิจ  
 ( ) อื่น ๆ ระบุ.....
8. รายได้.....บาท/ต่อเดือน (ค่าจ้าง/ค่าตอบแทน/เงินบำนาญ/บุตรหลานให้)  
 ( ) พอเพียง ( ) ไม่พอเพียง ( ) เหลือเก็บ
9. ตาข้างที่เป็นต้อหิน ( ) ตาซ้าย ( ) ตาขวา ( ) ทั้ง 2 ข้าง
10. จำนวนยาที่ใช้ในการรักษาโรคต้อหิน.....ชนิด
11. อาการข้างเคียงหลังใช้ยาหยอดตา  
 ( ) แสบเคืองตา ( ) ตาแดง ( ) ตาแห้ง ( ) ตาพร่ามัว  
 ( ) อื่น ๆ.....

ศูนย์วิทยุโทรพยากร  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ส่วนที่ 2

### แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านการรักษา ด้านผู้ให้บริการ ด้านสังคม/สิ่งแวดล้อมและความร่วมมือในการรักษา

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ปัจจัยด้านการรักษา ด้านผู้ให้บริการ ด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม และความร่วมมือในการรักษา โดยแบ่งเป็น

- 2.1 ปัจจัยด้านการรักษา
- 2.2 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ
- 2.3 ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม
- 2.4 ความร่วมมือในการรักษา



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 2.1 ปัจจัยด้านการรักษา

**คำชี้แจง** แบบสอบถามส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ความซับซ้อนของการรักษา อาการข้างเคียงจากยา โปรดตอบแบบสอบถามในส่วนต่อไปนี้ และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง คือ

- เป็นจริงที่สุด หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นเป็นจริงที่สุด  
 เป็นจริง หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นเป็นจริง  
 ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นเป็นจริงหรือไม่  
 ไม่เป็นจริง หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นไม่เป็นจริง  
 ไม่เป็นจริงที่สุด หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นไม่เป็นจริงที่สุด

ข้อความคำถาม	เป็นจริงที่สุด	เป็นจริง	ไม่แน่ใจ	ไม่เป็นจริง	ไม่เป็นจริงที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
1. ถ้าต้องหยุดยาเช้า-กลางวัน-เย็น-ก่อนนอน ท่าน คิดว่า สามารถทำได้						
2. ท่านจะสามารถหยุดยาได้ครบทุกชนิด แม้แพทย์ให้ใช้ยาหยุดตามากกว่า 1 ชนิด						
10. ท่านคิดว่าจะต้องหยุดยาต่อเนื่องถึงแม้จะมีอาการ แสบเคืองตา ตาแห้ง ตาพร่ามัว หรือตาแดง						



## 2.2 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ

**คำชี้แจง** แบบสอบถามส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย โปรดตอบแบบสอบถามในส่วนต่อไปนี้ และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่กำหนดให้ตรงกับความเป็นจริง คือ

- เป็นจริงที่สุด หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นเป็นจริงที่สุด  
 เป็นจริง หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นเป็น  
 ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นเป็นจริงหรือไม่  
 ไม่เป็นจริง หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นไม่เป็นจริง  
 ไม่เป็นจริงที่สุด หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นไม่เป็นจริงที่สุด

ข้อความ	เป็นจริงที่สุด	เป็นจริง	ไม่แน่ใจ	ไม่เป็นจริง	ไม่เป็นจริงที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
1. ท่านรู้สึกว่าคุณพยาบาลให้การดูแลสุขภาพให้ความเอาใจใส่ต่อท่านเป็นอย่างดี						
2. เมื่อมีข้อสงสัย/ปัญหาในการตรวจรักษา ท่านสามารถซักถามจากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อื่นๆที่เกี่ยวข้องได้						
11. ท่านได้รับการบอกกล่าวถึงอาการข้างเคียงของยาหยุดตาจากแพทย์ที่ทำการรักษา						

### 2.3 ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม

**คำชี้แจง** แบบสอบถามส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ แหล่งประโยชน์ วิถีชีวิต โปรดตอบแบบสอบถามในส่วนต่อไปนี้ และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่กำหนดให้ตรงกับความเป็นจริง คือ

- เป็นจริงที่สุด หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นเป็นจริงที่สุด  
 เป็นจริง หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นเป็น  
 ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นเป็นจริงหรือไม่  
 ไม่เป็นจริง หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นไม่เป็นจริง  
 ไม่เป็นจริงที่สุด หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นไม่เป็นจริงที่สุด

ข้อคำถาม	เป็นจริงที่สุด	เป็นจริง	ไม่แน่ใจ	ไม่เป็นจริง	ไม่เป็นจริงที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
1. บุคคลในครอบครัวช่วยเตือนท่านในการหยุดยา/รับประทานยา						
2. ท่านมีผู้ให้ความช่วยเหลือในการหยุดยา /รับประทานยา . . .						
13. ท่านมีคนที่ช่วยแบ่งเบาภาระงาน จึงหยุดยาได้ต่อเนื่องและตรงเวลา						

## 2.4 ความร่วมมือในการรักษา

**คำชี้แจง** แบบสอบถามส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการหยุดยา/รับประทานยา การมาตรวจตามนัด โปรดตอบแบบสอบถามในส่วนต่อไปนี้ และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่กำหนดให้ตรงกับความเป็นจริง คือ

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

ข้อความคำถาม	เป็นจริงที่สุด	เป็นจริง	ไม่แน่ใจ	ไม่เป็นจริง	ไม่เป็นจริงที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
1. ท่านหยุดยา รับประทานยาตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง						
2. ท่านปรับจำนวนครั้งของการหยุดยา รับประทานยาด้วยตัวเอง						
·						
·						
·						
15. ท่านลืมหยุดยาเมื่อถึงเวลาที่ต้องหยุด						

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นาง เบญจมาศ รอดแผ้วพาล เกิดเมื่อวันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2506 ที่จังหวัด นครปฐม จบ การศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ (ต่อเนื่อง 2 ปี) ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์ ในปีการศึกษา 2540 ปัจจุบันปฏิบัติงานพยาบาลประจำการ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานศูนย์เลเซอร์และเครื่องมือพิเศษทางจักษุ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2550 เข้าศึกษาต่อ ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย