

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรม  
ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคไตหิ้น



นางสาว หทัยกาญจน์ เชาวกิจ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF SELF- EFFICACY AND FAMILY SUPPORT ENHANCEMENT PROGRAM  
ON HEALTH PROMOTING BEHAVIORS AMONG GLAUCOMA DISEASE ELDERLY  
PATIENTS

Miss Hataikarn Chauvakij

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการ  
สนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ  
ผู้ป่วยสูงอายุโรคไต

โดย

นางสาว หทัยกาญจน์ เชาวกิจ

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

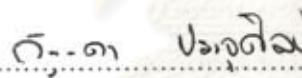
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

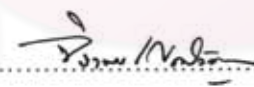
รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา ประจุศิลป์)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

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

หทัยกาญจน์ ชาวกิจ : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน (THE EFFECT OF SELF-EFFICACY AND FAMILY SUPPORT ENHANCEMENT PROGRAM ON HEALTH PROMOTING BEHAVIORS AMONG GLAUCOMA DISEASE ELDERLY PATIENTS) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รศ. ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 140 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง Bandura (1997) ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคต้อหินทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคต้อหิน แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ได้มาจากการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย โดยจับคู่ในเรื่องเพศ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การประเมินทางสภาพสรีรวิทยาและการกระตุ้นทางอารมณ์ การให้คำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จได้ด้วยตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัว ใน 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินเรื่องรัง ของ สุชาติ ภัทรมงคลฤทธิ์ (2542) ที่สร้างจากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender, 1996) ความเที่ยงเท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Paired-t test และสถิติ Repeated Measures ANOVA

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว สูงกว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อผู้สมัคร..... ทพ.ทพ.รณ ใจแก้ว  
ปีการศึกษา.....2553..... ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... วิกรม/Veritum

# #5077630536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : SELF-EFFICACY ENHANCEMENT PROGRAM / FAMILY SUPPORT /  
GLAUCOMA DISEASE ELDERLY PATIENTS / HEALTH PROMOTING BEHAVIORS

HATAIKARN CHAUVAKIJ : THE EFFECT OF SELF- EFFICACY AND FAMILY  
SUPPORT ENHANCEMENT PROGRAM ON HEALTH PROMOTING BEHAVIORS  
AMONG GLAUCOMA DISEASE ELDERLY PATIENTS. ADVISOR : ASSOC. PROF.  
JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D., 140 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effect of self- efficacy and family support enhancement program on health promoting behaviors among glaucoma disease elderly patients. Self-efficacy Theory of Bandura (1997) and Social-support Theory of House (1981) were used as the conceptual framework. The subjects comprised of 60 elderly patients with glaucoma disease at Glaucoma clinics, King chulalongkorn Memorial Hospital of the Thai Red Cross Society, which divided 30 as a control group and another 30 was experimental group. Sex, education, salary and disease were matched. The Control group received the regular health teaching and the experimental group received the self- efficacy and social support enhancement program, which consisted of physiological assessment and affective states stimulation, verbal persuasion, vicarious experiences and enactive mastery experiences, Family support consisted of emotional support, appraisal support, informational support and instrumental support. Health promoting behaviors was assessed using a modified version of the questionnaire developed by Suchada (1999) by using Pender's Health promoting Model (1996). The instruments were tested for their internal consistency using Cronbranch's alpha. The demonstrated acceptable reliability at .84. Data were analyzed using mean, standard deviation, paired-t test and repeated measures ANOVA statistics.

Major findings were as follows:

1. The mean score of health promoting behaviors elderly patients with glaucoma disease in the experimental group receiving self- efficacy and family support enhancement program was significantly higher than that before receiving perceived benefit promoting program ( $P < .05$ ).
2. The mean score of health promoting behaviors elderly patients with glaucoma disease in the experimental group receiving self- efficacy and family support enhancement program was significantly higher than that of the control group ( $P < .05$ ).

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

Academic Year : .....2010..... Advisor's Signature Jiraporn K. Watthan.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา ที่สละเวลาทั้งในและนอกเวลาราชการ กรุณาให้คำปรึกษาและให้ข้อคิดเห็น ตลอดจนแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์เล่มนี้ อีกทั้งให้ความห่วงใยเอาใจใส่แก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่อาจารย์มอบให้เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา ประจุกิจศิลป ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและแก้ไขข้อบกพร่องวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิ์สาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาและมอบประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย ข อ ข อ บ คุ ณ เจ้าน้ำที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่อำนวยความสะดวกในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอกราบขอบพระคุณผู้สูงอายุโรคต้อหินทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเข้าร่วมการวิจัยและเป็นกำลังสำคัญยิ่งที่มีส่วนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ ขอขอบพระคุณจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่มอบทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์ประเภทบัณฑิตศึกษาเพื่อใช้ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา และครอบครัว คุณ ณัฐธีร์ รุจิระชัยเวช และลูกที่มีส่วนช่วยเหลือ ให้ความรัก ความห่วงใย เป็นกำลังใจและเป็นแรงผลักดันที่ดีเสมอมา ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแก่บุพการี คณาจารย์ และผู้สูงอายุทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี และขอขอบคุณกัลยาณมิตรร่วมสถาบันทุกท่าน ที่ทำให้ผู้วิจัยได้รับประสบการณ์ที่ดีในการศึกษา ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
คำถามการวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	11
ขอบเขตของการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	15
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
การเปลี่ยนแปลงของดวงตาในผู้สูงอายุ.....	16
โรคต้อหินในผู้สูงอายุ.....	19
การรักษาโรคต้อหิน .....	21
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	26
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต้อหิน.....	31
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน.....	37
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว.....	41
บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน.....	45

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว.....	47
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	67
การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	74
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	79
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	82
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	93
สรุปผลการวิจัย.....	99
อภิปรายผลการวิจัย.....	99
ข้อเสนอแนะ.....	106
รายการอ้างอิง.....	109
ภาคผนวก.....	117
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	118
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	120
ภาคผนวก ค ใบยินยอมประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	
ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....	136
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	140



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คู่ จำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว .....	60
2	คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะและการสนับสนุนจากครอบครัว .....	64
3	แสดงค่า เฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินกลุ่มทดลอง จำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน .....	83
4	เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อน-หลัง ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว จำแนกเป็นรายด้าน .....	89
5	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อน-หลังการทดลอง .....	90
6	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ(Repeated Measures ANOVA) .....	91

## สารบัญภาพ

ภาพประกอบที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	54
2 ขั้นตอนการดำเนินการ.....	81



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ต้อหินเป็นโรคทางตาที่จัดว่าเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุของการตาบอดที่ไม่สามารถกลับมามองเห็นได้ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขในประเทศไทยและทั่วโลก โดยคาดว่ามีการประมาณ 67 ล้านคนเป็นต้อหิน และมีคนตาบอดจากต้อหินคิดเป็นร้อยละ 15 ของคนตาบอดทั่วโลก (Quigley, 1996 ; Resnikoff, et al., 2004) องค์การอนามัยโลกยังได้ประมาณการไว้ว่า มีประชากรที่สงสัยเป็นโรคต้อหินประมาณ 100 ล้านคน และจำนวนกว่า 20 ล้านคนที่ทุกข์ทรมานจากโรคต้อหิน ยิ่งกว่านั้นอีก 5 ล้านคนเกิดภาวะตาบอดจากโรคต้อหิน โดยประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคต้อหินจะพบในประเทศที่กำลังพัฒนา (จิตติรักษ์ วิเศษศิลป์ ปานนท์ และดวงพร เชี่ยวชาญธนกิจ, 2542) สำหรับในประเทศไทย มีรายงานการสำรวจของคณะทำงานโครงการป้องกันตาบอดและควบคุมสายตาทวิการ (2539) พบว่า สาเหตุตาบอดที่พบบ่อยในชุมชน ได้แก่ โรคต้อหินซึ่งจัดเป็นอันดับ 2 ของโรคทางตาที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะตาบอด และพบว่า ประชากรสูงอายุมีภาวะตาบอดทั้ง 2 ข้าง ร้อยละ 4.7 ตาบอด 1 ข้าง ร้อยละ 44 โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-64 ปีมีอัตราการตาบอดร้อยละ 9.35 ส่วนผู้ที่มีอายุ 65-69 ปี มีอัตราการตาบอดร้อยละ 15 โดยอัตราความชุกของโรคต้อหินในผู้สูงอายุไทยร้อยละ 6.12 (รจิต ตูจินดา และคนอื่นๆ, 2544)

โรคต้อหินเป็นโรคที่เกิดจากการมีความดันในลูกตา (Intraocular pressure) สูง ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของขั้วประสาทตา (Optic disc) ร่วมกับการเกิดการสูญเสียลานสายตา (Visual Field) มีผลให้การมองเห็นสูญเสียไป ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม จะทำให้เกิดภาวะตาบอดอย่างถาวร ดังนั้นเมื่อพบว่าเป็นโรคต้อหิน ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาจากจักษุแพทย์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อหินจะได้รับการรักษาโดยการหยอดตาและการรับประทานยา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมความดันภายในลูกตาให้อยู่ในระดับปกติ ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่องให้ถูกต้องทั้งชนิดและเวลา ไม่ควรหยุดยาเอง (นิภา วัฒนเวคิน, 2543) ซึ่งหากผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องอาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาตาบอดและสายตาทวิการเป็นสาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งแนวทางการป้องกันไม่ให้อาการของโรคต้อหินลุกลามมากขึ้นนั้น คือ การ

มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมจะช่วยยับยั้งหรือชะลอความก้าวหน้าของโรค ลดความรุนแรงและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมทางด้านบวกที่แสดงออกถึงความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับสุขภาพเพื่อความผาสุก และสิ่งสมบูรณ์ในชีวิตของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล (Pender, 1996) ดังนั้นผู้สูงอายุโรคต่อหีนจึงควรมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดำรงสภาวะสุขภาพของร่างกายจิตใจและสังคม กล่าวคือ การมารับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อรับการวินิจฉัยโรคได้ในระยะเริ่มต้น สนใจเอาใจใส่รับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยหมั่นสังเกตอาการผิดปกติของตนเองและรีบมาพบแพทย์ทันทีเพื่อรับการตรวจรักษา รับประทานยาและหยอดตาตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด มาตรวจรักษาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ขอคำปรึกษาและแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ นอกจากนี้มีการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ โดยมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ มีไขมันต่ำ มีกากใยสูง หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ความดันภายในลูกตาสูงขึ้น (Wilson, 1994) นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคต่อหีนควรมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น อันได้แก่ ครอบครัว เพื่อนและเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ เพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุโรคต่อหีน ในด้านข้อมูลข่าวสาร กำลังใจ ซึ่งจะช่วยลดความตึงเครียดและได้รับคำแนะนำในการเผชิญปัญหา และมีการใช้เวลาที่เหลืออยู่ของชีวิตในการพัฒนาทางจิตวิญญาณ เช่น อุทิศตนเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น ยอมรับในการเปลี่ยนแปลง ไม่คิดว่าตนไร้ความสามารถ ใช้ศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มที่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อหีนดังกล่าวนี้ มีผลต่อการป้องกันไม่ให้จอประสาทตาถูกทำลายจากภาวะความดันในลูกตาสูง และส่งผลให้เกิดการตาบอดในที่สุด

จากการศึกษาของ สุชาติดา ภัทรมงคลฤทธิ์ (2542) เรื่อง การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อหีนเรื้อรัง พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อหีนเรื้อรังโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ปฏิบัติถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ แต่เมื่อมาพิจารณารายด้านพบว่า กิจกรรมการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด โดยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหีนมีการออกกำลังกายโดยการเดินเล่น/ฝึกกายบริหาร นานๆ ครั้งมีถึงร้อยละ 25.8 สอดคล้องกับวิจัยของ ชวลี โฆษิตทากวิวัฒน์ (2534) โดยพบว่าผู้ป่วยโรคต่อหีนเรื้อรังมีการออกกำลังกายน้อย ทั้งนี้เพราะโรคต่อหีนเรื้อรังทำให้การมองเห็นลดลง เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุโรคต่อหีนเรื้อรังลดกิจกรรมการออกกำลังกายลง

โดยในส่วนพฤติกรรมด้านโภชนาการพบว่าผู้สูงอายุโรคต่อหีนดื่มชาหรือกาแฟเป็นประจำทุกวันถึงร้อยละ 25 และมีการรับประทานอาหารทอดหรือปรุงด้วยกะทิเกือบทุกวันคิดเป็นร้อยละ 22.5 (สุชาติดา ภัทรมงคลฤทธิ์, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ (2539) พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง

ร้อยละ 47.5 และอยู่ในระดับไม่ถึงร้อยละ 15.6 ประกอบกับผู้สูงอายุโรคต้อหินมีการมองเห็นลดลง และความสูงอายุทำให้การทำงานของระบบประสาทลดลง การรับรู้รสชาติและกลิ่นอาหารลดลงไปด้วย เกิดการเบื่ออาหารไม่รู้สึกลอยากรับประทานอาหาร และจากผลข้างเคียงของยารับประทานเพื่อลดความดันในลูกตา ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนหรือท้องเสีย หรือมีโอกาสเสียสมดุลของโปรตีนได้ (ปราณี ฟูไพบระ, 2551)

มีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยต้อหินมีปัญหาเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ในด้านความร่วมมือในการรักษา เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคไม่แสดงอาการอย่างชัดเจน ไม่มีอาการปวด หรือทุข์ทรมาน ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์อย่างรีบด่วน ผู้ป่วยจึงไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เช่น ไม่มาตรวจตามนัด ไม่รับประทานยา หรือหยุดยาไม่ถูกต้อง (Ashburn, 1980; Zimmerman, and Zalta, 1980) จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคต้อหินมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะมาพบแพทย์เมื่อการมองเห็นและลานสายตาสูญเสียแล้ว (สุชาติ ภัทรมงคฤทธิ, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ศรีสง่า (2547) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดปฐมภูมิไม่มาตรวจตามนัดคิดเป็นร้อยละ 27.5 และร้อยละ 44 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยบางรายได้รับยาไม่ครบตามแผนการรักษา เพราะปัญหาจากภาวะแทรกซ้อนของยา เช่น อาการแสบตา ตาแดง (นิภา วัธนเวคิน, 2543) ประกอบกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน จะมีความสามารถในการมองเห็นลดลง ความสามารถในการทำกิจกรรมเปลี่ยนแปลง ไม่สามารถประกอบภารกิจได้ด้วยตนเอง การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เกิดความรู้สึกไร้ความสามารถ คุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลต่อความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง (Donmez, Gokkoca, and Dedeoglu, 2005) นำไปสู่การแยกตัวออกจากสังคม มีภาวะเครียด วิตกกังวลซึมเศร้า ท้อแท้ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ (จจิต ตูจินดา และคนอื่นๆ, 2544) ขาดความร่วมมือในการรักษา (Pappa et al., 2006) คุณภาพชีวิตลดลง (Freeman et al., 2008; Cowdin et al., 2008)

ความเครียดและความวิตกกังวลมีผลต่อระดับความดันภายในลูกตา ทำให้ระดับความดันภายในลูกตาเพิ่มสูงขึ้นได้ (อารี สุจินนัสกุล, 2542; Grossman and Swartwout, 1999) โดยจากการศึกษาของ สิริพัชร รัตแพทย์ (2535) พบว่าผู้ป่วยโรคต้อหินเรื้อรังมีความวิตกกังวลสูงกว่าประชากรปกติ โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และจากการศึกษาของ วาสนา ฟุ้งฟู (2548) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุโรคต้อหินจะต้องเผชิญความเครียดทั้งในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย สังคม เศรษฐกิจและอาการของโรคที่มีผลต่อการมองเห็น ทำให้การติดต่อสื่อสารกับสิ่งแวดล้อมเป็นไปด้วยความลำบาก การทำกิจกรรมถูกจำกัด ส่งผลทางจิตใจหลายประการ เช่น บางคนเก็บซ่อนความรู้สึกไว้ไม่แสดงอารมณ์

ออกมา หรือในบางรายไม่ทราบข้อมูลที่ถูกต้องและจำเป็นเกี่ยวกับโรคของตนเอง และส่วนมากขาดความมั่นใจในการซักถามแพทย์และพยาบาล เนื่องจากไม่กล้าและเกรงใจ ถึงแม้จะอยากทราบก็ตามก่อให้เกิดความคับข้องใจขึ้นโดยจากการศึกษาของสุซาดา ภัทรมงคลฤทธิ (2542) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหีนมีความมั่นใจว่ากล้าที่จะซักถามแพทย์หรือพยาบาลเพียงร้อยละ 43.3 และในด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหีนเรื้อรัง มั่นใจว่าสามารถรับประทานอาหารได้ครบ 5 หมู่และมั่นใจว่าจะสามารถออกกำลังกายได้เป็นประจำเพียงร้อยละ 41.7

จากพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหีนที่ไม่เหมาะสม ดังกล่าวข้างต้น อาจส่งผลให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น เกิดภาวะสายตาศีรษะหรือตาบอดได้ ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหีนจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อเป็นการชะลอและควบคุมอาการของโรค

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ การปฏิบัติกิจกรรมทางด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันเพื่อยกระดับสุขภาพและให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น โดยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมี 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจง ที่ประกอบด้วย 6 มิโนทัศน์ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกนึกคิดที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรม อิทธิพลสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ และปัจจัยด้านผลลัพธ์ของพฤติกรรม (Pender et al., 2006) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สำคัญและมีผลต่อการเกิดพฤติกรรม ดังเช่น การศึกษาของ สุซาดา ภัทรมงคลฤทธิ (2542) เรื่อง การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อหีนเรื้อรัง พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและอิทธิพลสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อหีนเรื้อรังและมีการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Kanbara et al., 2008; Martin et al., 2008; Carroll, 1995) โดยการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเอง พบว่าปัจจัยทั้งสามมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อกัน (Kasikci, and Alberto, 2006)

จากงานวิจัยเรื่อง การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในประเทศไทยของ ลีวรรณ อุนนาภิรักษ์ และ ปิยาณี คล้ายนิล (2550) โดยผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง พบว่าปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยอิทธิพลขนาดใหญ่ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม อัตมโนทัศน์ การรับรู้สมรรถนะในตนเองและสัมพันธ์ภาพในครอบครัว

การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นเพราะเห็นว่าดี มีประโยชน์ มีคุณค่า และยิ่งเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมนั้นได้มากเท่าไร ก็ยิ่งปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นๆ (Pender et al., 2006) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนคือความเชื่อมั่นหรือการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งให้เป็นผลสำเร็จเป็นแรงผลักดันภายในตัวบุคคล เป็นตัวชี้แนะให้บุคคลมีความพยายาม กระตือรือร้นที่จะทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จมากขึ้น (Bandura, 1997) โดยบุคคลสำคัญ ครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์มีอิทธิพลต่อการเพิ่มหรือลดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีเครือข่ายทางสังคมลดลง จากการหมดหน้าที่ในการทำงาน รายได้ที่ลดลง การเสียชีวิตของเพื่อน ญาติพี่น้อง รวมทั้งข้อจำกัดทางภาวะสุขภาพที่เสื่อมตามธรรมชาติ หรือโรคประจำตัวบางอย่าง ทำให้ผู้สูงอายุมีการติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคมลดลง และจากการที่ผู้สูงอายุมิชอบทางสังคมลดน้อยลงนี้ ครอบครัวจะกลายเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีบทบาทที่สุดในวัยสูงอายุและมีความสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม

ครอบครัวเป็นระบบสังคมย่อยที่มีศักยภาพสูงในการดูแลตนเองของสมาชิกในครอบครัว โดยนิตินัยและพฤตินัยแล้วครอบครัวย่อมต้องรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพอนามัย และมีส่วนในการจัดการปัญหาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว (มัลลิกา มัติโก, 2530) โดยหน้าที่หลักของครอบครัวประกอบด้วยหน้าที่ด้านความรักความเอาใจใส่ เป็นการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ หน้าที่การเผชิญปัญหาของครอบครัว หน้าที่ในการจัดหาสิ่งจำเป็นพื้นฐานทางกายได้แก่ปัจจัยสี่ หน้าที่ในการดูแลสุขภาพของบุคคลในครอบครัว (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวที่มีความห่วงใยเอื้ออาทรต่อกัน ย่อมมีผลต่อการบรรเทาความเจ็บป่วยให้ทุเลาลง (ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่มีการช่วยเหลือกันด้านต่างๆ ทำให้เกิดความรัก ความผูกพัน ความเอาใจใส่ ซึ่งทำให้เกิดการไว้วางใจ การสนับสนุนจากครอบครัวโดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า ช่วยให้เผชิญกับโรคและควบคุมโรคได้ (Pender et al., 2006; Kanbara et al., 2008) เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การสนับสนุนจากครอบครัวโดยการสนับสนุนทางสังคมมีประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งประโยชน์ทางตรงส่งผลต่อด้านสรีรวิทยา โดยเพิ่มการผลิตฮอร์โมนอะดรีนาลิน ที่มีผลต่ออารมณ์ทางบวก ด้านจิตใจช่วยส่งเสริมอารมณ์ทางบวก อีกทั้งทำให้มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง ด้านพฤติกรรมช่วยส่งเสริม

พฤติกรรมสุขภาพโดยทำหน้าที่กระตุ้นพฤติกรรมทางบวก หรือลดพฤติกรรมทางลบ ส่วนประโยชน์ทางอ้อม พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นกันชนรองรับความเครียด ส่งผลต่อด้านจิตใจทำให้บุคคลมีความมั่นใจในการปฏิบัติเพิ่มขึ้น ได้รับข้อมูลการประเมินที่ตรงตามจริง สามารถนำไปแก้ไขปัญหาทางด้านพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งผลจากด้านจิตใจส่งผลต่อด้านสรีรวิทยาโดยส่งเสริมให้เกิดสุขภาพกายดี (Keeling et al., 1996)

กิจกรรมการพยาบาลในปัจจุบันเป็นการให้ความรู้ในภาพรวมมิได้เฉพาะเจาะจงหรือเน้นการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถ ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินประสบปัญหาต่างๆ จะขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ หากผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินได้รับการช่วยเหลือ กระตุ้นให้เกิดกำลังใจ มีความมั่นใจและได้รับประสบการณ์ที่พึงพอใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

การรับรู้สมรรถนะของตนเองทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้น แม้ว่าเมื่ออุปสรรคเกิดขึ้น และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญในการจูงใจในการปฏิบัติ และเป็นแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนเพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรม ดังนั้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อเป็นต่อหิน เป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน การที่บุคคลมีการรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่เป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติ ย่อมก่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อเป็นโรคต่อหินได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่องได้

โดยจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า มีงานวิจัยบางงานวิจัยที่นำการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมมาสร้างเป็นโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม (บังเอิญ แพร้งสกุล, 2550) พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ (พิกุล ตินามาส, 2550) พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคต่อกระดูก (สุริรัตน์ วงศ์อะอม, 2545) แต่ยังไม่พบว่ามีงานนำการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมาสร้างเป็นโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวขึ้น และในส่วนของโปรแกรมยังได้มีการจัดกิจกรรมการกระตุ้นเตือนการปฏิบัติเป็นการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์โดยการสอบถามถึงปัญหา และอุปสรรค ให้คำแนะนำและให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่อง สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน และควบคุมความรุนแรง



ของโรคได้ อันจะก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินและทำให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน ก่อนและหลังของการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมและกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การรับรู้สมรรถนะของตนเองทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้น และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญในการจูงใจในการปฏิบัติ และเป็นแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนเพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อเป็นต้อหิน เป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน การที่บุคคลมีการรับรู้ที่ตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ แม้มีอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่เป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติ ย่อมก่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อเป็นโรคต้อหินได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่องได้ ดังนั้นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง Bandura (1997) ซึ่งถือได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนาย

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลและการคงอยู่ของพฤติกรรมมากกว่าทฤษฎีอื่นๆ และเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการทำนายพฤติกรรมเพื่อให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพ (Bandura, 1997) ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ให้การสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ทำให้ผู้สูงอายุโรคต่อหินได้ประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อม นอกจากนี้ จากการศึกษาของ ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน พบว่าการกระตุ้นเตือนเป็นกลวิธีหนึ่งที่ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นสิ่งชี้้นำที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พึงปรารถนา (ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, 2540) ผู้วิจัยจึงได้นำการกระตุ้นเตือนโดยการใช้โทรศัพท์มาเป็นกิจกรรมหนึ่งในการสร้างเป็นโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวในครั้งนี โดยโปรแกรมประกอบด้วย

### 1. การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มีกิจกรรมดังนี้

1.1 การประเมินทางสภาพสรีรวิทยาและการกระตุ้นทางอารมณ์ (Physiological and effective states) บุคคลต้องมีการประเมินความพร้อมของสภาพร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ที่ส่งเสริมความสามารถ เพื่อให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยผู้วิจัยประเมินและเตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างทั้งด้านร่างกายจิตใจ โดยประเมินจากระดับความดันตา และสังเกตความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม จากการสังเกตสีหน้า ท่าทางและความร่วมมือในการทำกิจกรรม สร้างความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุโรคต่อหิน ด้วยการพูดคุย สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ในการผ่อนคลายและจัดมุมนั่งสมาธิก่อนทำกิจกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ ใช้คำพูดที่นุ่มนวลให้เกียรติผู้สูงอายุ จัดสถานที่ให้เหมาะสมต่อการปฏิบัติกิจกรรม โดยให้มีห้องทำกิจกรรมที่มิดชิด มีความเป็นส่วนตัว เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุอภิปรายเพื่อวิเคราะห์ พฤติกรรมปัญหา อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและช่วยกันหาแนวทางแก้ไข พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุร่วมอภิปรายผลลัพธ์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคต่อหินมีความตระหนัก รับรู้ถึงความสามารถของตนเองและแสดงออกถึงความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระตุ้นให้กลุ่มเกิดการคิดวิเคราะห์ และก่อให้เกิดความสนใจร่วมกัน

1.2 การให้คำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) การให้ความรู้เป็นแนวทางหนึ่งของแนวทางการให้คำแนะนำ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ในการสร้างหรือก่อให้เกิดทักษะในการปฏิบัติขั้นต่อไป โดยผู้วิจัยพูดชักจูงให้กำลังใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานอาหาร การรับประทานยาและการหยอดตา การขจัดความเครียด การส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ การออกกำลังที่เหมาะสมในผู้สูงอายุและการออกกำลังกายตา กับผู้สูงอายุโรคต่อหิน

และสมาชิกในครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุโรคต้อหินเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ก่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งผู้วิจัยให้คำแนะนำ กล่าวชื่นชมและให้กำลังใจขณะที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม

1.3 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) เนื่องจากกระบวนการเรียนรู้ของมนุษย์เป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อน พฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ การที่บุคคลเห็นพฤติกรรมที่เหมาะสมจากผู้อื่น ช่วยชี้นำการกระทำของเขาได้ โดยในการให้ความรู้ผู้วิจัยใช้ภาพพลิกและคู่มือที่เกี่ยวกับโรคต้อหินและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคต้อหินเป็นสื่อในการนำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์แก่ผู้ป่วยสูงอายุ รวมทั้งการแจกคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคต้อหินและแผ่นซีดีบันทึกวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคต้อหินและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุด้วย

1.4 ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จได้ด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) เป็นข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เป็นประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นว่าตนเองทำได้สำเร็จ ผู้วิจัยสาธิตการหยอดตาและการออกกำลังกายของดวงตา จัดให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการหยอดตาและการออกกำลังกายของดวงตาเพื่อประสบการณ์สำเร็จด้วยตนเอง

**2. การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม** โดยส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุโรคต้อหินให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ประกอบด้วยการส่งเสริมการสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่

2.1 ด้านอารมณ์ (emotional support) โดยให้สมาชิกในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ ห่วงใย ว่างใจ และรับฟังความคิดเห็น เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับการยอมรับและมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.2 ด้านการประเมินค่า (appraisal support) โดยให้สมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถนำไปประเมินพฤติกรรมของตนเอง และปรับปรุงแก้ไข

2.3 ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) โดยให้สมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับต้อหิน และแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและให้ข้อมูล คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุที่บ้าน

2.4 ด้านทรัพยากร (Instrumental support) โดยให้สมาชิกในครอบครัวให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคต้อหินให้ได้รับสิ่งของ หรือบริการต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพ ได้แก่ การจัดเตรียมอุปกรณ์การหยอดตาให้แก่ผู้สูงอายุ การพาผู้สูงอายุมาตรวจตามนัดของแพทย์

**3 การกระตุ้นเตือนการปฏิบัติ** โดยการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ โดยผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ภายหลังจากผู้ป่วยสูงอายุเข้ารับโปรแกรม โดยเป็นการสอบถามถึงปัญหา และอุปสรรค ให้คำแนะนำและให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และในสัปดาห์ที่ 2 ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินทางโทรศัพท์โดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการประเมิน

เนื่องจากความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนเป็นตัวเชื่อมระหว่างการเรียนรู้และการกระทำ บุคคลต้องมีความเชื่อมั่นว่ามีสมรรถนะที่จะกระทำกิจกรรมนั้นๆ ได้สำเร็จ ผู้สูงอายุมักแตกต่างจากวัยหนุ่มสาว ไม่เพียงแต่ด้านร่างกายเท่านั้น ยังรวมถึงทางด้านจิตใจ สังคมและการปรับตัว กระบวนการสูงอายุเป็นสาเหตุที่ทำให้ความสามารถในการรับรู้ลดลง ความรู้ความเข้าใจช้าลง อาการสับสนหลงลืมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร่วมกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ด้วยตนเอง ก่อให้เกิดความอบอุ่น ความเชื่อมั่นและกำลังใจในการปฏิบัติตน ประกอบกับการกระตุ้นเตือนการปฏิบัติโดยการใช้โทรศัพท์จะยิ่งช่วยส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นสิ่งซึ่งนำไปเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พึงปรารถนา ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงได้นำแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง Bandura (1997) ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) โดยการสนับสนุนจากครอบครัว และการกระตุ้นเตือนโดยการใช้โทรศัพท์ มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคต้อหินเกิดความเชื่อมั่น มีทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและต่อเนื่องต่อไป

### สมมุติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2. ตัวแปรที่ศึกษา คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อหิน

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลจัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อหิน เป็นรูปแบบของกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคต่อหินมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุน ผู้สูงอายุในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยแนวคิดการพัฒนารับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) และการกระตุ้นเตือนเป็นกลวิธีหนึ่งที่ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นสิ่งชี้แนะที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พึงปรารถนา (ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, 2540) ผู้วิจัยจึงได้นำการกระตุ้นเตือนโดยการใช้โทรศัพท์มาเป็นกิจกรรมหนึ่งในการสร้างเป็นโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว ในการจัดกิจกรรมดังนี้

1.1 **ขั้นการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน** จัดกิจกรรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนโดยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินเข้าร่วมเป็นรายกลุ่ม มีกิจกรรมดังนี้

1.1.1 การประเมินทางสภาพสรีรวิทยาและการกระตุ้นทางอารมณ์ โดยผู้วิจัยประเมินและเตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างทั้งด้านร่างกายจิตใจ โดยประเมินจากระดับความดันตา และสังเกตความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม จากการสังเกตสีหน้า ท่าทางและความร่วมมือในการทำกิจกรรม สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ด้วยการผ่อนคลาย จัดสถานที่ให้เหมาะสมต่อการปฏิบัติกิจกรรม จัดมุมให้กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวนั่งสมาธิร่วมกันเพื่อเตรียมความพร้อมด้านจิตใจก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุอภิปรายเพื่อวิเคราะห์ พฤติกรรม ปัญหา

อุปสรรค และผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งระบายความรู้สึกในกลุ่มโดยผู้วิจัยรับฟัง ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจ

1.1.2 การให้คำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง โดยผู้วิจัยพูดชักจูงให้กำลังใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานอาหาร การรับประทานยาและการหยุดยา การขจัดความเครียด การส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ การออกกำลังที่เหมาะสมในผู้สูงอายุและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อรอบดวงตาในกลุ่มตัวอย่างและญาติหรือผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุโรคต้อหินเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ใน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการขจัดความเครียด ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ก่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งผู้วิจัยให้คำแนะนำ กล่าวชื่นชมและให้กำลังใจขณะที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม

1.1.3 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยในการให้ความรู้ผู้วิจัยใช้ภาพพลิกและคู่มือที่เกี่ยวกับโรคต้อหินและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคต้อหินเป็นสื่อในการนำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์แก่ผู้ป่วยสูงอายุ รวมทั้งการแจกคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคต้อหินและแผ่นซีดีบันทึกวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคต้อหินและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ

1.1.4 ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยสาธิตการหยุดตาและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อรอบดวงตา จัดให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการหยุดตาและออกกำลังกายตาอย่างถูกวิธีเพื่อประสบการณ์สำเร็จด้วยตนเอง

**1.2 ชั้นให้ความรู้การสนับสนุนจากครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** โดยจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินและสมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินและสมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับการสนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีกิจกรรมดังนี้

1.2.1 ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้สูงอายุโรคต้อหินและสมาชิกในครอบครัวเข้าใจถึงความสำคัญของการสนับสนุนจากครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.2.2 ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินและสมาชิกในครอบครัวถึงแนวทางการสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร

**1.3 ชั้นกระตุ้นเตือนการปฏิบัติ** โดยผู้วิจัยติดตามกระตุ้นเตือนการปฏิบัติของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ภายหลังจากผู้ป่วยสูงอายุเข้ารับโปรแกรม โดยเป็นการสอบถามถึงปัญหา และอุปสรรค ให้คำแนะนำและให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และในสัปดาห์ที่ 2 ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินทางโทรศัพท์โดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการประเมิน

**2. การสนับสนุนจากครอบครัว** หมายถึง กิจกรรมการช่วยเหลือทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้าน คือ

**2.1 ด้านอารมณ์** โดยให้สมาชิกในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ ห่วงใย ใ้วางใจ และรับฟังความคิดเห็นขณะที่ผู้สูงอายุโรคต่อหิน เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับการยอมรับและมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

**2.2 ด้านการประเมินค่า** โดยให้สมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถนำไปประเมินพฤติกรรมของตนเอง

**2.3 ด้านข้อมูลข่าวสาร** โดยให้สมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูล คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน

**2.4 ด้านทรัพยากร** โดยให้สมาชิกในครอบครัวให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคต่อหินให้ได้รับสิ่งของ หรือบริการต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การจัดเตรียมอุปกรณ์การหยอดตาให้แก่ผู้สูงอายุ การพาผู้สูงอายุมาตรวจตามนัดของแพทย์

**3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมที่ปฏิบัติหรือลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุโรคต่อหิน ที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ เป็นพฤติกรรมหรือความรู้สึกที่แสดงออกถึงการดูแลสุขภาพเพื่อให้อาการของโรคทุเลาลงหรือชะลอความรุนแรงของโรคและสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นสุข ซึ่งประเมินด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินเรื้อรัง ของ สุชาติดา ภัทรมงคลฤทธิ (2542) ที่สร้างจากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) โดยวัดเป็นความถี่ในการปฏิบัติ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน คือ

**3.1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ** หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของผู้สูงอายุโรคต้อหินในการดูแลสุขภาพอนามัย โดยการตระหนักและเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง ได้แก่ การสังเกตการเปลี่ยนแปลงความผิดปกติของการมองเห็น และเมื่อมีความผิดปกติรีบมาพบแพทย์ การแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคต้อหินของตนเอง ยอมรับและปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ในเรื่องของการหยอดตา การรับประทานยา การมาตรวจตามนัดอย่างเคร่งครัด การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ชา กาแฟ

**3.2 กิจกรรมการออกกำลังกาย** หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของผู้สูงอายุโรคต้อหินในการออกกำลังกาย ได้แก่ การเดินเล่น รำมวยจีน กายบริหาร การผ่อนคลายกล้ามเนื้อรอบดวงตาหรือการทำงานอดิเรกที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือกิจกรรมที่ส่งเสริมการออกกำลังกาย

**3.2 ด้านโภชนาการ** หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของผู้สูงอายุโรคต้อหินในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ถูกหลักและมีคุณค่าทางโภชนาการ เพื่อเสริมสร้างให้ร่างกายแข็งแรง อันได้แก่ การรับประทานอาหารจำพวกผัก ผลไม้ อาหารโปรตีน อาหารไขมันต่ำ และย่อยง่าย รวมทั้งการรับประทานอาหารแต่ละครั้งควรรับประทานครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้งการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคต้อหิน

**3.4 สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น** หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของผู้สูงอายุโรคต้อหินเกี่ยวกับการพบปะพูดคุย ปรึกษาหารือกับสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนฝูงหรือบุคคลอื่นเพื่อก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและได้รับการสนับสนุนต่างๆ จากบุคคลอื่น

**3.5 การพัฒนาทางจิตวิญญาณ** หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุโรคต้อหินที่ก่อให้เกิดความรู้สึกที่มีความหวัง ความพึงพอใจในชีวิต ความสุขสงบและการยอมรับสภาพของตนเอง ได้แก่ ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่ยึดเหนี่ยว

**3.6 การขจัดความเครียด** หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของผู้สูงอายุโรคต้อหินที่ช่วยเกี่ยวกับการผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด อันได้แก่ ทำจิตใจให้สงบ ใช้เหตุผลในการแก้ปัญหาและมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

**4. ผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน** หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคต้อหิน และมารับการรักษาจากแพทย์จักษุที่คลินิกโรคต้อหิน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**5. การพยาบาลปกติ** หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินโดยพยาบาลประจำการ ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและ



การปฏิบัติตัวโดยทั่วไปแก่ผู้ป่วยโรคต่อหินรายใหม่ หรือในผู้ป่วยที่มีข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคต่อหินเป็นรายบุคคล โดยมีการแจกแผ่นพับความรู้เรื่องโรคต่อหินร่วมด้วย

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวที่สามารถนำไปใช้เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน
2. พยาบาลและทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี
3. เป็นแนวทางแก่ผู้สนใจศึกษา ค้นคว้าทำการวิจัย เกี่ยวกับการการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ



ศูนย์วิทยพัทยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน ผู้วิจัยได้ศึกษาดำเนินการเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อเป็นพื้นฐานการวิจัย เสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของดวงตาในผู้สูงอายุ
2. โรคต้อหินในผู้สูงอายุ
3. การรักษาโรคต้อหิน
4. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
5. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต้อหิน
6. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
7. การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว
8. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน
9. โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว
10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. การเปลี่ยนแปลงของดวงตาในผู้สูงอายุ

เมื่ออายุเพิ่มขึ้นย่อมมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาชีวภาพ ทำให้เกิดความเสื่อมของอวัยวะส่วนต่างๆ ซึ่งความเสื่อมนี้จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตามอายุที่เพิ่มขึ้น อันจะทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดพยาธิสภาพ ความเจ็บป่วย โรคอันเกิดจากความเสื่อมของร่างกายและอวัยวะต่างๆ ซึ่งอวัยวะแรกของคนเราที่แสดงถึงความมีอายุก็คือ ตา (ยุพดี รัตตะรังสี, 2545) ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงของสายตา เป็นภาวะทางร่างกายที่เกิดขึ้นตามวัย ยิ่งอายุมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงจะเห็นได้ชัดเจนมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป การเปลี่ยนแปลงของตาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุจะเกี่ยวข้องกับการมองเห็นภาพและความเสื่อมของสายตา

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

บอกให้ทราบว่าผู้สูงอายุเริ่มมีการเสื่อมของหน้าที่ในการมองเห็น นอกจากนี้ยังพบว่าสายตาดูอาจเลวลงจากโรคต่าง ๆ เช่น ต้อหิน และโรคเสื่อมของจอประสาทตา การเสื่อมหน้าที่ของตาที่ทำให้การมองเห็นแยกลงอาจเป็นต้นเหตุนำไปสู่การเป็นโรคในระบบอื่น ๆ โดยเฉพาะการเกิดอุบัติเหตุทำให้ผู้สูงอายุหกล้มกระดูกหัก นอกจากนี้ยังพบว่าความไวต่อแสงลดลงเนื่องจากเซลล์ของจอประสาทตา รวมทั้งรูม่านตาเล็กลงตามวัย 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 เมื่อมีอายุมากขึ้น การมองเห็นสีของผู้สูงอายุจะมีการเสื่อมเช่นกัน การเปลี่ยนแปลงที่ทำให้การมองเห็นสีผิดไป มีความสำคัญมากในผู้สูงอายุที่ต้องรับประทานยาเม็ดสีต่าง ๆ หลายๆ อย่างและต่างเวลากัน อาจทำให้เกิดการรับประทานยาผิดได้ อีกทั้งผู้สูงอายุที่ต้องขับรถอาจมีปัญหาคาดูสัญญาณไฟจราจร ความสนใจต่อการมองเห็นสีของผู้สูงอายุมักได้รับความสนใจน้อยมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความสนใจต่อแสงสีของผู้สูงอายุลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงการมองเห็นสีตามวัยไม่เป็นปัญหาของตนเอง

ในส่วนการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะทางตา พบว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ มักเกิดความเสื่อมของสภาวะทางร่างกายได้โดยทั่วไป โดยเฉพาะความเสื่อมของตา ไม่เพียงแต่สายตาเปลี่ยนแปลงแต่ยังมีความเสื่อมของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับดวงตา โดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) ได้สรุปเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงดวงตาในผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1. ผิวหนังบริเวณหนังตาและรอบตา พบว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น คือ การเหี่ยวย่น ทำให้หน้าของผู้คนนั้นแปลกไปจากเดิม หนังตาอาจเหี่ยวย่นมากจนเกิดการข้อยกลงมาบังสายตาได้
2. เยื่อตาแพบ เกิดจากมีการเหี่ยวของเยื่อตา ทำให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อง่าย อาจมีเยื่อตาหนาขึ้นทางหัวตาและหางตานูนขึ้น สีค่อนข้างเหลือง เรียกว่า pinguecula หรือตุ่มสำหรับต้อเนื้อ (pterygium) ก็พบได้บ่อย ลักษณะเป็นเนื้อเยื่อหนารูปคล้ายสามเหลี่ยม ยื่นส่วนปลายเลยเข้าไปบนกระจกตาดำ ซึ่งถ้าลุกลามเข้าไปมากอาจทำให้สายตาเลวลงได้ และจะเห็นว่าตาข้างนั้นแดงอยู่เสมอ
3. กระจกตาขาวเป็นวงบริเวณขอบ ปกติกระจกตาจะใส อาจพบมีไขมันมาเกาะที่ขอบของกระจกตาเป็นวงสีขาวที่เรียกว่า arcus senilis ซึ่งไม่ทำให้สายตาเลวลง การเสื่อมอีกแบบหนึ่งของ

กระจกตา คือ ชั้นต่าง ๆ ของกระจกตาเสื่อม ทำให้กระจกตกลายเป็นฝ้าขาวและตาบอดได้ ในผู้สูงอายุกระจกตาจะหนาขึ้นและมีความโค้งน้อยลง การที่มีความโค้งน้อยลงเกิดจากการมี horizontal diameter เพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงทำให้เกิดภาวะสายตาสั้น (satigmatism) ได้ง่าย

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

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

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

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

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

9. เซลล์กล้ามเนื้อส่วนขยายรูม่านตาของไริสลดลงทำให้รูม่านตาของผู้สูงอายุหดเล็กสารสีของไริสลดลง ซึ่งรูม่านตาที่เล็กในผู้สูงอายุเป็นลักษณะปกติของวัยได้ แต่ยังคงมีการหดตัวเมื่อได้รับแสง จำนวนเซลล์กล้ามเนื้อและเส้นใยของ ciliary body, ciliary muscle ลดลง

10 จอรับภาพ ความเสื่อมจากหลอดเลือดของจอรับภาพหรือของ Choroid หลอดเลือดเกิดการแข็งตัว มีการเปลี่ยนแปลงในชั้นสี อาจพบมีการเสื่อมของจุดรับภาพ ทำให้ตาบอดได้ เซลล์รับแสงลดลงโดยเฉพาะชนิดแท่ง สารสีในเซลล์โคนลดลง ทำให้ความไวต่อแสงของจอตาลดลง การปรับตัวต่อความมืดลดลง

การเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมาข้างต้น เป็นการเสื่อมของตาที่พบได้บ่อยและยังไม่มีวิธีการใดที่ยับยั้งไม่ให้เกิดได้ เมื่อเกิดแล้วส่วนมากจะรักษาให้หายไม่ได้ การบำบัดรักษาก็เป็นการรักษาอาการเท่าที่จะทำได้ ในแง่ของการดูแลต้องอาศัยการบำรุงสุขภาพให้เหมาะสมกับวัย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติที่เกิดขึ้นนี้ บางอย่างเราอาจแก้ไขได้โดยง่ายตาย ก็จะเป็นการช่วยให้มีการมองเห็นที่ดีขึ้น ตัวอย่างเช่น ภาวะสายตาสาย ต้องใช้แว่นสายตาช่วย อาจทำให้เกิดการมองเห็นดีขึ้น แต่ปัญหาที่เกิดส่วนใหญ่และเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลทำให้ประสิทธิภาพการมองเห็นของผู้สูงอายุแตกต่างกัน นั่นคือการเกิดโรคต่างๆ ที่เป็นผลพวงมาจากการเปลี่ยนแปลงและการเสื่อมตามวัย ได้แก่ การเป็นต้อ ทั้งที่เป็นต้อเนื้อ ต้อกระจก และต้อหิน ผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะมีการเปลี่ยนแปลงของดวงตาแบบเสื่อมถอย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของดวงตานี้สามารถก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุได้

## 2. โรคต้อหินในผู้สูงอายุ

ต้อหินเป็นกลุ่มของโรคที่มีรอยโรคที่เส้นประสาทตา (Optic neuropathy) โดยมีลักษณะชั่วคราวประสาทตาฝ่อจากต้อหิน (Glaucomatous optic atrophy) และมีการสูญเสียลานสายตา (Visual field loss) ร่วมด้วย ความดันตาสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรค โดยความดันภายในลูกตาเกิดจากการไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา ดังนั้นหากมีความผิดปกติเกิดขึ้นที่จุดใดจุดหนึ่งของการไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา และทำให้เกิดการอุดตันของทางเดินน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา ก็จะส่งผลให้ความดันภายในลูกตาสูงขึ้นกว่าปกติ ซึ่งระดับความดันภายในลูกตาปกติคือ 15-20 มิลลิเมตรปรอท คนส่วนใหญ่ที่เป็นโรคนี้จะมีความดันตาสูงกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท และมีผู้ป่วยต้อหินบางคนที่มีชั่วคราวประสาทตาฝ่อ และมีลานสายตาผิดปกติ แต่ระดับความดันลูกตาไม่สูง (อังคณา เมธิไตรรัตน์ และรจิต ตูจันดา, 2550)

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 (รจิต ตูจันดา, 2544) ดังนั้นจึงพบได้ว่าต้อหินเป็นโรคที่พบในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ โดยต้อหินในผู้สูงอายุมี 3 ชนิด (Lueckenotte, 1996) คือ

2.1 ต้อหินเรื้อรังชนิดมุมเปิดเป็นต้อหินชนิดปฐมภูมิ คือ ไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งพบได้มากถึง 90 เปอร์เซ็นต์ของต้อหินชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Alexander, 1995) มีการเปลี่ยนแปลงของทาเบคูลาเมซเวิร์ค และเยื่อบุเอนโดทีเลียมของช่องชะเลมส์ ส่งผลให้การไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตาถูกอุดกั้นเกิดภาวะความดันในลูกตาสูง เกิดการทำลายเส้นประสาทตา เป็นการเกิดขึ้นช้า ๆ ไม่มีอาการแสดง หรืออาการปวดตาเนื่องจากความดันภายในลูกตาสูงขึ้นทีละน้อย ผู้สูงอายุจึงสังเกตไม่พบการเปลี่ยนแปลง ทำให้ละเลยไม่มาพบแพทย์ ส่วนใหญ่แพทย์ตรวจพบโดยบังเอิญ เนื่องจากมาพบแพทย์ด้วยอาการอื่น การเปลี่ยนแปลงในระยะแรก ๆ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของลานสายตาโดยรอบ ๆ ก่อน จากนั้นลานสายตาจะค่อยตีบแคบลง มองเห็นเฉพาะตรงกลาง ดังนั้นถ้าจะมาพบแพทย์ก็เมื่อมีการทำลายเส้นประสาทตาไปมากแล้ว (อภิชาติ สิงคาลวณิช และ ญาณี เจียมไชยศรี, 2540)

2.2 ต้อหินชนิดมุมปิด เป็นต้อหินที่ไม่ทราบสาเหตุหรือต้อหินปฐมภูมิ เกิดในผู้สูงอายุที่มีมุมของช่องหน้าลูกตาตื้นหรือแคบ พบในคนสายตาวาวมากกว่าพบในคนสายตาสั้น เพราะคนสายตาสั้นจะมีช่องหน้าลูกตาลึกและกว้าง ปกติมุมของช่องหน้าลูกตาที่แคบกว่าปกตินี้ไม่สามารถทำให้เกิดโรคนี้ได้ แต่มีเหตุอะไรที่ทำให้ม่านตาขยาย ก็จะทำให้มุมของช่องหน้าลูกตาแคบลงไปอีกจนเกิดการอุดกั้นทางเดินของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา ทำให้ความดันลูกตาสูงขึ้นอย่างฉับพลัน และอาการจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เป็นและระดับของความดันภายในลูกตา ต้อหินชนิดมุมปิดนี้แบ่งตามอาการได้ 2 ประเภท

2.2.1 ต้อหินชนิดเฉียบพลัน จากสาเหตุส่งเสริมข้างต้น ทำให้การขยายของม่านตาอุดกั้นการไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา เกิดความดันภายในลูกตาสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจสูงได้ถึง 50-60 มิลลิเมตรปรอท ผู้สูงอายุจะมีอาการปวดตาข้างที่เป็นและปวดศีรษะมาก จนถึงคลื่นไส้ อาเจียนได้ ตาแดง ตามัวลง มองเห็นแสงสีรุ้งรอบดวงไฟ กระจกตาบวมไม่ใส ม่านตาขยาย ไม่มีปฏิกิริยากับแสงไฟ ผู้สูงอายุจะต้องรีบไปพบแพทย์โดยเร็วที่สุด เพื่อไม่ให้ประสาทตาถูกทำลายไปมากจนถึงขั้นตาบอดจากความดันภายในลูกตาที่สูงมาก ๆ

2.2.2 ต้อหินมุมปิดชนิดเรื้อรัง สาเหตุเช่นเดียวกับชนิดเฉียบพลัน แต่อาการไม่รุนแรงเท่าชนิดเฉียบพลัน คือผู้สูงอายุจะรู้สึกตาพร่ามัวไม่มาก เวลามองไฟเห็นเป็นสีรุ้งรอบดวงไฟ จะรู้สึกปวดตา และปวดศีรษะข้างเดียวเล็กน้อย ม่านตาขยายเล็กน้อยหรือปานกลางและไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง ความดันลูกตาไม่สูงมาก อาการเกิดชั่วคราว เมื่อผู้สูงอายุพักผ่อน หรือผ่อนคลายความเครียด อาการก็จะหายไปเอง อาการจะเป็น ๆ หาย ๆ ซึ่งอาการเรื้อรังนี้ทำให้มีความผิดปกติของม่านตาได้ จากมีการยึดติดกันของช่องหน้าลูกตา ความดันตาที่สูงนาน ๆ จะทำลายประสาทตา ทำให้การมองเห็นสูญเสียไปอย่างถาวร ต้อหินมุมปิดเรื้อรังอีกชนิดคือ Chronic

angle-closure glaucoma ในผู้สูงอายุที่มีช่องหน้าของลูกตาแคบ เกิดมีการเปลี่ยนแปลงของ ม่านตาที่มีการยึดติดกันของช่องหน้าลูกตา มีการอุดตันการไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา ส่งผลให้ความดันภายในลูกตาสูงขึ้นทีละน้อย ผู้สูงอายุจะไม่มีอาการรุนแรงแต่ลานสายตาทึบดำไป ต้อหินเรื้อรังนี้มักเป็นทั้ง 2 ตา

2.3 ต้อหินทุติยภูมิ คือภาวะที่ผู้สูงอายุมีความดันภายในลูกตาสูงจากสาเหตุที่ทราบแน่นอน คือการเกิดต้อหินภายหลังจากที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคตา โรคอื่น หรือมีสาเหตุจากปัจจัยใด ๆ ที่ทำให้เกิดการอุดตันการไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา ทำให้ความดันภายในลูกตาสูงขึ้น เกิดเป็นต้อหินทุติยภูมิซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อน

### ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคต้อหินในผู้สูงอายุ

ต้อหินเป็นโรคที่พบได้ในผู้สูงอายุ มีสาเหตุปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคต้อหินในผู้สูงอายุ (Wilson, 1994; เพ็ญศรี สำราญเวทย์, 2533; สุดใจ วราพันธ์, 2534) ที่สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ความดันภายในลูกตาที่สูง ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญมาก เนื่องจากความดันภายใน ลูกตาที่สูงขึ้นนี้จะไปทำลายประสาทตา จนทำให้การมองเห็นสูญเสียไป
2. อายุ ต้อหินเป็นโรคที่พบมากในผู้สูงอายุ ยิ่งสูงอายุจะมีโอกาสเกิดต้อหินได้มาก
3. กรรมพันธุ์ คนที่มีประวัติครอบครัวมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหินมากกว่าผู้ไม่มีประวัติ 3-4 เท่า
4. ภาวะความเครียดสูง การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ชา กาแฟ
5. การได้รับยาพวกคอร์ติโคสเตียรอยด์
6. โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจหลอดเลือด
7. ความผิดปกติของสายตา เช่น สายตาสั้น สายตายาว

### 3. การรักษาโรคต้อหิน

การรักษาต้อหิน จุดมุ่งหมายของการรักษาของแพทย์ คือป้องกันไม่ให้เกิดการสูญเสียการมองเห็น ทำลายมากขึ้น โดยทำให้ความดันภายในลูกตาลดลงสู่ระดับปกติ ซึ่งได้แก่การทำให้ทางเดินของ น้ำหล่อเลี้ยงลูกตาไหลเวียนได้สะดวกขึ้น หรือทำให้การสร้างน้ำหล่อเลี้ยงลูกตาลดลงควบคู่กันไป

เป้าหมายการรักษาโรคต้อหิน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสูญเสียการมองเห็น ในระดับที่มี ผลต่อการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพของผู้ป่วย (Visual related quality of life) หรือกล่าวอีก นัยหนึ่ง คือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการมองเห็นตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วย โดยมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยน้อยที่สุด ซึ่งในการรักษาโรคต้อหินนั้นแพทย์จะยึดหลักการรักษา ดังนี้

1. หยุดหรือลดการทำลายชั่วคราวประสาทตา จากสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ปัจจุบัน การลดความดันโลหิตจะส่งผลดีต่อผู้ป่วย ทั้งในแง่การป้องกันการเกิดการทำลายชั่วคราวประสาทตา ก่อนการเกิดต้อหิน และในแง่ความสามารถหยุดยั้งการทำลายต่อเนื่องหลังจากที่เป็นโรคต้อหิน แล้ว โดยไม่ขึ้นกับว่าโรคต้อหินนั้นจะอยู่ในระยะใด และระดับความดันโลหิตที่ก่อให้เกิดโรคต้อหิน จะมีค่าสูงมากน้อยเพียงใด ดังนั้นการรักษาโรคต้อหินโดยทำการลดความดันโลหิตสูง จึงเป็นการรักษาโรคต้อหินที่มีประสิทธิภาพสูง (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550)

2. แก้ไขหรือลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคต้อหิน หรือทำให้โรคต้อหินมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ได้แก่ ปัจจัยที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจสืบเนื่องมาจากความผิดปกติทางกายวิภาคที่ผิดปกติของดวงตาส່ว่นหน้า โรคทางตา โรคทางร่างกาย ตลอดจนการใช้ยา Steroid ที่มากเกินไป สิ่งเหล่านี้ต้องได้รับการวินิจฉัยและแก้ไข สำหรับปัจจัยอื่นๆ เช่น อายุ และลักษณะทางพันธุกรรม อาจเป็นเรื่องที่ไม่สามารถแก้ไขได้ แต่ควรได้รับการวินิจฉัยถึงความสัมพันธ์กับการเกิดโรคต้อหิน

3. ติดตามการเปลี่ยนแปลงของชั่วคราวประสาทตาและการมองเห็น หลังจากเริ่มการรักษา จะต้องทำการติดตามดูความก้าวหน้าของโรคต้อหิน ว่ามีการเปลี่ยนแปลงของชั่วคราวประสาทตาและเส้นใยประสาทเพิ่มขึ้นหรือไม่ นอกจากนี้ยังควรต้องติดตามการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการทำงานของตา เช่น ตรวจดูการทำหน้าที่ที่เปลี่ยนไป โดยการตรวจวัดลานสายตา (Visual field) ซึ่งเป็นการตรวจอย่างหนึ่งที่เป็นตัวบ่งบอกการดำเนินไปของโรคต้อหิน

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

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

การรักษาต้อหิน แบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ 1) การรักษาด้วยยา 2) การรักษาด้วยเลเซอร์



3) การรักษาด้วยการผ่าตัด (รจิต ตูจันดา, 2544; ศศิธร อินทยุง และคณะ, 2537; ยุพดี รัตตะรังสี, 2545) ในปัจจุบันการรักษาโรคต้อหินมีอยู่ 3 วิธี ได้แก่

3.1 การรักษาด้วยยา มีทั้งยาหยอด และยารับประทานการรักษาจะได้ผลดีถ้าผู้ป่วยใช้ยาได้สม่ำเสมอและครบถ้วนตามที่แพทย์สั่ง การรักษาด้วยยามีวัตถุประสงค์เพื่อ ลดการสร้างน้ำเอเควียส และเพื่อเพิ่มการไหลเวียนออกของน้ำเอเควียสทาง Trabecular meshwork ยาที่ใช้รักษาต้อหินมีอยู่ 6 จำพวก คือ

3.1.1 Miotics เป็นยาหดม่านตาที่นิยมใช้กันมาก ใช้รักษาได้ทั้งต้อหินมุมเปิด และมุมปิด ยาที่นิยมใช้กันมากได้แก่ Pilocarpine เนื่องจากราคาไม่แพง ลดความดันตาได้ผลดี มีกลไกการออกฤทธิ์ คือ ทำให้มีการหดตัวของกล้ามเนื้อซีเลียรี (Ciliary muscle) ส่งผลให้มีการเพิ่มการไหลเวียนออกของน้ำเอเควียส นอกจากนั้นฤทธิ์ของยายังทำให้รูม่านตาหด มีผลทำให้โคนม่านตาหลุดออกจากหน้า Trabecular meshwork ในกรณีที่เกิดต้อหินมุมปิด ยาตัวนี้ออกฤทธิ์ภายใน 2 ชั่วโมง และอยู่ได้นาน 8 ชั่วโมง ดังนั้นควรหยอดยาวันละ 4 ครั้ง อาการข้างเคียงที่พบคือ ยานี้ทำให้ม่านตาหด ผู้ป่วยจะมองเห็นลดลงในที่ที่มีแสงสว่างน้อย นอกจากนั้นทำให้มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ใช้นานๆ อาจทำให้เกิดจอประสาทตาหลุดและต้อกระจก

3.1.2 Beta – adrenergic inhibitors ยาในกลุ่มนี้นิยมใช้กันมาก เนื่องจากใช้ได้กับต้อหินทุกชนิด ได้แก่ Tomolol , Betaxolol, Levobunolol, Carteolol ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ลดการสร้างน้ำเอเควียส 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

3.1.3 Alpha adrenergic agonist ยาในกลุ่มนี้คือ Epinephrine ยานี้มีฤทธิ์เพิ่มการไหลเวียน และลดการสร้างน้ำเอเควียส แต่ยานี้มีฤทธิ์ข้างเคียงมาก ทำให้เกิดเยื่อตาอักเสบ มีอาการตาแดงได้บ่อย นอกจากนี้ยังทำให้วังนอนและอ่อนเพลียได้ จึงไม่เป็นที่นิยม ปัจจุบันมีการพัฒนายาในกลุ่มนี้ ให้มีฤทธิ์ข้างเคียงน้อยลง เช่น 0.2% Brimonidine หยอดตาวันละ 2 ครั้ง ห่างกัน 12 ชั่วโมง ยาออกฤทธิ์ภายใน 2 ชั่วโมง

3.1.4 Carbonic anhydrase inhibitor ฤทธิ์ของยาสามารถลดการสร้างน้ำเอเควียสได้ถึงร้อยละ 40 – 60 ยากลุ่มนี้มีหลายตัวที่นิยมใช้ ได้แก่ Acetazolamide (Diamox) หรือ Metazolamide (Neptazane) ขนาดที่ใช้ในผู้ใหญ่ 1 กรัมต่อวัน โดยแบ่งให้วันละ 2 – 4 ครั้ง ยาออกฤทธิ์ภายใน 2 ชั่วโมง และหมดฤทธิ์ภายใน 24 ชั่วโมง อาการข้างเคียงจะมีอาการชาตาม

ตัว เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อ่อนแรง ปัสสาวะบ่อย สารเกลือแร่เสียสมดุล นิ่วในไต ห้ามใช้ในคนที่แพ้ยาซัลฟา

3.1.5 Hyperosmotic agents ยาในกลุ่มนี้มักใช้ในระยะสั้น ๆ ในภาวะฉุกเฉิน เช่น ต้อหินมุมปิดเฉียบพลัน หรือต้อหินทุติยภูมิ ที่มีความดันลูกตาสสูงมาก ๆ และอันตรายต่อชีวิต ประสาทตา ไม่ค่อยใช้ในต้อหินมุมเปิด การออกฤทธิ์ของยาจะช่วยดึงน้ำออกจากตา ทำให้ความดันลูกตาลด ยาตัวนี้มี 2 ชนิด คือ ชนิดกิน ได้แก่ glycerol, isosorbide อีกชนิดหนึ่งให้ทางหลอดเลือด ได้แก่ mannitol และ urea อาการข้างเคียงที่พบบ่อย คือ คลื่นไส้ อาเจียน โดยเฉพาะเมื่อให้โดยการรับประทาน ส่วนชนิดที่ให้ทางหลอดเลือดดำอาจพบ ปัสสาวะบ่อย ปวดศีรษะ สับสนได้

3.1.6 Prostaglandin analogues ยานี้มีฤทธิ์เพิ่มการไหลเวียนของน้ำแอดดเควียส 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

3.2 การรักษาด้วยเลเซอร์ ซึ่งการรักษาด้วยแสงเลเซอร์ในผู้ป่วยต้อหินนั้นมีหลายวิธีด้วยกัน การจะเลือกใช้วิธีใดขึ้นกับชนิดของต้อหินนั้น ได้แก่

3.2.1 Laser iridotomy เป็นการผ่าตัดเพื่อให้น้ำเลี้ยงลูกตา ไหลผ่านจากช่องหลังม่านตามายังช่องหน้าม่านตา โดยใช้แสงเลเซอร์เจาะทะลุบริเวณ midperiphery ของม่านตาเพื่อป้องกัน papillary block

3.2.2 Argon laser trabeculoplasty เป็นการใช้เลเซอร์ในผู้ป่วยที่เป็นต้อหินมุมเปิด ซึ่งใช้รักษาแล้วยังควบคุมความดันตาไม่ได้ วิธีนี้ใช้แสงเลเซอร์ยิงไปที่ anterior surface ของ trabecular meshwork

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

3.2.4 Laser cyclophotocoagulation เป็นการใช้แสงเลเซอร์ไปทำลายเยื่อบุผิวของ ciliary เพื่อลดการสร้างน้ำเลี้ยงลูกตาในผู้ป่วยที่เป็นต้อหินชนิด neovascular glaucoma หรือต้อหินที่เกิดภายหลังการผ่าตัดตาต่อกระจก ทั้งชนิดใส่เลนส์เทียมหรือไม่ใส่เลนส์เทียม ซึ่ง

เรียกรวม ๆ ว่า refractory glaucoma รวมทั้งต้อหินระยะสุดท้าย ที่รักษาด้วยยา เลเซอร์ หรือการผ่าตัดแล้วไม่ได้ผล อาจจะต้องนำมารักษาด้วยการทำลายเยื่อหุ้มของ ciliary เรียกว่า cyclodestructive surgery ซึ่งมีอยู่ด้วยกันหลายวิธี ได้แก่ การจี้เลเซอร์ด้วยความเย็น จี้ด้วยความร้อน หรือใช้เครื่องอัลตราซาวนด์ ปัจจุบันนิยมใช้เลเซอร์กันมาก เนื่องจากภายหลังทำความดันตาลดลงได้ดี ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดและการอักเสบในลูกตาไม่มากนัก อีกทั้งมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการผ่าตัด

3.3 การรักษาด้วยการผ่าตัด ใช้ในกรณีที่รักษาด้วยการใช้ยา และ การใช้เลเซอร์ แล้ว ยังไม่สามารถควบคุมความดันตาให้เป็นปกติได้ วิธีการผ่าตัดเป็นการชะลอความเสื่อมของขั้วประสาทตา และคงสภาพลานสายตาที่เหลืออยู่ให้นานที่สุด วิธีการผ่าตัดประกอบด้วย

3.3.1 Trabeculectomy เนื่องจาก POAG เกิดจากทางระบายน้ำในตาเดิม (trabecular meshwork) เกิดความผิดปกติ ทำให้น้ำที่สร้าง ภายในตาไม่สามารถระบายออกได้ ตาจึงมีความดันตาสูงขึ้น การผ่าตัดวิธีนี้เป็นกรผ่าตัด เพื่อเปิดรูเล็กๆ ให้น้ำในตาระบาย ออกไปตามรูที่สร้างไว้ สู่บริเวณใต้เยื่อตา และดูดซึมออกไปตามเส้นเลือดที่เยื่อตา

3.3.2 Drainage implant เป็นวัสดุเล็กๆ มีส่วนของท่อที่จะวางในช่องหน้าลูกตา เพื่อระบายน้ำในตาออกไปสู่บริเวณใต้เยื่อตา เพื่อดูดซึมออกไปตามเส้นเลือดเยื่อตา

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

ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการที่แม่นยำในการกำหนดระดับความดันลูกตาเป้าหมาย ที่จะทำให้แพทย์มีความมั่นใจว่า ผู้ป่วยจะไม่มีการทำลายต่อเนื่องของขั้วประสาทตาเกิดขึ้นอีก นอกจากนี้ การกำหนดค่าความดันดังกล่าวยังไม่เพียงพอในผู้ป่วยที่มีปัจจัยที่ก่อให้เกิดการทำลาย ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับระดับความดันลูกตาอีกด้วย (pressure – independent factor) ดังนั้นแนวทางการรักษาโรคต้อหินในปัจจุบันที่นิยมทำกันอยู่ คือ เลือกรักษาที่สามารถลดความดันลูกตาลงมาได้อย่างมีประสิทธิภาพสม่ำเสมอ โดยให้มีความผันแปรในระดับความดันลูกตาแคบที่สุด

แล้วติดตามผู้ป่วยเพื่อทำการปรับเปลี่ยนการรักษาและ/หรือปรับเปลี่ยนระดับความดันโลหิตตามเป้าหมาย ทั้งนี้เพื่อถนอมรักษาระดับลานสายตา และการมองเห็นของผู้ป่วยไว้ให้มากที่สุด (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550)

ความผันแปรของระดับความดันโลหิต (Intraocular Pressure fluctuation) เป็นที่ทราบกันว่าระดับความดันโลหิตของเรา จะมีค่าสูงสุดในช่วงเช้านี้ ซึ่งไม่ใช่เวลาปกติที่แพทย์จะทำการตรวจวัดค่าดังกล่าวได้ ระดับความดันโลหิตมีการผันแปรในรอบวัน (circadian rhythm) เช่นเดียวกับค่าอื่น ๆ ทางร่างกาย และความแตกต่างระหว่างความดันโลหิตในช่วงระหว่างวัน จะกว้างมากยิ่งขึ้นในผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อหิน ในการศึกษาของ Asrani และคณะ (Asrani et al., 2000 อ้างใน ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550) ซึ่งให้เห็นถึงความสำคัญของความผันแปรของระดับความดันโลหิตในรอบวัน กับความเสี่ยงที่จะมีการดำเนินโรคเรื้อรังของผู้ป่วยโรคต้อหิน พบว่า ในผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีระดับความดันโลหิตปกติเมื่อตรวจในคลินิก การมีความผันแปรของค่าความดันโลหิตในรอบวันที่ยาว จะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ที่ทำให้โรคต้อหินมีการดำเนินโรคแย่ลง โดยไม่ขึ้นกับค่าความดันโลหิตที่วัดได้ในคลินิกว่าจะเป็นอย่างไร ดังนั้นการรักษาที่ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคต้อหิน นอกจากจะต้องควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีแล้ว ยังต้องสามารถลดความผันแปรของค่าระดับความดันโลหิตในรอบวันได้อย่างสม่ำเสมออีกด้วย ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องเข้ามามีบทบาทในเรื่องการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาหยอดตา / การรับประทานยา ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อจุดประสงค์ในการลดความดันโลหิต

แม้ว่าการรักษาต่าง ๆ จะสามารถควบคุมความดันภายในลูกตาให้อยู่ในระดับปลอดภัยได้ แต่ผู้สูงอายุโรคต้อหินจะต้องมีการมาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ปฏิบัติตามคำแนะนำแพทย์อย่างเคร่งครัด และมีการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมภาวะสุขภาพที่ดี มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อสามารถให้ควบคุมความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคต้อหินได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีในสภาวะโรคที่เป็นอยู่

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting behaviors)

พฤติกรรม ตามความหมายพจนานุกรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542)

ทเวดเดิล (Twaddle, 1981) ให้ความหมาย พฤติกรรมว่า เป็นปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต พฤติกรรมของคน หมายถึง ปฏิกริยาต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ ซึ่งแตกต่างกันไปตามสภาพสังคมวัฒนธรรมโดยได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลในครอบครัวในขณะนั้นและประสบการณ์ในอดีต

คำว่าพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

แฮริสและกลูเตน (Harris and Glulen, 1992 cited in Pender, 1987) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมสุขภาพว่าเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ เป็นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดำรงภาวะสุขภาพที่ดีและเป็นการแสดงถึงศักยภาพของมนุษย์ โดยแบ่ง พฤติกรรมสุขภาพเป็น 2 ประเภทคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรค

เมอร์เรย์ และเซนเนอร์ (Murray and Zentner, 1993) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า ประกอบไปด้วย กิจกรรมซึ่งช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้นและมีความผาสุก เกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคล ครอบครัว กลุ่มชน ชุมชน และสังคม

เพนเดอร์ (Pender, 1987: Pender, 1996: Pender et al., 2006) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำ โดยมีเป้าหมายสำคัญในการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี ยกระดับความผาสุกในชีวิตและการบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

สรุปพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติในการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันจะนำไปสู่ความผาสุกของชีวิต เกิดศักยภาพสูงสุดในตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อหิน หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติหรือลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุโรคต่อหิน ที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ เป็นพฤติกรรมหรือความรู้สึกที่แสดงออกถึงการดูแลสุขภาพเพื่อให้อาการของโรคทุเลาลงหรือชะลอความรุนแรงของโรคและสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นสุขซึ่งจะนำไปสู่ความผาสุก เกิดศักยภาพสูงสุดและบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพดีของตนเอง ครอบครัว กลุ่มชน ชุมชน และสังคม

เพนเดอร์ (Pender et al., 2006) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด มีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ หมายถึง การสนใจต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง มีความรับผิดชอบเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้น การแสวงหาข้อมูล

ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง เช่น การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นต้น

2. ด้านกิจกรรมทางกาย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวและใช้พลังงาน เช่น การออกกำลังกายเต็มรูปแบบ การออกกำลังกายระห่างทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกายในยามว่าง การทำงานบ้าน เป็นต้น

3. ด้านโภชนาการ หมายถึง การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ลักษณะนิสัยการรับประทานอาหาร การควบคุมภาวะโภชนาการให้อยู่ในระดับปกติ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เช่น รับประทานผักผลไม้ รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ เป็นต้น

4. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล หมายถึง การแสดงออกถึงความสามารถของบุคคลในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและช่วยให้ตนเองเกิดความภาคภูมิใจเห็นว่าตนเองนั้นมีคุณค่าเกิดความรู้สึกที่ดี ซึ่งจะช่วยลดความเครียดสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป

5. การเจริญทางจิตวิญญาณ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อแสดงถึงความตระหนักในการให้ความสำคัญของชีวิต เป็นการเรียนรู้ที่จะทำให้เกิดความหมายในชีวิต ความรัก ความหวัง การให้อภัย และการเตรียมตัวกับการเผชิญกับความตาย รวมถึงการยึดในหลักคำสอนของศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขในชีวิต ซึ่งเป็นความเกี่ยวเนื่องที่สำคัญของจิตวิญญาณและเกี่ยวข้องกับชีวิต

6. ด้านการจัดการกับความเครียด หมายถึง การกระทำเพื่อลดความตึงเครียด ก่อให้เกิดความผ่อนคลาย รวมทั้งการพักผ่อนให้เพียงพอ มีการแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม เช่น การหาเวลาพักผ่อน คลายเครียดในแต่ละวัน เป็นต้น

เพนเดอร์ (Pender, 1996; Pender et al., 2006) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้านคือ

1. ด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ในแต่ละบุคคลจะมีคุณลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการกระทำที่ตามมาภายหลัง ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต และปัจจัยส่วนบุคคล

#### 1.1. พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต พฤติกรรมที่เกิดขึ้นในอดีตมี

ผลทำนายนายการมีพฤติกรรมที่ดีคือ ความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนกันหรือพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกันในอดีตที่ผ่านมา พฤติกรรมในอดีตส่งผลกระทบต่อโดยตรงและโดยอ้อมที่นำไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลโดยตรงของพฤติกรรมในอดีตที่ผ่านมาต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันอาจเกิดจากการสร้างนิสัย ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยอัตโนมัติ โดย

ให้ความสนใจหรือใส่ใจในรายละเอียดเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย พฤติกรรมที่เกิดขึ้น แต่

ละครั้งจะเพิ่มพูนความหนักแน่นของลักษณะนิสัยขึ้น และจะยิ่งหนักมากยิ่งขึ้นด้วยการปฏิบัติ พฤติกรรมนั้นซ้ำๆ ส่วนผลโดยอ้อมของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านการรับรู้สมรรถนะในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรม

## 1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นตัวทำนายพฤติกรรม ประกอบด้วย

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ เช่น เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ภาวะเจริญพันธุ์ ภาวะหมดระดู ความสามารถในการออกกำลังกาย ความแข็งแรง ความกระฉับกระเฉง หรือความสมดุลของร่างกาย

1.2.2 ปัจจัยทางจิตวิทยาของบุคคล ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ

1.2.3 ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของบุคคล ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ เช่น เชื้อชาติ วัฒนธรรม การศึกษา สภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม

2. ด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมเป็นตัวแปรที่สำคัญในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ โดยได้รับการพิจารณาว่ามีความสำคัญในด้านการจูงใจ และเป็นแกนสำคัญสำหรับพยาบาลที่จะนำไปปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การวางแผนของบุคคลที่จะปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่จะได้รับ หรือจากผลของการกระทำที่อาจจะเกิดขึ้น ประโยชน์ที่เคยได้รับจากการปฏิบัติจะแสดงออกจากจิตใจ โดยคำนึงถึงผลทางบวกหรือการเสริมแรงของการปฏิบัติกิจกรรมนั้น

2.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมมีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือสิ่งที่คาดคะเนก็ได้ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับความไม่เป็นประโยชน์ อุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งขัดขวางไม่ให้คุณคนปฏิบัติกิจกรรม หรือจูงใจให้คนหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติกิจกรรม

2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการประเมินความสามารถของตนเองว่าสามารถกระทำสำเร็จในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังของผลที่จะเกิดขึ้นเป็นตัวตัดสินว่าผลอันใดที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้น เช่น เกิดประโยชน์หรือมีการสูญเสียเกิดขึ้น การรับรู้สมรรถนะเป็นแรงจูงใจที่สำคัญของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรม และส่งผลทางอ้อมผ่านการรับรู้ อุปสรรคของการกระทำและความมุ่งมั่นที่จะวางแผนการกระทำพฤติกรรม

2.4 ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม ความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นก่อนที่จะมี

กิจกรรม ระหว่างที่ปฏิบัติกิจกรรม และเกิดขึ้นภายหลังจากปฏิบัติกิจกรรมนั้นแล้ว เป็นพื้นฐานของ

การกระตุ้นพฤติกรรมของตนเอง การตอบสนองทางด้านอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้อาจเป็นในระดับน้อย ปานกลาง หรือรุนแรง ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เก็บไว้ในความทรงจำ และนำมาเป็นกระบวนการติดต่อการกระทำพฤติกรรมในเวลาต่อมา ผลของความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะมีอิทธิพลในการเลือกปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำอีก

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล เป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อหรือทัศนคติต่อผู้อื่น แหล่งข้อมูลเบื้องต้นของอิทธิพล ด้านสัมพันธภาพในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือ ครอบครัว (บิดา มารดา พี่น้อง สามีหรือภรรยา) กลุ่มเพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคล ประกอบด้วย บรรทัดฐานของสังคม การสนับสนุนทางสังคม และการเป็นแบบอย่าง มีผลโดยตรงต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ขณะเดียวกันก็มีผลทางอ้อม โดยเป็นแรงกดดันจากสังคม หรือแรงสนับสนุนจากสังคมต่อความมุ่งมั่นที่จะวางแผนกระทำพฤติกรรม

2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ การรับรู้และการเรียนรู้ของบุคคลจากสถานการณ์หรือบริบทใดๆ สามารถเอื้ออำนวยหรือขัดขวางการแสดงพฤติกรรมได้ อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม คุณลักษณะของความต้องการ และความเหมาะสมของสภาพแวดล้อมที่จะทำให้พฤติกรรมนั้นๆ เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อความมุ่งมั่นที่จะวางแผนกระทำพฤติกรรม

3. ด้านพฤติกรรมที่แสดงออก ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ เป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรม ความตั้งใจที่จะผลักดันให้บุคคลเข้าสู่อุปกรณ์ปฏิบัติพฤติกรรม และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม นอกจากจะมีความต้องการอื่นๆ เข้ามาแทรกทำให้บุคคลนั้นไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่ตั้งใจไว้ ประกอบด้วย

3.1 การมุ่งมั่นต่อแผนที่จะกระทำ เกิดจากกระบวนการทางความคิดของบุคคล ที่ต้องการดำเนินการทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งที่เฉพาะเจาะจงในเวลา สถานที่ และกับบุคคลที่เลือกสรร โดยไม่คำนึงถึงสิ่งใด และเป็นการระบุแนวทางการดำเนินการ และการสนับสนุนการกระทำพฤติกรรมของบุคคลด้วย

3.2 ความต้องการและความพอใจที่เกิดขึ้นในขณะนั้น เป็นพฤติกรรมทางเลือกอื่นที่จะกระทำตามความต้องการกับความพอใจที่เกิดขึ้นทันทีทันใด จากสภาพแวดล้อมที่บุคคลไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้าหรือสามารถควบคุมได้น้อย และการได้รับสิ่งที่ชอบหรือสิ่งที่พอใจ ที่คอยเสริมแรงความต้องการที่แทรกขึ้นมาทันทีทำให้การควบคุมสภาพแวดล้อมมิเป็นไปได้สูงเมื่อเลือกได้ว่ากระทำตามสิ่งใด จะส่งผลให้เกิดการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้าย หรือเป็นการ



กระทำที่เกิดขึ้นในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามควรระลึกไว้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะใช้เพื่อคงไว้ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจากสุขภาพในทางบวกของผู้รับบริการโดยตรงสามารถนำไปใช้ได้ในทุกแง่มุมของการดำเนินชีวิตโดยผสมผสานเข้าไปในวิถีการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นผลให้เกิดประสบการณ์ด้านสุขภาพในทางบวกไปตลอดช่วงชีวิต

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) เนื่องจากเป็นรูปแบบที่ได้รวบรวมเอาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้อย่างครอบคลุม และได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบและปรับปรุงรูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรหลายกลุ่ม ได้แก่ ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั้งที่อาศัยอยู่ในชุมชน ผู้ป่วยเรื้อรัง และวัยรุ่น ซึ่งแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคต่อหีนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องทั้ง 6 ด้าน ซึ่งจะช่วยชะลออาการและควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข

## 5. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหีน

โรคต่อหีนเป็นโรคที่ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมกับภาวะของโรค ควรมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นการชะลอและควบคุมโรคไม่ให้รุนแรงจนทำให้เกิดภาวะตาบอดได้ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข แนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหีนตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) ประกอบด้วย

5.1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ คือ การกระทำหรือการปฏิบัติของผู้สูงอายุโรคต่อหีนในการตระหนักสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง เนื่องจากผู้สูงอายุโรคต่อหีนจะต้องอยู่กับภาวะความดันภายในลูกตาคือมีโอกาสสูงได้เสมอ ถ้าไม่ได้มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ดังนั้นจึงควรศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ โรคที่เป็นอยู่ สังเกตการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกาย อาการผิดปกติของสายตา เช่น ตามัวลง ลานสายตาแคบลง อาการปวดตา การมองเห็นเป็นสีรุ้งรอบดวงไฟ หรืออาการแสดงอื่นๆ รวมด้วยเมื่อมีภาวะความดันภายในลูกตาส่ง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อมารับการตรวจรักษาอย่างทันท่วงที ไม่รักษาอาการผิดปกติอื่นๆ ด้วยตนเอง เช่น การซื้อยามาหยอดตาเอง มีการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรคต่อหีน การรักษาและการปฏิบัติตัวต่าง ๆ จากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ หรือจากสื่อต่าง ๆ หลีกเลียงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ส่งผลให้ความดันภายในลูกตาเพิ่มสูงขึ้น หลีกเลียงการใช้สายตามาก ๆ ควรมีการพักสายตา ควรอยู่ในที่มีแสงสว่างเพียงพอ หยอดตาและรับประทานยาตรงตามที่แพทย์สั่งทั้ง

ชนิด ขนาด เวลา การไปตรวจตามแพทย์นัด เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุโรคต้อหินจะต้องรับผิดชอบ เพื่อติดตามผลการรักษาที่ต่อเนื่องและตรวจหาอาการข้างเคียงอื่นๆ ประเมินความรุนแรงเพื่อพิจารณาให้การรักษาที่เหมาะสม (ยุพดี รัตตะรังสี, 2545; Grossman and Swartwout, 1999) ซึ่งหากมีอาการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับยาต้องรายงานแพทย์ ปฏิบัติการแพทย์ถึงวิธีการหยอดยาที่ถูกต้องและหากไม่ได้ใช้ยาหยอดตา หรือยารับประทานที่แพทย์จัดให้ต้องแจ้งแพทย์ทุกครั้ง เมื่อผู้ป่วยไปรับการตรวจจากแพทย์ในระบบอื่นๆ ผู้ป่วยควรแจ้งให้แพทย์ท่านอื่นทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคต้อหินและกำลังใช้ยาอยู่ (ศศิธร อินทยุง และคณะ, 2537)

5.2 กิจกรรมการออกกำลังกาย เป็นการกระทำหรือปฏิบัติของผู้สูงอายุโรคต้อหินเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย วิธีออกกำลังกาย เพื่อเป็นการเพิ่มความแข็งแรงให้กับร่างกายและเป็นประโยชน์กับสุขภาพ ผู้สูงอายุโรคต้อหินควรออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและทำอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20 นาทีหรือมากกว่า (Pender, 1996) การออกกำลังกายทำให้ระบบการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดดี ลดความดันโลหิตสูง ลดโคเรสเตอรอล เพิ่มประสิทธิภาพการไหลเวียนของโลหิตทั่วร่างกาย ซึ่งทำให้การไหลเวียนโลหิตรอบดวงตาดีขึ้นด้วย ซึ่งประโยชน์ของการออกกำลังกายล้วนเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคตา โดยการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคต้อหินนี้ควรทำอย่างสม่ำเสมอและไม่หักโหม และควรมีระยะเวลาผ่อนคลายเป็นปกติหลังออกกำลังกายทุกครั้ง การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ได้แก่ การเดิน การบริหารร่างกาย การรำมวยจีน (เปียถึ ณ นคร, 2548) ในส่วนของการบริหารดวงตา (Eye Exercises) นั้นพบว่าหากผู้สูงอายุมีการบริหารดวงตาสม่ำเสมอจะส่งผลให้มีสุขภาพตาที่ดี (Grossman and Swartwout, 1999) การออกกำลังกายของดวงตา เช่น การบริหารตา โดยการทำ Eye Comfort Exercises คือ การกะพริบตาบ่อยๆ เพื่อให้มีน้ำหล่อลื่นดวงตา และการมองแสงธรรมชาติจะช่วยให้ตาผ่อนคลายมากขึ้น (Grossman and Swartwout, 1999) Eye Movement คือ การเคลื่อนไหวของตา โดยการปิดตาและกลอกตาขึ้นลง และกลอกตาซ้าย ขวา อย่างช้าๆ การทำ Focus Change โดยการนำนิ้วห่างจากตา 2-3 นิ้ว และมองตรงปลายนิ้ว เคลื่อนนิ้วให้ห่างออกไป การบริหารตาเหล่านี้หากปฏิบัติก็จะทำให้มีสุขภาพตาดีได้ (วีระ อิงคภาสกร และคนอื่นๆ, 2545) โดยมีงานวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีการออกกำลังกายด้วยการเดิน 40 นาที ต่อครั้งใน 5 วันต่อสัปดาห์และทำต่อเนื่อง 3 เดือน จะสามารถช่วยลดความดันลูกตาได้ถึง 2.5 มิลลิเมตรปรอท (Martin, 1994) ซึ่งประโยชน์ของการออกกำลังกาย ล้วนเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคต้อหิน ควรมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เป็นส่งเสริมการออกกำลังกายไป

5.3 ภาวะโภชนาการ เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุโรคต่อหินเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัย และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ผู้สูงอายุโรคต่อหินไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหารเฉพาะโรค ถ้าไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย แต่ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ เพื่อเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรงและควรรับประทานอาหารเช้าเป็นประจำทุกวัน โดยเฉพาะ ผักและผลไม้ที่มีกากใยสูง ช่วยให้อาการโภชนาการและแร่ธาตุอยู่ในภาวะสมดุล ทำให้ระบบย่อย เผาะลาญอาหารและการขับถ่ายมีประสิทธิภาพดีได้ ควรรับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ ไขมัน อาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลให้น้อยลง เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูงและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีผลต่อเส้นเลือดบริเวณตา ในส่วนของวิตามินและเกลือแร่มีความสำคัญกับผู้สูงอายุ โดยวิตามินเอและแคโรทีนมีความสำคัญสำหรับดวงตา มีมากในปลาพืช ผักผลไม้ที่มีสีเหลืองและผักสีเขียว โดยการขาดวิตามินเอทำให้เยื่อตาแห้ง กระจกตาเสื่อม มีผลต่อจอประสาทตา การปรับตาในที่มืดช้า ลานสายตาคิดปกติ หลีกเลี้ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์ เกลือคาร์บอนเนตและคาเฟอีน หลีกเลี้ยงการสูบบุหรี่ (อารี สุจิตมนัสกุล, 2542; Grossman and Swartwout, 1999) โดยพบว่าผู้ป่วยโรคต่อหินมีความดันตาลดลงเมื่อมีการควบคุมในเรื่องอาหารและมีการส่งเสริมการรับประทานวิตามินและแร่ธาตุ (Grossman and Swartwout, 1999) ผู้สูงอายุโรคต่อหินมีแนวโน้มที่จะเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนหรือท้องเสีย หรือมีโอกาสเสียสมดุลของโปแตสเซียมได้ เนื่องจากผลข้างเคียงของยารับประทานเพื่อลดความดันภายในลูกตา และผลกระทบบของโรคที่เป็น การมองเห็นลดลง และปัญหาทางจิตสังคม ประกอบกับความสูงอายุทำให้การทำงานของระบบประสาทลดลงทำให้การรับรู้รสชาติ และกลิ่นอาหารลดลงไปด้วยการเบื่ออาหาร ปัญหาการทำงานของระบบทางเดินอาหารน้อยลง อาจมีอาการท้องอืด การย่อยและการดูดซึมสารอาหารเปลี่ยนแปลงไป ควรรับประทานอาหารช้า ๆ เคี้ยวให้ละเอียด รับประทานครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง ประมาณวันละ 4-6 มื้อ มีเวลาพักหลังรับประทานอาหารประมาณ 1/2 - 1 ชั่วโมงทุกมื้อ และป้องกันไม่ให้ท้องผูก โดยรับประทานอาหารที่มีกากหรือเส้นใย เช่น ผัก ผลไม้ เพราะการท้องผูกทำให้ต้องเบ่งมากอาจเป็นการเพิ่มแรงดันภายในลูกตาได้ (อารี สุจิตมนัสกุล, 2542) และการรับประทานผลไม้จะทำให้ได้รับโปแตสเซียมทดแทนที่เสียไป หลีกเลี้ยงอาหารที่มีรสจัด เพราะจะทำให้ต็มน้ำมากเกินไป ผู้สูงอายุโรคต่อหินควรต็มน้ำสะอาดให้เพียงพอับความต้องการของร่างกาย คือวันละ 1.5-2 ลิตร หรือ 6-8 แก้ว เพื่อให้ไตทำงานปกติ ป้องกันการตกตะกอนของยา และไม่ต็มน้ำหรือเครื่องดื่มครั้งละจำนวนมาก เพราะจะทำให้ความดันภายในลูกตาเพิ่มได้ เพื่อความปลอดภัยภายในเวลา 15 นาทีไม่ควรต็มน้ำเกิน 0.5 ลิตร (Glasspool, 1984) ในผู้สูงอายุโรคต่อหินควรได้รับพลังงานจากสารอาหารที่พอเพียง แต่อย่างไรก็

ตามพลังงานที่ผู้สูงอายุได้รับ ไม่ควรน้อยกว่า 1,200 แคลอรีใน 1 วัน และรับประทานอาหารที่จำเป็นครบทุกประเภทในแต่ละวัน

5.4 สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เป็นการกระทำหรือปฏิบัติที่แสดงออกถึงความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคต่อหินได้รับประโยชน์ในแง่การสนับสนุนต่าง ๆ เช่นช่วยลดความตึงเครียด อันเป็นประโยชน์ต่อการลดภาวะความดันภายในลูกตาที่สูง หรือการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น จะช่วยแก้ปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ การดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมย่อมต้องมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การมีสัมพันธภาพที่ดีนั้นจะทำให้ได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ซึ่งก็คือแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น คำแนะนำ คำปรึกษา คำตักเตือน กำลังใจ หรือด้านการเงิน ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ ช่วยให้เกิดความภาคภูมิใจเห็นว่าตนเองในตนเองว่ายังมีคุณค่า เกิดความรู้สึกที่ดี ช่วยลดความเครียด สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่ดี (Pender, 1996) สัมพันธภาพนั้นเริ่มต้นตั้งแต่ในระดับครอบครัว ถ้าสังคมในครอบครัวดี มีความอบอุ่น ช่วยเหลือดูแลและกันและกัน ก็จะเป็นการเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดีเพราะ ครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าเพื่อนหรือผู้ร่วมงาน (Pender, 1996) เนื่องจากใกล้ชิดและผูกพันกันมากที่สุด และจะเป็นการนำไปสู่การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ดังนั้นผู้สูงอายุโรคต่อหินควรมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว พุดคุยปรึกษาหารือกัน เป็นที่ปรึกษาที่ดี มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบครอบครัว ให้ช่วยเหลือเท่าที่สามารถทำได้ รวมทั้งไปมาหาสู่ หรือติดต่อพูดคุยกันทางโทรศัพท์ กับญาติ เพื่อผู้สูงอายุหรือบุคคลที่ป่วยเป็นโรคหรือมีอาการเดียวกัน เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน ซึ่งทำให้ได้รับประโยชน์ในการสนับสนุนเรื่องต่าง ๆ หรือได้รับการช่วยเหลือเมื่อจำเป็น

5.5 การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การพัฒนาทางจิตวิญญาณเป็นความสามารถในการพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตวิญญาณอย่างเต็มที่และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ซึ่งเรียนรู้ได้จากประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับความรัก ความสงบสุข และความพึงพอใจในชีวิต รวมถึงการช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้บรรลุจุดมุ่งหมายในชีวิตการพัฒนาจิตวิญญาณมีความสำคัญในการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม เพราะความเชื่อเกี่ยวกับจิตวิญญาณ จะมีอิทธิพลต่อการให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ประเมินจาก ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา ในผู้สูงอายุโรคต่อหิน มักรู้สึกท้องแท้สิ้นหวัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความกลัว ไม่มั่นใจในตนเอง เนื่องจากการมองเห็นลดลง นำความทุกข์มาสู่ผู้สูงอายุ ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุโรคต่อหินสามารถควบคุมอาการของโรคได้ ไม่ทำให้การมองเห็นเลวลงกว่าเดิม มีสุขภาพจิตที่ดี ยอมรับการ

เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีความยืดหยุ่นในสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสมมีปฏิริยาตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมในทางที่ดี มองสภาวะทุกอย่างด้วยความเป็นจริงตามธรรมชาติ โดยมีหลักกรรมทางศาสนาเข้าช่วย ไม่คิดว่าตนเองไร้ประโยชน์ ใช้ศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มที่ที่จะก่อให้เกิดความหวังว่าจะมีชีวิตยืนยาวต่อไปอย่างมีความสุข

5.6 การขจัดความเครียด เป็นการกระทำหรือปฏิบัติการที่ช่วยให้เกิดการผ่อนคลายลดความตึงเครียด การพักผ่อนที่เพียงพอ มีการใช้เวลาว่างที่เกิดประโยชน์ และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ซึ่งผู้สูงอายุที่มักมีอาการอ่อนไหว วิตกกังวลได้ง่าย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นอันส่งผลต่อการดำเนินชีวิตจะมีความเครียดความวิตกกังวลสูง โดยในบางรายมีความโกรธและฉุนเฉียวเมื่อไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ดังเดิมซึ่งอารมณ์ที่กล่าวข้างต้นเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อระดับความดันตาทำให้ความดันตาส่งขึ้นดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยง (อารี สุจิมนัสกุล, 2542; Grossman and Swartwout, 1999) ดังนั้นการขจัดความเครียดที่เหมาะสม จึงเป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุโรคต้อหินโดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดโปรแกรมส่งเสริมเพื่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินในทั้ง 6 ด้านของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม และครอบคลุม

#### **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ**

นอกจากจะมีปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมแล้วยังมีปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วยที่อาจจะมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่

1. เพศ เนื่องจากเพศที่แตกต่างกันจะมีการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมหรือการกระทำกิจกรรมทางด้านสุขภาพต่างกัน (Sidney and Shephard, 1976 cited in Pender, 1987)
2. อายุ การมีอายุมากขึ้นความเสื่อมถอยของร่างกายก็ย่อมเพิ่มขึ้น ความแข็งแรงของร่างกายถดถอยลง การช่วยเหลือตนเองหรือการทํากิจกรรมทางสังคมลดลง และเมื่อเจ็บป่วยก็ยิ่งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ดังนั้นอายุที่แตกต่างกันย่อมส่งผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมหรือการกระทำกิจกรรมทางด้านสุขภาพต่างกัน
3. ระดับการศึกษา การศึกษาน้อยทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้และการเรียนรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1987)
4. รายได้ เป็นตัวบ่งชี้สถานะทางเศรษฐกิจ ผู้ที่มีฐานะดีจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วยเช่นกัน (Pender, 1996)
5. การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
6. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ โดยธรรมชาติ

มนุษย์จะต้องอาศัยเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

7. การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นสิ่งเร้าตรงที่มีผลกระทบกับบุคคลมากที่สุด การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ผิดปกติหรือเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริง จะมีผลทำให้บุคคลไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีพหุใจในแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป และไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในที่สุด การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นต้องอาศัยการรับรู้ โดยเฉพาะการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจที่สำคัญในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบ เอาใจใส่ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1987)

### การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลที่กระทำอย่างต่อเนื่องและผสมผสานกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต โดยมุ่งไปสู่การยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น ในปี ค.ศ.1996 เพนเดอร์ได้ปรับปรุงแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใหม่เพื่อให้ความเหมาะสมมากขึ้น โดยการเปลี่ยนแปลงข้อคำถามให้มีความถูกต้องมากขึ้น และเปลี่ยนกิจกรรมทางด้านความสำเร็จในชีวิตของตนเองเป็นการเจริญทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนระหว่างบุคคลเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และกิจกรรมการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมทางด้านร่างกาย มีชื่อเรียกแบบประเมินว่า แบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (The Health Promotion Lifestyle Profile II) หรือ HPLP II ซึ่งวอล์คเกอร์ (S.N.Walker, Personal communication, 1999 อ้างในศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) ได้พัฒนาแบบประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 52 ข้อ แต่มีกิจกรรมทั้ง 6 ด้านเหมือนของเดิม โดยผ่านการตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ จากการหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าโดยรวมเท่ากับ .92 และเป็นรายด้านอยู่ในช่วง .70 ถึง .94 (น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543) สำหรับประเทศไทยได้มีผู้นำแบบประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 (HPLP II) ของวอล์คเกอร์ และคณะ มาดัดแปลงใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) โดยนำแบบวัดวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 มาแปล ตรวจสอบการแปลและหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีวัดซ้ำ ในระยะห่างกัน 1 สัปดาห์ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 และนำไปประเมินกลุ่มผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 200 ราย มีข้อคำถาม 51 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อหิน ดังนั้นจึงเลือกดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินเรื้อรัง ของสุชาติ ภัทรมงคลฤทธิ์ (2542) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) สามารถประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน และมีการนำ

เครื่องมือไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา คำตอบเป็น  
 มาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ ทดสอบความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.89

## 6. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้ความสามารถแห่งตน (Perceived self-efficacy) เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจาก  
 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ของ Albert Bandura (1997) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่  
 เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม  
 ภายใน โดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก แต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ ๆ ก็ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้น  
 แล้ว และการแสดงออกของพฤติกรรมจะสะท้อนให้เห็นการเรียนรู้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550)

แนวคิดพื้นฐานของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) เป็นแนวคิดที่  
 พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Albert Bandura (1997) มีความเชื่อว่าพฤติกรรม  
 ของคนเรานั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (Environment  
 factor) เพียงอย่างเดียว แต่จะต้องมีปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor) ร่วมด้วย และจะต้อง  
 ร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) ตามหลักความเป็นเหตุผล  
 กับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม จากปัจจัยทั้ง 3 ประการ ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกัน  
 และกัน ไม่ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยนั้นมีอิทธิพลกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกัน บาง  
 ปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกบางปัจจัยและอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้น ไม่ได้เกิดพร้อม ๆ กัน  
 หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่นๆ (Bandura,  
 1997) กล่าวคือพฤติกรรมของบุคคลอาจเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมและปัจจัยภายในตัว  
 บุคคล เช่น การรับรู้ความเชื่อ ในขณะที่เดียวกันปัจจัยภายในตัวบุคคลก็ได้รับอิทธิพลจากพฤติกรรม  
 ที่บุคคลแสดงออกและปัจจัยสภาพแวดล้อมในทางกลับกันสภาพแวดล้อมก็เปลี่ยนไปตาม  
 พฤติกรรมของบุคคลและความเชื่อต่าง ๆ ที่กำหนด พฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นปัจจัยทั้ง 3  
 ประการจึงเป็นระบบเกี่ยวกัน มีลักษณะเป็นเหตุเป็นปัจจัยซึ่งกันและกัน มีผลต่อการกระทำและ  
 การเรียนรู้ของบุคคล โดยอาศัยหลักดังกล่าว จึงอาจสรุปได้ว่า เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมใด  
 พฤติกรรมหนึ่งออกมา บุคคลจะรับรู้ในความสามารถของตนและเรียนรู้ถึงผลลัพธ์ของการแสดง  
 พฤติกรรมนั้น ๆ การตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมใด ๆ ของบุคคล เกิดจากการรับรู้ความสามารถ  
 ของตนเอง (Bandura, 1997)

Bandura (1997) อธิบายว่า การที่มนุษย์จะรับเอาพฤติกรรมใดไว้ขึ้นอยู่กับปัจจัยสอง  
 ประการคือ การรับรู้ความสามารถของตน (Efficacy expectations) หมายถึง ความมั่นใจของ  
 บุคคลว่าจะสามารถแสดงพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อน

กระทำพฤติกรรม และความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectations) หมายถึง การคาดคะเนของบุคคลว่า ถ้าทำพฤติกรรมนั้นแล้ว จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนคาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของ

ดังนั้นสรุปได้ว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับว่าตนเองรับรู้ว่ามี ความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้ผล ตามที่ตนเองต้องการหรือไม่ และคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรม นั้นหรือไม่ ถ้าบุคคลเรียนรู้ว่าการกระทำนั้นทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง แต่คาดหวัง ว่าตนเองมีความสามารถไม่เพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ก็จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้น เพื่อ หลีกเลี่ยงความผิดหวังหรือความล้มเหลว

**วิธีการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน** แหล่งข้อมูลในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะ แห่งตน โดยการที่คนเราจะสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้น เกิดจาก การเรียนรู้ข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่าง ๆ (Bandura, 1997) 4 แหล่งดังนี้

1. ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Enactive mastery experience) การกระทำ กิจกรรมจนเกิดความสำเร็จ จะช่วยส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง โดยเชื่อว่าถ้าหากให้กระทำกิจกรรมนั้นอีกหรือกระทำกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ตนจะสามารถ กระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จเช่นเคย ความสำเร็จหลาย ๆ ครั้งที่ได้รับจะช่วยสร้างความเชื่อที่แรงกล้าในความสามารถของตนเอง แต่ความล้มเหลวซ้ำแล้วซ้ำเล่าจะบั่นทอนความเชื่อใน ความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าความล้มเหลวนั้นเกิดขึ้นก่อนที่ความเชื่อมั่นใน ความสามารถของตนเองจะถูกสร้างขึ้น ถ้าหากบุคคลใดได้สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของ ตนเองขึ้นมาแล้ว ก็มักจะมี ความพยายามในการทำกิจกรรมที่กำหนด และถึงแม้จะต้องเผชิญกับ อุปสรรคต่าง ๆ ก็ไม่ย่อท้อง่าย ประสบการณ์ของการได้รับความสำเร็จมาก่อนเป็นแหล่งที่มาที่ สำคัญและมีอิทธิพลมากที่สุดในการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2. การสังเกต “ตัวแบบ” (Model) หรือการสังเกตประสบการณ์ (Vicarious experience) ที่ ประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวจากการกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ย่อมมีผลต่อการรับรู้ ความสามารถของผู้สังเกตในเรื่องนั้น ๆ ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าตัวแบบนั้นมีลักษณะหรืออยู่ใน สถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตมากเท่าไร ยิ่งมีอิทธิพลมากขึ้น การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดง พฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลลัพธ์ที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ ผู้สังเกตรู้สึกว่าเขาก็สามารถที่ จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ การใช้ตัวแบบประกอบด้วย 4 กระบวนการดังนี้



2.1 กระบวนการที่ 1 กระบวนการตั้งใจ (attentional processes) บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้จากการสังเกต ถ้าเขาไม่มีความตั้งใจและรับรู้อย่างแม่นยำถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออก กระบวนการตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ แบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบได้แก่ องค์ประกอบของตัวแบบเอง ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะสังเกต ต้องเป็นตัวแบบที่มีลักษณะเด่นชัด เป็นตัวแบบที่ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อนมาก เข้าใจง่าย และพฤติกรรมของตัวแบบที่แสดงออกควรมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์ นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบของผู้สังเกต ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ของผู้สังเกต ซึ่งรวมถึงการเห็น การได้ยิน การรับรู้รส กลิ่นและสัมผัส ระดับของการรับรู้ความสามารถทางปัญญา ระดับของการตื่นตัว และความชอบที่เคยเรียนรู้มาก่อนแล้ว

2.2 กระบวนการที่ 2 กระบวนการเก็บจำ (Retention processes) บุคคลต้องจดจำลักษณะของตัวแบบ แล้วแปลงข้อมูลจากตัวแบบเป็นรูปสัญลักษณ์และจัดโครงสร้างเพื่อให้จดจำง่าย การที่บุคคลมีการเก็บจำ จึงสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบทันทีหรือแสดงพฤติกรรมเลียนแบบภายหลังการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบผ่านไประยะเวลาหนึ่ง

2.3 กระบวนการที่ 3 กระบวนการกระทำ (Production processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้ขึ้นมาเป็นการกระทำ การได้ข้อมูลย้อนกลับ จากการกระทำของตนเอง และเทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำได้ จะช่วยให้ผู้สังเกตสามารถปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมการเลียนแบบของตนจนเป็นที่พอใจ

2.4 กระบวนการที่ 4 กระบวนการจูงใจ (Motivational processes) พฤติกรรมที่ผู้สังเกตเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ โดยการแสดงออกพฤติกรรมย่อมขึ้นกับสิ่งล่อใจภายนอก ถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจหรือสามารถหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงพอใจ จะมีแนวโน้มเลียนแบบสูงเพราะบุคคลเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบหรือเกิดความรู้สึกว่าเป็นผู้ได้รับผลลัพธ์ที่น่าพอใจประเภทของตัวแบบเสนอได้เป็น 2 ประเภทดังนี้ คือ ประเภทที่ 1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (live modeling) คือ ตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง และประเภทที่ 2 ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic modeling) คือ ตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่าง ๆ เช่นวิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน หนังสือ ภาพพลิก (สมโภชน์ เขียมสุภาษิต, 2550) ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีการสังเกตนั้นจะต้องมีลักษณะเด่นชัด ทำให้เกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อน มีความเป็นไปได้ให้ปฏิบัติตามและมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์ (Bandura, 1997)

3. การพูดชักจูง (Verbal persuasion) ในที่นี้หมายถึง การที่ผู้อื่นซึ่งมีความสำคัญหรือเป็นที่เคารพนับถือของบุคคลนั้น ได้แสดงออกโดยคำพูดว่าเขามีความเชื่อในความสามารถของบุคคลนั้นว่าจะสามารถกระทำกิจกรรมที่กำหนดได้ การพูดชักจูงให้เชื่อในความสามารถของตนเองนี้ ย่อมทำให้บุคคลเลิกสงสัยในตัวเอง แต่เกิดกำลังใจและมีความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำให้สำเร็จ

4. การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ (Emotional arousal) ในการตัดสินความสามารถของตนเองของบุคคล ส่วนหนึ่งอาศัยอาการแสดงทางกายและสภาพอารมณ์ที่ถูกกระตุ้น เมื่อเผชิญกับภาวะตึงเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคามจะมีผลต่อความรู้สึกในทางลบ เช่นเกิดความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ซึ่งโดยทั่วไปคนเรามักจะท้อถอยและคิดถึง ความล้มเหลวมากกว่าจะคาดหวังถึงความสำเร็จ เมื่ออยู่ในภาวะเหนื่อยล้าเพราะคนเรามักจะตีความหมายของปฏิกิริยาความเครียดว่าเป็นผลมาจากการไม่มีความสามารถดีพอ

#### การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อในความสามารถของบุคคลที่จะจัดการ และปฏิบัติ พฤติกรรมที่ต้องการให้สำเร็จ ดังนั้นในการประเมินจึงเป็นการประเมินถึงความสามารถที่จะปฏิบัติ (can do) มากกว่าการประเมินว่าจะปฏิบัติ (will do) พฤติกรรมนั้นๆ โดยมีองค์ประกอบของการประเมินเกี่ยวกับความเชื่อในความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ความเชื่อในความสามารถที่จะปฏิบัติภายใต้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งความเชื่อในความสามารถที่จะปฏิบัติตาม องค์ความรู้ของการปฏิบัติพฤติกรรม การประเมินสมรรถนะแห่งตนเป็นการประเมินทางอ้อม โดยใช้แบบวัดที่เป็นแบบสอบถาม อาจเนื่องจากการประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งเป็นการยากที่จะประเมินได้โดยตรงจากการสังเกต (Bandura, 1997) ซึ่งการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคต่อหีนสำหรับ ผู้สูงอายุโรคต่อหีนโดยเฉพาะ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสร้างแบบสัมภาษณ์การรับรู้ สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคต่อหีนสำหรับผู้สูงอายุโรคต่อหีนขึ้นโดยสร้างขึ้นตาม กรอบแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง (Bandura, 1997) เพื่อประเมินความเชื่อมั่นใน ความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาแนวคิดสมรรถนะแห่งตนของแบนดูราทำให้ทราบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลอย่างยิ่ง การมีความรู้ความสามารถอาจจะไม่สามารถช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จได้ ถ้าหากบุคคลนั้นขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะใช้ ความรู้ ความสามารถนั้น อาจส่งผลให้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่ด้อยลงไป ในทางตรงกันข้ามถ้า หากบุคคลนั้นมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นนำความรู้

ความสามารถที่เขามีอยู่ออกมาใช้ได้มากยิ่งขึ้นและจะส่งผลให้ประสบความสำเร็จที่สุด (Bandura, 1997)

## 7. การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

การสนับสนุนทางสังคมมีประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งประโยชน์ทางตรงส่งผลต่อด้านสรีรวิทยา โดยเพิ่มการหลั่งฮอร์โมนอะดรีนาลิน ที่มีผลต่ออารมณ์ทางบวก ด้านจิตใจช่วยส่งเสริมอารมณ์ทางบวก อีกทั้งทำให้มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง ด้านพฤติกรรมช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยทำหน้าที่กระตุ้นพฤติกรรมทางบวก หรือลดพฤติกรรมทางลบ ส่วนประโยชน์ทางอ้อม พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นกันชนรองรับความเครียด ส่งผลต่อด้านจิตใจทำให้บุคคลมีความมั่นใจในการปฏิบัติเพิ่มขึ้น ได้รับข้อมูลการประเมินที่ตรงตามจริง สามารถนำไปแก้ไขปัญหาทางด้านพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งผลจากด้านจิตใจส่งผลต่อด้านสรีรวิทยาโดยส่งเสริมให้เกิดสุขภาพกายดี (Keeling et al., 1996) การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรด้านจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของมนุษย์และมีความเกี่ยวพันกันที่เป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมเพื่อแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน ทำให้ได้รับความช่วยเหลือ ในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ช่วยบรรเทาผลกระทบจากความเครียด (Jonhson, 1998)

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีเครือข่ายทางสังคมลดลง จากการหมดหน้าที่ในการทำงาน รายได้ที่ลดลง การเสียชีวิตของเพื่อน ญาติพี่น้อง รวมทั้งข้อจำกัดทางภาวะสุขภาพที่เสื่อมตามธรรมชาติ หรือโรคประจำตัวบางอย่าง ทำให้ผู้สูงอายุมีการติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคมลดลง และจากการที่ผู้สูงอายุมีบทบาททางสังคมลดน้อยลงนี้ ครอบครัวจะกลายเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีบทบาทที่สูงสุดในวัยสูงอายุและมีความสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม

ครอบครัวเป็นระบบสังคมย่อยที่มีศักยภาพสูงในการดูแลตนเองของสมาชิกในครอบครัว โดยนิตินัยและพฤตินัยแล้วครอบครัวย่อมต้องรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพอนามัย และมีส่วนในการจัดการปัญหาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว (มัลลิกา มัติโก, 2530) โดยหน้าที่หลักของครอบครัว ประกอบด้วยหน้าที่ด้านความรักความเอาใจใส่ เป็นการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ หน้าที่การเผชิญปัญหาของครอบครัว หน้าที่ในการจัดหาสิ่งจำเป็นพื้นฐานทางกายได้แก่ปัจจัยสี่ หน้าที่ในการดูแลสุขภาพของบุคคลในครอบครัว (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวที่มีความห่วงใยเอื้ออาทรต่อกัน ย่อมมีผลต่อการบรรเทาความเจ็บป่วยให้ทุเลาลง (ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็น

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่มีการช่วยเหลือกันด้านต่างๆ ทำให้เกิดความรัก ความผูกพัน ความเอาใจใส่ ซึ่งทำให้เกิดการไว้วางใจ

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า ช่วยให้เกิดเชื่อกับโรคและควบคุมโรคได้ (Pender et al., 2006; Kanbara et al., 2008) เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายความหมาย เช่น

เชฟเฟอร์ คอยน์ และ ลาซารัส (Schaefer, Coyne and Lazarus, 1981 อ้างใน พิมพ์กา ปัญญาใหญ่, 2550) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับประโยชน์จากการมีปฏิสัมพันธ์กันหรือจากความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ การได้รับข้อมูลข่าวสารและด้านวัตถุประสงค์ของหรือบริการ

เฮาส์ (House, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กันก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการให้ความรัก ความผูกพัน ห่วงใย เห็นอกเห็นใจ ความไว้วางใจ การรักฟัง การดูแลเอาใจใส่
2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยให้การยอมรับ ยกย่อง ชมเชย เพื่อนำไปประเมินตนเองโดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนกับผู้อื่นในสังคม
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) เป็นการให้ข้อมูลความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การชี้แนะแนวทางเพื่อนำไปแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้
4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงในความจำเป็นทางการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การปรับสภาพแวดล้อม

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) เป็นแนวคิดที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ รวมทั้งทำให้ผู้รับสามารถประเมินตนเอง ทำให้ภูมิใจในความสามารถ เห็นคุณค่าในตนเอง เป็นที่ยอมรับของสังคม ส่งผลให้มั่นใจในการปฏิบัติตนและในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการสนับสนุนที่สำคัญที่สุด เป็นการแสดงออกถึงความเชื่อและความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรัก ความผูกพัน ห่วงใย เห็นอกเห็นใจ รู้สึกไว้วางใจ ตลอดจนการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากเครือข่ายทางสังคมทั้งกลุ่มปฐมภูมิหรือกลุ่มทุติยภูมิ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับ

การดูแลรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง ไร้ค่า รวมทั้งขาดความมั่นคงทางจิตที่อาจส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น การสนับสนุนด้านอารมณ์มีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยได้มากกว่าการสนับสนุนด้านอื่นๆ (Wortman & Conway, 1985) โดยช่วยบรรเทาและให้สามารถปรับตัวได้ในสถานการณ์ความเครียดนั้น (Callaghan and Morrissey, 1993)

2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) เป็นการข้อมูลย้อนกลับ โดยการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการยอมรับ ยกย่อง ชมเชยจากเครือข่ายทางสังคม เพื่อนำไปประเมินตนเอง โดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนกับผู้อื่น ทำให้บุคคลมั่นใจในการเปรียบเทียบ ภูมิใจในความสามารถเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นที่ยอมรับของสังคม ส่งผลให้มั่นใจในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น (Fleury, 1993)

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) เป็นการให้ข้อมูลความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การชี้แนวทางที่เป็นข้อเท็จจริง จากเครือข่ายทางสังคม จะทำให้บุคคลสามารถนำไปแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยทางกาย และต้องจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจึงต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ถูกต้องตามแผนการรักษา (Wortman and Conway, 1985) ซึ่งในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสมองตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้หลงลืม ความสามารถในการจำลดลงทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นต่อห็นเจอปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตน ถ้าได้รับข้อมูล คำแนะนำ ที่ถูกต้องจากสมาชิกในครอบครัวจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถแก้ไขปัญหาลดลงได้

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงในความจำเป็นทางการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การปรับสภาพแวดล้อม หรือการบริการต่าง ๆ ในเวลาที่เจ็บป่วยจะช่วยบรรเทาความเครียด ทำให้บุคคลรู้สึกพึงพอใจ มีความผาสุกในชีวิต ซึ่งในผู้สูงอายุที่เป็นต่อห็นที่ต้องเผชิญกับปัญหาทางกายจากการเปลี่ยนแปลงตามอายุ และภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีผลต่อการมองเห็น ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ในด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การปรับสภาพแวดล้อม หรือการบริการต่าง ๆ

**แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม** การสนับสนุนทางสังคมได้มาจากบุคคลหรือกลุ่มคนที่ให้การสนับสนุน 2 กลุ่ม (House, 1981) คือ 1) กลุ่มที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน ซึ่งจรรยาวัตร คมพยัคฆ์ (2531) เรียกกลุ่มนี้ว่ากลุ่มสังคมปฐมภูมิ 2) กลุ่มที่เป็นทางการ หรือกลุ่มที่

มีลักษณะการช่วยเหลือเฉพาะเจาะจงเรื่องใดเรื่องหนึ่งเช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ช่วยทำงานบ้าน หรือกลุ่มที่ให้บริการด้านสวัสดิการ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ซึ่ง จริยาวัตร คม พยัคฆ์ (2531) เรียกกลุ่มนี้ว่า กลุ่มสังคมทุดิยภูมิ

ผู้สูงอายุจะมีบทบาททางสังคมลดลงในสังคมเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้เครือข่ายในสังคมลดลง ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญที่สุด เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้ให้การดูแลด้านสุขภาพ และช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ ให้ความรัก เอาใจใส่ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าและเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพให้มีความถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมกลุ่มที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ ครอบครัว เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้ให้การดูแลและด้านสุขภาพ และช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ โดยเน้นให้ครอบครัวเห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

### การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างที่มีความซับซ้อนหลายมิติ และมีการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่มีความหลากหลายตามแนวคิดที่แตกต่างกัน ดังนี้

1. Personal Resource Questionair : PRQ สร้างโดย แบรินด์ และ ไวน์เบิร์ก (Brandt and Weinert, 1981 อ้างใน พิมพกา ปัญญาใหญ่, 2550) ใช้ประเมินลักษณะของการสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการประเมินแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมในสถานการณ์ต่างๆ ที่พบในชีวิตประจำวันจำนวน 8 สถานการณ์ ส่วนที่ 2 เป็นการประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ ความใกล้ชิด การมีส่วนร่วมรับรู้ในสังคม การอุปถัมภ์ การเห็นคุณค่า การช่วยเหลือจำนวน 25 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างมากจนถึงระดับ 7 เห็นด้วยอย่างมาก ทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89

2. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมสร้างโดย House (1981) ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อแบ่งเป็น 4 ด้านประกอบไปด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร และการสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ ด้านละ 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมที่สูงหมายถึง การได้รับสนับสนุนทางสังคมมาก

การสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด อาจเป็นสิ่งของ แรงงาน การแนะนำและให้ข้อมูลข่าวสารและการมีส่วนร่วมทางสังคม ผู้สูงอายุโรคต่อหินที่ต้องเผชิญกับภาวะการมองเห็นที่ลดลง การดำเนินชีวิตมีความยากลำบากมากขึ้น ต้องได้รับการหยอ ดตา

รับประทานยา และตรวจตามนัดสม่ำเสมอต่อเนื่อง การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิด จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของวาสนา พึ่งฟู (2548) ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือเท่ากับ 0.863 เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินกลุ่มผู้สูงอายุโรคต่อหินโดยเฉพาะ ซึ่งได้พัฒนามาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ มธุรส จันทรแสงสี (2540) ที่ใช้แนวความคิดของ House (1981) ในการสร้างเครื่องมือและใช้ประเมินสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.85

## 8. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน

โรคต่อหิน เป็นโรคที่ต้องการการดูแลรักษา และมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้จักดูแลตนเอง เพื่อควบคุมไม่ให้อาการของโรคต่อหินเลวลงจนถึงขั้นตาบอด และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งพยาบาลจะทำหน้าที่ทั้งผู้ให้คำแนะนำ ผู้สอน เป็นที่ปรึกษา ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ และเข้าใจถึงคุณค่าของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคต่อหิน ประกอบด้วยบทบาทในการส่งเสริม บทบาทในการป้องกัน บทบาทในการดูแล และบทบาทในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคต่อหิน โดยควรเน้นถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคต่อหินมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยโรคต่อหินสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับภาวะของโรคได้อย่างมีความสุข โดยบทบาทของพยาบาลมีดังนี้

**8.1 บทบาทในการส่งเสริม** บทบาทการให้ความรู้ การให้ความรู้ทั้งในเรื่องโรคและการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงโรคต่อหินซึ่งอาจทำให้ตาบอด บทบาทการให้การสนับสนุน โดยการกระตุ้นส่งเสริม สนับสนุน ให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ มีกำลังใจ และคงความพยายามในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีได้นั้น อาจเป็นคำพูด หรือกิริยาท่าทางของพยาบาล หรือการช่วยเหลือทางด้านร่างกาย สำหรับผู้ป่วยสูงอายุซึ่งมักพบว่ามีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง หรือจากการที่มีโรคอื่นร่วมด้วย ทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ต้องปฏิบัติมีมากขึ้น และอาจสลับซับซ้อนมากขึ้น ดังนั้นควรสนับสนุนให้ครอบครัว มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ติดต่อกับบุคคลอื่น ยังสามารถลดอาการของโรคต่อหินได้ เพราะได้มีการศึกษาพบว่า การแยกตัว ความซึมเศร้า กังวล อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

**8.2 บทบาทในการป้องกัน** การส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคต่อหิน ยังเป็นบทบาทที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่งของพยาบาลที่ควรตระหนักถึง ดังนี้ คือ แนะนำให้ผู้ใช้บริการ ควรรับการตรวจร่างกายประจำปี และรับการตรวจวัดความดันตา โดยจักษุแพทย์อย่างน้อยปีละครั้ง โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติต่อหินในครอบครัว ผู้ที่มีสายตาสั้นมาก ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคต่อมธัยรอยด์ (สกาวัตน์ คุณาวิศรุต, 2542) แนะนำให้ผู้ใช้บริการไม่ควรซื้อยาหยอดตาใช้เอง เพราะหากใช้ยาที่ผสมสเตียรอยด์เป็นเวลานานอาจทำให้ความดันตาสูงขึ้น แนะนำให้ผู้ใช้บริการหลีกเลี่ยงอุบัติเหตุบริเวณดวงตา เพราะอาจทำให้เกิดเลือดในช่องหน้าลูกตา แนะนำให้ผู้ใช้บริการที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ควรได้รับการตรวจรักษาจากจักษุแพทย์และมีการควบคุมโรคที่ดี และเมื่อมีอาการปวดตาสายตามัวลงเร็ว ควรรีบไปพบจักษุแพทย์

**8.3 บทบาทในการดูแล** โรคต่อหินเป็นโรคที่ต้องการการดูแลรักษา และการติดตามผลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ทั้งเป็นผู้ที่ให้คำแนะนำ ผู้ให้ความรู้ เป็นที่ปรึกษา ให้การสนับสนุน ให้การดูแลให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ และเข้าใจถึงคุณค่าของการดูแลตนเอง และช่วยกระตุ้นผู้ป่วยและครอบครัวให้คงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคต่อหินได้อย่างถูกต้อง ให้สามารถควบคุมอาการของโรคไม่ให้เลวลงจนถึงขั้นตาบอด และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

**8.4 บทบาทในการฟื้นฟูสมรรถภาพ** เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคต่อหิน ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความพิการทางการมองเห็น ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นวิธีการที่กำหนดขึ้นเพื่อให้คนพิการทางตาได้รับการรักษาโรคตาที่เป็นอยู่อย่างถูกต้อง เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความผิดปกติเพิ่มมากขึ้น พร้อมทั้งจัดให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ให้กลับคืนมาสู่สภาพที่เหมาะสม และใกล้เคียงปกติมากที่สุด (กรเกล้า สวัสดิ์สนีย์, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาของ วาสนา พุ่มพู่ (2548) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุโรคต่อหินจะต้องเผชิญความเครียดทั้งในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย สังคม เศรษฐกิจและอาการของโรคที่มีผลต่อการมองเห็น ทำให้การติดต่อสื่อสารกับสิ่งแวดล้อมเป็นไปด้วยความลำบาก การทำกิจกรรมถูกจำกัด ส่งผลทางจิตใจหลายประการ เช่น บางคนเก็บซ่อนความรู้สึกไว้ไม่แสดงอารมณ์ออกมา หรือในบางรายไม่ทราบข้อมูลที่ต้องและจำเป็นเกี่ยวกับโรคของตนเอง และส่วนมากขาดความมั่นใจในการซักถามแพทย์และพยาบาล เนื่องจากไม่กล้าและเกรงใจ ถึงแม้จะอยากทราบก็ตามก่อให้เกิดความคับข้องใจขึ้นโดยจากการศึกษาของสุชาดา ภัทรมงคฤทธิ (2542) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินมีความมั่นใจว่ากล้าที่จะซักถามแพทย์หรือพยาบาลเพียงร้อยละ 43.3 และในด้านการรับรู้



ความสามารถของตนเองพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินเรื้อรัง มั่นใจว่าสามารถรับประทาน  
อาหารได้ครบ 5 หมู่และมั่นใจว่าจะสามารถออกกำลังกายได้เป็นประจำเพียงร้อยละ 41.7

จากสังเกต ชักถามและประสบการณ์ในการทำงานที่แผนกจักษุกรรมพบว่ากิจกรรมการ  
พยาบาลในปัจจุบันเป็นการให้ความรู้ในภาพรวมมิได้เฉพาะเจาะจงหรือเน้นการส่งเสริมการรับรู้  
ความสามารถ ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินประสบปัญหาต่างๆ จะขาดความมั่นใจใน  
ความสามารถของตนเอง ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ หากผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินได้รับการ  
ช่วยเหลือ กระตุ้นให้เกิดกำลังใจ มีความมั่นใจในสมรรถนะตนเองและได้รับประสบการณ์ที่พึง  
พอใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว  
จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

## 9. โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว

การรับรู้สมรรถนะของตนเองทำให้นักเรียนรู้ความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรม  
นั้น เป็นกระบวนการทางความคิด เป็นตัวเชื่อมระหว่างการเรียนรู้และการกระทำ ซึ่งมีผลต่อการ  
เรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการ  
สนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญในการจูงใจในการปฏิบัติ และเป็นแหล่งประโยชน์  
ที่สนับสนุนเพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรม ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการ  
พัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทาง  
สังคมของเฮาส์ (House, 1981) และการกระตุ้นเตือนซึ่งเป็นกลวิธีหนึ่งที่ใช้เพื่อปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมสุขภาพ เป็นสิ่งชี้แนะที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พึงปรารถนา (ศิริลักษณ์  
สว่างวงศ์สิน, 2540) ผู้วิจัยจึงได้นำการกระตุ้นเตือนโดยการใช้โทรศัพท์มาเป็นกิจกรรมหนึ่งในการ  
สร้างเป็นโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว ในการจัดกิจกรรม  
ดังนี้

**9.1 ขั้นการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน** จัดกิจกรรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนโดยให้ผู้ป่วย  
สูงอายุโรคต่อหินเข้าร่วมเป็นรายกลุ่ม มีกิจกรรมดังนี้

9.1.1 การประเมินทางสภาพสรีรวิทยาและการกระตุ้นทางอารมณ์ โดยผู้วิจัย  
ประเมินและเตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างทั้งด้านร่างกายจิตใจ โดยประเมินจากระดับความ  
ดันตา และสังเกตความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม จากการสังเกตสีหน้า ท่าทางและความร่วมมือ  
ในการทำกิจกรรม สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ด้วยการผ่อนคลาย จัดสถานที่ให้เหมาะสมต่อการ  
ปฏิบัติกิจกรรม จัดให้กลุ่มตัวอย่างและญาติหรือผู้ดูแลนั่งสมาธิร่วมกันเพื่อเตรียมความพร้อมด้าน  
จิตใจก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุอภิปรายเพื่อวิเคราะห์ พฤติกรรม ปัญหา อุปสรรค

และผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งระบายนามผู้สื่อกในกลุ่มโดยผู้วิจัย  
รับฟัง ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจ มีการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ชักถาม  
เกี่ยวกับ การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคต่อหีนมีความตระหนัก รับรู้  
ถึงความสามารถของตนเองและแสดงออกถึงความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

9.1.2 การให้คำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง โดยผู้วิจัยพูดชักจูงให้กำลังใจ ให้  
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค  
การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานอาหาร การรับประทานยาและการหยุดตา การขจัด  
ความเครียด การส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ การออกกำลังที่เหมาะสมในผู้สูงอายุและการผ่อนคลาย  
กล้ามเนื้อรอบดวงตากับกลุ่มตัวอย่างและญาติหรือผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุโรคต่อหีนเชื่อว่า  
ตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ใน 6 ด้าน  
ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการขจัด  
ความเครียด ด้านสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ก่อให้เกิดความ  
มั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งผู้วิจัยให้คำแนะนำ กล่าวชื่นชมและให้กำลังใจขณะที่ผู้สูงอายุ  
เข้าร่วมกิจกรรม

9.1.3 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยในการให้ความรู้ผู้วิจัย  
ใช้ภาพพลิกและคู่มือที่เกี่ยวกับโรคต่อหีนและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับ  
ผู้สูงอายุโรคต่อหีนเป็นสื่อในการนำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์แก่ผู้ป่วยสูงอายุ รวมทั้งการแจกคู่มือ  
การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคต่อหีนและแผ่นซีดีบันทึกวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรค  
ต่อหีนและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ

9.1.4 ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยสาธิตการหยุดตาและการ  
ผ่อนคลายกล้ามเนื้อรอบดวงตา จัดให้กลุ่มตัวอย่างจับคู่กับสมาชิกในครอบครัวฝึกทักษะการหยุด  
ตาและออกกำลังกายตาอย่างถูกวิธีเพื่อประสบการณ์สำเร็จด้วยตนเอง

**9.2 ขั้นให้ความรู้การสนับสนุนจากครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ**  
โดยจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุโรคต่อหีนและสมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมเป็นราย  
กลุ่ม เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคต่อหีนและสมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับการ  
สนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีกิจกรรมดังนี้

9.2.1 ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้สูงอายุโรคต่อหีนและสมาชิกในครอบครัวเข้าใจถึง  
ความสำคัญของการสนับสนุนจากครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

9.2.2 ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินและสมาชิกในครอบครัวถึงแนวทางการสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่

9.2.2.1 ด้านอารมณ์ โดยให้สมาชิกในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ ห่วงใย ว่างใจ และรับฟังความคิดเห็นขณะที่ผู้สูงอายุโรคต่อหิน เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับการยอมรับ และมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

9.2.2.2 ด้านการประเมินค่า โดยให้สมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถนำไปประเมินพฤติกรรมของตนเอง

9.2.2.3 ด้านข้อมูลข่าวสาร โดยให้สมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน

9.2.2.4 ด้านทรัพยากร โดยให้สมาชิกในครอบครัวให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคต่อหินให้ได้รับสิ่งของ หรือบริการต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การจัดเตรียมอุปกรณ์การหยอดตาให้แก่ผู้สูงอายุ การพาผู้สูงอายุมาตรวจตามนัดของแพทย์ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร

**9.3 ชั้นกระตุ้นเตือนการปฏิบัติ** โดยผู้วิจัยติดตามกระตุ้นเตือนการปฏิบัติของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ภายหลังจากผู้ป่วยสูงอายุเข้ารับโปรแกรม โดยเป็นการสอบถามถึงปัญหา และอุปสรรค ให้คำแนะนำและให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และในสัปดาห์ที่ 2 ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินทางโทรศัพท์โดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการประเมิน

## 10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ และปิยาณี คล้ายนิล (2550) ได้สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยใช้วิธีการวิเคราะห์อภิธาน มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หาข้อสรุปให้ได้ความรู้ใหม่เกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ การศึกษานี้ใช้ตัวอย่างงานวิจัย 18 เรื่อง ระหว่างปี พ.ศ. 2532-2544 คำนวณค่าขนาดอิทธิพลของแต่ละงานวิจัยด้วยวิธีของ Glass, McGaw และ Smith (1976) ผลการวิเคราะห์พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท และเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ใช้ทฤษฎีการดูแลสุขภาพของโรเจอร์เป็นแนวทางในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ พบตัวแปร 17 ตัว ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง 4 ใน 7 ตัวแปรมีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ 2 และ 11 ตัวแปรมีค่าอิทธิพลขนาดกลางและขนาดเล็ก ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลของตัวแปรต่าง ๆ ได้แก่แรงสนับสนุนทางสังคม ( $d=1.46$ ) อคติทัศนคติ ( $d=1.16$ ) การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ( $d=1.09$ ) สัมพันธภาพในครอบครัว ( $d=.59$ ) ความเชื่ออำนาจในตนเอง ( $d=.37$ ) สถานะทางสุขภาพ ( $d=.36$ ) และความเชื่ออำนาจจากผู้อื่น ( $d=.28$ ) นอกจากนี้ลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ศาสนา รายได้ ระดับการศึกษา สถานที่อยู่อาศัย มีค่าเฉลี่ยอิทธิพล .07-.18

กัตติกา ธนะขว้าง (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์อภิธานเพื่อ ศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและ ศึกษาปัจจัยและวิเคราะห์ค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยสังเคราะห์จากงานวิจัย ที่มีการตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2534-2552 จำนวน 48 เล่ม เครื่องมือที่นำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบคัดเลือกงานวิจัย แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย และแบบสรุปคุณลักษณะงานวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ Borenstein และคณะ (2009)

ผลการสังเคราะห์งานวิจัย พบว่างานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต (77%) ในสาขาวิชาการพยาบาล (77%) คุณภาพโดยรวมของงานวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (73%) ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ปีค.ศ. 1996 (75%) โดยพบว่าปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ, ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, การรับรู้สมรรถนะของตน, การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, และการสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ, การรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, แรงจูงใจในตนเอง, สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ และอิทธิพลระหว่างบุคคล, พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต, อิทธิพลทางสถานะการณ, ความสำคัญของสุขภาพ, ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ, และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

สุดใจ วราพันธ์ (2534) ศึกษาการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคต่อหินปฐมภูมิศึกษากรณีเฉพาะผู้ป่วยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และรามาริบดี จำนวน 350 คน ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคต่อหินชนิด ปฐมภูมิ คือ อายุ ระยะเวลาที่ใช้สายตาเพ่ง การดื่มชาหรือกาแฟ โรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันตาสูง ภาวะความเครียดสูงภาวะสายตาคิดผิดปกติ ประวัติการปวดศีรษะแบบไมเกรน ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคต่อหิน

สุชาติ ภัทรมงคลฤทธิ์ (2542) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหินเรื้อรังจำนวน 120 ราย ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อารมณ์ทางด้านบวกที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลด้านส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลด้านสถานการณ ความคิด ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนในด้านพฤติกรรมส่งเสริมของผู้ป่วยต่อหินเรื้อรัง

ศศิธร อินทยุ และ คณะ (2537) ศึกษาการเปรียบเทียบผลของการสอนโดยใช้สื่อการสอนกับการสอนปกติในผู้ป่วยต่อหิน จำนวน 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน ได้รับการสอนโดยใช้สื่อกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการให้ความรู้ในเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยต่อหินสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ทำให้ผู้ป่วยต่อหินปฏิบัติได้ถูกต้องมากขึ้น

สุจินดา ริมศรีทองและคณะ (2536) ได้ทำการศึกษาความรู้และความร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกต่อหิน หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกจักษุโรงพยาบาลรามาริบดี กับกลุ่มตัวอย่าง 126 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหินอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 43.7 ระดับไม่ดีจำนวนร้อยละ 30.2 ระดับดีมีเพียงร้อยละ 26.1 ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและหยอดยา พบว่า มีความสม่ำเสมอร้อยละ 83.3 เนื่องจากได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลร้อยละ 36.4 และรองลงมาคือ กลัวตาบอดร้อยละ 31.1 มีผู้ป่วยใช้ยาไม่สม่ำเสมอร้อยละ 16.7 ซึ่งมีสาเหตุจากการลืมมากที่สุดร้อยละ 32.4

นภาพร พรหมคำชาว (2541) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผน

ความเชื่อด้านสุขภาพของเบเคเกอร์ กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง

ชลธิชา พรทิพย์ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 159 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยทางชีวสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ปัจจัยภายในตัวบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ได้แก่ เจตคติต่อการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จงรักดี พร้อมเพียงบุญ (2541) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลลำพูน จำนวน 20 ราย โดยการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการให้ความรู้จำนวน 9 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ โดยครั้งที่ 1 แนะนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ครั้งที่ 2 แนะนำเรื่องโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ครั้งที่ 3 สาธิตการประกอบอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ครั้งที่ 4 ให้ความรู้เรื่องกิจกรรมที่เหมาะสมและการพักผ่อน ครั้งที่ 5 ให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ครั้งที่ 6 สาธิตการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ครั้งที่ 7 ให้ความรู้เรื่องอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ครั้งที่ 8 ให้ความรู้เรื่องการจัดบ้านเพื่อป้องกันอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ครั้งที่ 9 สรุปผลโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน และการป้องกันอุบัติเหตุสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

จิรพร แอชตัน (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 30 รายแบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย ผลพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ซูริยา ชนีย์เย็ง (2546) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงของผู้ป่วยโรคข้อกระดูก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับข้อกระดูกและการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูก เจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกและการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ดีกว่ากลุ่มควบคุมและดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

ชนิษฐา คุณณสว่าง (2544) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินปูนภูมิคุ้มกันเปิดโรงพยาบาลพหลพล พยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 51 คน จัดให้ได้รับกิจกรรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสนับสนุนจากพยาบาล และญาติ ผลการศึกษาค้นคว้าวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เรื่องโรค และ พฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ 0.01

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งยังเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง การดูแลภาวะสุขภาพ และความร่วมมือในการรักษา รวมถึงยังไม่พบว่ามีผู้ศึกษาเกี่ยวกับ การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ศึกษาโปรแกรม การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) และการสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) แสดงในกรอบแนวคิดดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวคิดการวิจัย

### โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนจากครอบครัว

#### การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

1) การประเมินทางสภาพสรีรวิทยาและการกระตุ้นทางอารมณ์ โดยผู้วิจัย ประเมินและเตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างทั้งด้านร่างกายจิตใจ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุอภิปรายเพื่อวิเคราะห์ พฤติกรรม ปัญหา อุปสรรค และผลลัพธ์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งระบายนามรู้สึก ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจ

2) การให้คำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง ชูชกจูงให้กำลังใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การสังเกตอาการผิดปกติ อาหาร ยาและการหยุดยา การขจัดความเครียด การส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ การออกกำลังกายและการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อรอบดวงตากับกลุ่มตัวอย่างและญาติหรือผู้ดูแล สนับสนุนให้ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นการให้ความรู้โดยใช้ภาพพลิกและวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคต้อหินและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคต้อหินนำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์แก่ผู้ป่วยสูงอายุ แจกคู่มือการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคต้อหินให้กับผู้ป่วยอายุ

4) ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยสาธิตการหยุดยาและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อรอบดวงตา จัดให้กลุ่มตัวอย่างจับคู่กับสมาชิกในครอบครัวฝึกทักษะการหยุดยาและออกกำลังกายอย่างถูกวิธีเพื่อประสบการณ์สำเร็จด้วยตนเอง

#### การสนับสนุนจากครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินและสมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม

1) การอธิบายให้ผู้สูงอายุโรคต้อหินและสมาชิกในครอบครัวเข้าใจถึงความสำคัญของการสนับสนุนจากครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินและสมาชิกในครอบครัวถึงแนวทางการสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร

**การกระตุ้นเตือนการปฏิบัติ** ติดตามกระตุ้นเตือนการปฏิบัติของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ภายหลังผู้ป่วยสูงอายุเข้ารับโปรแกรม โดยเป็นการสอบถามถึงปัญหา และอุปสรรค ให้คำแนะนำและให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และในสัปดาห์ที่ 2 ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินทางโทรศัพท์โดยใช้แบบสัมภาษณ์ในการประเมิน

#### พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ
2. กิจกรรมทางกาย
3. ด้านโภชนาการ
4. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล
5. การเจริญทางจิตวิญญาณ
6. การขจัดความเครียด



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้รูปแบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest - posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว และเพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีรูปแบบการทดลอง ดังแผนภาพ (Burn and Grove, 1997: 274) ดังนี้

	O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>	กลุ่มทดลอง
	O <sub>3</sub>	-	O <sub>4</sub>	กลุ่มควบคุม
X	หมายถึง			โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว
O <sub>1</sub>	หมายถึง			การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว
O <sub>2</sub>	หมายถึง			การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลองภายหลังที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว
O <sub>3</sub>	หมายถึง			การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มควบคุมก่อนที่ได้รับคำแนะนำตามการพยาบาลปกติ
O <sub>4</sub>	หมายถึง			การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มควบคุมภายหลังที่ได้รับคำแนะนำตามการพยาบาลปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหินที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหิน อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคต้อหิน แผนกผู้ป่วยนอกโรคจักษุของโรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์ จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ต่อไปนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. เป็นผู้ที่สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจ และสื่อสารภาษาไทยได้
3. ได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์เป็นโรคต้อหินและได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา หรือ หยอดตาเพื่อควบคุมระดับความดันตา
4. ยินยอมเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
5. ไม่มีโรคแทรกซ้อน เช่น ตาบอดสองข้าง, ไม่มีหูตึง, ไม่มีประวัติของโรคจิตและโรคประสาท
6. มีที่อยู่ที่แน่นอนที่สามารถติดต่อโดยการโทรศัพท์เยี่ยมบ้านได้
7. อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวที่มีคุณสมบัติดังนี้
  - 7.1 เป็นผู้ดูแลหลัก
  - 7.2 สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาได้ ยินยอมและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

#### เกณฑ์สำหรับผู้สูงอายุที่คัดออกจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคต้อหินที่ไม่สามารถมาตรวจตาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคจักษุของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้
2. ผู้สูงอายุโรคต้อหินที่เจ็บป่วยร้ายแรง กะทันหันที่เป็นอันตรายมากจนไม่สามารถมาตรวจตาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคจักษุของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

#### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบเชิงกึ่งทดลอง มีการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การได้มาซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่มีมาก่อน จากผลการศึกษา ขนิษฐา คุณสว่าง (2544) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน ปฐมภูมิุมเปิดโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี เนื่องจากเป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกัน โดยแทนค่าในสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันสำหรับการทดสอบแบบทางเดียว (อรุณ จีรวัดณ์กุล, 2547) เนื่องจากเป็นสูตรที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ดังนั้น  $\alpha =$

0.05 และกำหนดอำนาจในการทดสอบ ที่ 99 % ความแม่นยำ  $\beta = 0.01$  ซึ่งจะทำให้ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมดังนี้

$$\frac{n/\text{Group} = 2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

แทนค่าในสูตรจากผลการศึกษาของชินิษฐา คุณดวง (2544) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินปฐุมิภูมิมุมเปิด โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี เนื่องจากเป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกัน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ก่อนการทดลองผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 65.80 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.64 หลังการทดลองผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองเท่ากับ 78.59 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.43 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้วย paired t-test พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินปฐุมิภูมิมุมเปิดเท่ากับ 12.79

แทนค่าสูตร

$$Z_\alpha = \text{กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ } 95\% \text{ ดังนั้น } \alpha = 0.05, Z_{0.05} = 1.65$$

$$Z_\beta = \text{กำหนดอำนาจในการทดสอบ } 99\% \text{ ความแม่นยำ } \beta = 0.01, Z_{0.01} = 2.33$$

$$\mu_1 - \mu_2 = \text{ผลต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินปฐุมิภูมิมุมเปิด} = 20$$

$\sigma_p$  = ความแปรปรวนที่นำมาใช้ คือ ค่าความแปรปรวนร่วม (pool variance) ซึ่งต้องเป็นตามข้อตกลงของการคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่อิสระต่อกัน ความแปรปรวน ของประชากรเท่ากัน ดังนั้นการคำนวณค่าของความแปรปรวนร่วมของพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (อรุณ จิรวัดณ์กุล, 2542)

$$s^2_p = \frac{(n_1 - 1)s^2_1 + (n_2 - 2)s^2_2}{n_1 + n_2 - 2}$$

$$s_1 = \text{ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมในการดูแลตนเอง} = 5.64$$

$$s_2 = \text{ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมในการดูแลตนเอง} = 2.43$$

$$n_1 = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง} = 26 \text{ คน}$$

$n_2 =$  จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 25 คน

จากสูตร แทนค่า

$$S_p^2 = \frac{(26-1)(5.64)^2 + (25-1)(2.43)^2}{51-2}$$

$$= \frac{795.24 + 141.72}{49} = \frac{936.96}{49}$$

$$S_p = 19.12$$

นำค่าที่ได้จากการคำนวณหาค่า pool variance และค่าผลต่างของค่าเฉลี่ย แทนค่า ดังนี้

$$\frac{n/Group = 2(19.12)^2(1.65 + 2.33)^2}{(20)^2}$$

$$= \frac{2(365.57)(15.84)}{400}$$

$$= 28.95 = 29 \text{ คน/กลุ่ม}$$

จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา กลุ่มละ 29 คน รวมขนาดตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด 58 คน โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยต่อหินจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

ศูนย์เวชศาสตร์พยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอความเห็นชอบให้เก็บข้อมูลวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย หลังจากมีมติรับรองให้เก็บข้อมูลวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล

2. เมื่อได้หนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยนำหนังสืออนุมัติและหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ยื่นเสนอแก่หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกโรคทางจักษุ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการจับคู่ (Matched pair) โดยให้แต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม (Mann, 2001) ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (วีระ อิงคภาสกร และคณะ, 2545)

ตารางที่ 1 จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คู่ จำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว

คู่ที่	กลุ่มทดลอง N=30				กลุ่มควบคุม N=30			
	เพศ	ระดับการศึกษา	รายได้(บาท/เดือน)	โรคประจำตัว (จำนวน)	เพศ	ระดับการศึกษา	รายได้(บาท/เดือน)	โรคประจำตัว (จำนวน)
1	ชาย	มัธยมศึกษา	1-5000	1	ชาย	มัธยมศึกษา	1-5000	1
2	หญิง	อนุปริญญา	10001-15000	0	หญิง	อนุปริญญา	10001-15000	0
3	ชาย	ประถมศึกษา	1-5000	0	ชาย	ประถมศึกษา	1-5000	0
4	ชาย	ประถมศึกษา	1-5000	0	ชาย	ประถมศึกษา	1-5000	0
5	ชาย	ประถมศึกษา	1-5000	0	ชาย	ประถมศึกษา	1-5000	0
6	ชาย	มัธยมศึกษา	1-5000	0	ชาย	มัธยมศึกษา	1-5000	0
7	ชาย	ปริญญาตรี	20001-25000	1	ชาย	ปริญญาตรี	20001-25000	1
8	ชาย	ประถมศึกษา	1-5000	1	ชาย	ประถมศึกษา	1-5000	1

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คู่ที่	กลุ่มทดลอง N=30				กลุ่มควบคุม N=30			
	เพศ	ระดับการศึกษา	รายได้(บาท/เดือน)	โรคประจำตัว (จำนวน)	เพศ	ระดับการศึกษา	รายได้(บาท/เดือน)	โรคประจำตัว (จำนวน)
9	ชาย	ประถมศึกษา	1-5000	2	ชาย	ประถมศึกษา	1-5000	2
10	หญิง	ประถมศึกษา	1-5000	3	หญิง	ประถมศึกษา	1-5000	3
11	ชาย	มัธยมศึกษา	1-5000	1	ชาย	มัธยมศึกษา	1-5000	1
12	ชาย	ประถมศึกษา	10001-15000	1	ชาย	ประถมศึกษา	10001-15000	1
13	หญิง	ต่ำกว่า ประถมศึกษา	1-5000	1	หญิง	ต่ำกว่า ประถมศึกษา	1-5000	1
14	หญิง	ประถมศึกษา	1-5000	0	หญิง	ประถมศึกษา	1-5000	0
15	ชาย	ประถมศึกษา	1-5000	0	ชาย	ประถมศึกษา	1-5000	0

ศูนย์วิทยารพยาก  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คู่ที่	กลุ่มทดลอง N=30				กลุ่มควบคุม N=30			
	เพศ	ระดับการศึกษา	รายได้(บาท/เดือน)	โรคประจำตัว (จำนวน)	เพศ	ระดับการศึกษา	รายได้(บาท/เดือน)	โรคประจำตัว (จำนวน)
16	หญิง	ต่ำกว่า ประถมศึกษา	1-5000	0	หญิง	ต่ำกว่า ประถมศึกษา	1-5000	0
17	ชาย	ปริญญาตรี	20001-25000	0	ชาย	ปริญญาตรี	20001-25000	0
18	หญิง	ประถมศึกษา	1-5000	0	หญิง	ประถมศึกษา	1-5000	0
19	หญิง	ประถมศึกษา	1-5000	0	หญิง	ประถมศึกษา	1-5000	0
20	ชาย	ประถมศึกษา	1-5000	2	ชาย	ประถมศึกษา	1-5000	2
21	หญิง	ประถมศึกษา	1-5000	1	หญิง	ประถมศึกษา	1-5000	1
22	ชาย	อนุปริญญา	1-5000	2	ชาย	อนุปริญญา	1-5000	2



ตารางที่ 1 (ต่อ)

คู่ที่	กลุ่มทดลอง N=30				กลุ่มควบคุม N=30			
	เพศ	ระดับการศึกษา	รายได้(บาท/เดือน)	โรคประจำตัว (จำนวน)	เพศ	ระดับการศึกษา	รายได้(บาท/เดือน)	โรคประจำตัว (จำนวน)
23	ชาย	มัธยมศึกษา	5001-10000	2	ชาย	มัธยมศึกษา	5001-10000	2
24	ชาย	มัธยมศึกษา	1-5000	1	ชาย	มัธยมศึกษา	1-5000	1
25	หญิง	ประถมศึกษา	1-5000	2	หญิง	ประถมศึกษา	1-5000	2
26	หญิง	ประถมศึกษา	1-5000	1	หญิง	ประถมศึกษา	1-5000	1
27	ชาย	ประถมศึกษา	1-5000	1	ชาย	ประถมศึกษา	1-5000	1
28	ชาย	ประถมศึกษา	1-5000	1	ชาย	ประถมศึกษา	1-5000	1
29	หญิง	ประถมศึกษา	1-5000	0	หญิง	ประถมศึกษา	1-5000	0
30	หญิง	ประถมศึกษา	1-5000	2	หญิง	ประถมศึกษา	1-5000	2

**ตารางที่ 2** คะแนนสมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะและการสนับสนุนจากครอบครัว

คนที่	คะแนนสมรรถนะแห่งตน (คะแนนเต็ม 72)	ร้อยละ	ระดับสมรรถนะตนเอง	คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว (คะแนนเต็ม 56)	ร้อยละ	ระดับแรงสนับสนุนทาง สังคมจากครอบครัว
1	62	86.1	สูง	50	89.3	สูง
2	63	87.5	สูง	54	96.4	สูง
3	64	88.9	สูง	52	92.9	สูง
4	64	88.9	สูง	53	94.6	สูง
5	65	90.3	สูง	54	96.4	สูง
6	67	93.1	สูง	54	96.4	สูง
7	66	91.6	สูง	55	98.2	สูง
8	62	86.1	สูง	54	96.4	สูง
9	63	87.5	สูง	52	92.9	สูง
10	65	90.3	สูง	53	94.6	สูง
11	64	88.9	สูง	52	92.9	สูง
12	67	93.1	สูง	51	91.1	สูง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

คนที่	คะแนนสมรรถนะแห่งตน (คะแนนเต็ม 72)	ร้อยละ	ระดับสมรรถนะตนเอง	คะแนนสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัว (คะแนนเต็ม 56)	ร้อยละ	ระดับแรงสนับสนุนทาง สังคมจากครอบครัว
13	64	88.9	สูง	55	98.2	สูง
14	62	86.1	สูง	53	94.6	สูง
15	66	91.6	สูง	54	96.4	สูง
16	60	83.3	สูง	53	94.6	สูง
17	60	83.3	สูง	50	89.3	สูง
18	63	87.5	สูง	52	92.9	สูง
19	64	88.9	สูง	53	94.6	สูง
20	63	87.5	สูง	55	98.2	สูง
21	65	90.3	สูง	53	94.6	สูง
22	64	88.9	สูง	54	96.4	สูง
23	66	91.6	สูง	52	92.9	สูง
24	64	88.9	สูง	54	96.4	สูง
25	66	91.6	สูง	52	92.9	สูง
26	64	88.9	สูง	55	98.2	สูง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

คนที่	คะแนนสมรรถนะแห่งตน(คะแนน ที่ได้จากคะแนนเต็ม 72)	ร้อยละ	ระดับสมรรถนะตนเอง	คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว (คะแนนที่ได้จากคะแนนเต็ม 56)	ร้อยละ	ระดับแรงสนับสนุนทาง สังคมจากครอบครัว
27	65	90.3	สูง	53	96.4	สูง
28	63	87.5	สูง	52	94.6	สูง
29	65	90.3	สูง	54	96.4	สูง
30	64	88.9	สูง	55	98.2	สูง

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย หลังจากผ่านการเห็นชอบจากจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและญาติหรือผู้ดูแล โดยหลักความเคารพในบุคคลเริ่มจากการแนะนำตัวของผู้วิจัย ผู้วิจัยให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจเป็นอย่างดีและตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการบริการพยาบาล หรือการรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่จะทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น โดยการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามสิ่งที่ตนเป็นประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจของผู้เข้าร่วมวิจัย แต่หากพบว่ามีอันตรายเกิดขึ้นและได้พิสูจน์แล้วว่าเกิดจากการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัย ได้ปฏิบัติตามแนวทางของการวิจัยที่ถูกต้องแล้ว ผู้วิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ในช่วงระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยถ้าผู้เข้าร่วมวิจัย ไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยต่อจนครบตามกำหนดเวลา สามารถบอกเลิกได้ทันที โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล หรือการบริการที่ได้รับ ผู้วิจัยใช้หลักความยุติธรรม ในการคัดผู้เข้าร่วมวิจัย มีเกณฑ์การคัดเลือกและออกชัดเจน มีการกระจายความเสี่ยงและผลประโยชน์อย่างเท่าเทียมกัน การแบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีสุ่มเข้ากลุ่มศึกษา โดยการจับฉลาก ผู้เข้าร่วมวิจัย มีโอกาสเท่าๆกันที่จะถูกสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยผู้เข้าร่วมวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หลังจากผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลและพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

## 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ** ข้อมูลประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน รายได้เฉพาะผู้สูงอายุ สิทธิค่ารักษาพยาบาล การอาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว การช่วยเหลือทางการเงิน บุคคลที่ดูแลขณะเจ็บป่วย และจำนวนของสมาชิกในครอบครัว

**ส่วนที่ 2. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา** ข้อมูลประกอบด้วย โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคต่อหิน การวินิจฉัยโรคต่อหิน ระดับการมองเห็น ระดับความดันตา กลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาโรคต่อหิน กลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคอื่นๆ

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน

ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินเรื้อรัง ของ สุชาติ ภัทรมงคลฤทธิ์ (2542) ที่สร้างจากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้ทดสอบความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.89 โดยวัดเป็นความถี่ในการปฏิบัติ แบบสัมภาษณ์ มีข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและเพิ่มคำถามเป็น 47 ข้อ เพื่อให้ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินมากขึ้น โดยประกอบด้วย คำถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งหมด 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมการออกกำลังกาย ภาวะโภชนาการ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การจัดการความเครียด ซึ่งมีคำถามที่มีความหมายในแง่ลบ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 27,28,30 และ32 คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-188 คะแนน โดยให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบคำถามนั้นๆตามความเป็นจริง ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ถึง สม่่าเสมอ (4 คะแนน) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน ข้อคำถามที่มีความหมายในด้านบวก คือ

สม่ำเสมอ	หมายถึง ผู้ถูกสัมภาษณ์มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องให้คะแนน 4 คะแนน
ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง ผู้ถูกสัมภาษณ์มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นอย่างไม่ต่อเนื่องแต่ค่อนข้างบ่อย ให้ 3 คะแนน
นานๆครั้ง	หมายถึง ผู้ถูกสัมภาษณ์มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นค่อนข้างน้อยให้ 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง ผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่มีพฤติกรรมหรือไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย ให้คะแนน 1 คะแนน

และเกณฑ์การให้คะแนนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน ข้อ  
คำถามที่มีความหมายในด้านลบ คือ

สม่ำเสมอ	หมายถึง ผู้ถูกสัมภาษณ์มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง ให้คะแนน 1 คะแนน
ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง ผู้ถูกสัมภาษณ์มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นอย่างไม่ ต่อเนื่องแต่ค่อนข้างบ่อย ให้ 2 คะแนน
นานๆครั้ง	หมายถึง ผู้ถูกสัมภาษณ์มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นค่อนข้างน้อย ให้ 3 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง ผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่มีพฤติกรรมหรือไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เลย ให้คะแนน 4 คะแนน

มีเกณฑ์การพิจารณาแบ่งระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน  
ออกเป็น 3 ระดับ จากคะแนนเต็ม 47-188 คะแนน โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ ดังนี้

คะแนน 47-110 (ต่ำกว่าร้อยละ 60)	หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับต่ำ
คะแนน 111-150 (ร้อยละ 60-80)	หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับปานกลาง
คะแนน 151 -188 (มากกว่าร้อยละ 80 )	หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับสูง

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว โดย  
สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง (Bandura, 1997) ร่วมกับกรอบแนวคิดแรง  
สนับสนุนทางสังคม (House, 1981) ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย

2.1 แผนการสอนเรื่อง ต้อหินและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย  
โรคต้อหินซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องกับโรคต้อหิน และคัดเลือก  
เนื้อหาที่เหมาะสม ประกอบด้วยเนื้อหา ความรู้เกี่ยวกับโรค การสังเกตอาการผิดปกติ การ  
รับประทานอาหาร การรับประทานยาและการหยอดตา การจัดการความเครียด การส่งเสริมด้านจิต  
วิญญาณ การออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ

### 2.2 สื่อการสอน ได้แก่

2.2.1 ตัวแบบสัญลักษณ์ภาพพลิกและวีดีทัศน์ เรื่อง ต้อหินและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคต้อหิน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสาร บทความที่เกี่ยวข้องกับโรคต้อหิน และคัดเลือกเนื้อหาที่เหมาะสม ประกอบด้วยรูปภาพเกี่ยวกับลักษณะของลูกตา การไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงตา กลไกการเกิดต้อหิน อาการและภาวะแทรกซ้อน การรักษา การปฏิบัติตน การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การสังเกตอาการผิดปกติ และการหยอดตาที่ถูกต้อง

2.2.2 สื่อประกอบการสาธิตการหยอดตา ได้แก่ อุปกรณ์ที่ใช้หยอดตา

2.3 คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน ผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยการค้นคว้าศึกษาจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการให้ความรู้ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้คือ ความรู้เกี่ยวกับโรค การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานอาหาร การรับประทานยาและการหยอดตา การขจัดความเครียด การส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ การออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ โดยจัดทำรูปเล่ม สะดวกและง่ายในการพกพา เนื้อหากระชับ อ่านเข้าใจง่าย สามารถนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินได้

### 3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง (Bandura, 1997) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ เพื่อประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ใน 6 ด้าน ดังนี้ คือ

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-8

ด้านกิจกรรมการออกกำลังกาย 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9-10

ด้านการรับประทานอาหาร 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11-12

ด้านการขจัดความเครียด 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13-14

ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15-16

ด้านสัมพันธภาพกับบุคคล 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 17-18

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ คือ

มั่นใจมาก หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้อย่างสม่ำเสมอ หรือสามารถปฏิบัติได้สำเร็จทุกครั้ง ให้ 4 คะแนน



มั่นใจปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้เกือบทุกครั้ง ให้ 3 คะแนน

ไม่ค่อยมั่นใจ หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้น้อยครั้งหรือสามารถปฏิบัติได้นานๆ ครั้ง ให้ 2 คะแนน

ไม่มั่นใจ หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นว่าไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้เลย ให้ 1 คะแนน

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18 – 72 คะแนน คะแนนยิ่งมากหมายถึง เชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก โดยคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนน 18-42 (ต่ำกว่าร้อยละ 60) หมายถึง ผู้ตอบมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ

คะแนน 43-58 (ร้อยละ 60-80) หมายถึง ผู้ตอบมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง

คะแนน 59 -72 (มากกว่าร้อยละ 80) หมายถึง ผู้ตอบมีมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูง

3.2 แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ วาสนา พึ่งฟู (2548) ซึ่งแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ วาสนา พึ่งฟู (2548) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือเท่ากับ 0.863 และเป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินกลุ่มผู้สูงอายุโรคต่อหิน โดยได้พัฒนามาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ มธุรส จันทร์แสงสี (2540) ที่ใช้แนวความคิดของ House (1981) ในการสร้างเครื่องมือ ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่

การสนับสนุนด้านอารมณ์ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-3

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4-7

การสนับสนุนด้านการประเมินค่า 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8-9

การสนับสนุนด้านทรัพยากร 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10-14

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ คือ

มาก หมายถึง ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือมีความรู้สึกตามข้อความนั้นมาก ได้ 4 คะแนน

ปานกลางหมายถึง ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือมีความรู้สึกตาม  
ข้อความนั้นปานกลาง ได้ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือมีความรู้สึกตาม  
ข้อความนั้นน้อย ได้ 2 คะแนน

ไม่เคยได้รับหมายถึง ผู้ตอบไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือไม่มี  
ความรู้สึกตามข้อความนั้นมาก ได้ 1 คะแนน

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14 – 56 คะแนน คะแนนยิ่งมากหมายถึง ได้รับการ  
สนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมาก โดยคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนน 14-33 (ต่ำกว่าร้อยละ 60) หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมจาก  
ครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 34-45 (ร้อยละ 60-80) หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมจาก  
ครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 46 -56 (มากกว่าร้อยละ 80) หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมจาก  
ครอบครัวอยู่ใน ระดับสูง

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล  
ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อ  
หิน และเครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเองและแบบ  
สัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินในการปฏิบัติ  
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา  
และเกณฑ์การให้คะแนน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบไปด้วย แพทย์จักษุผู้เชี่ยวชาญ  
ด้านโรคต่อหิน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ทฤษฎีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 1 คน อาจารย์  
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคต่อหิน 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1  
คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคต่อหิน 1 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไป  
ปรับปรุงแก้ไขให้ตรงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบ  
แก้ไข จากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI)

และให้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.8 (Polit and Hungler, 1999) โดยผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามสามารถสรุปได้ดังนี้

แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน ได้ค่า CVI = 0.8

แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้ค่า CVI = 0.9

แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ค่า CVI = 0.8

1.2 โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว  
แผนการสอนเรื่อง “ต่อหินและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหิน” ภาพพลิกและวีดีทัศน์ เรื่อง “ต่อหินและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหิน” คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคต่อหิน ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับผู้ทรงคุณวุฒิในข้อที่ 1.1 จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ซึ่งได้แก่

1. ควรปรับปรุงระยะเวลาการสอนและการสาธิตให้น้อยลงเพื่อไม่ให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเหนื่อยล้า

2. แผนการสอนเรื่อง ต่อหินและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหิน ให้ปรับปรุงภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม และให้เจาะจงยกตัวอย่าง เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินในแต่ละด้านให้ชัดเจนมากขึ้น และปรับวัตถุประสงค์ของแผนการสอนให้สอดคล้องกับเนื้อหาที่สอน

3. คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน ให้ปรับปรุงภาษาให้ถูกต้องเหมาะสม สั้นกะทัดรัด ปรับปรุงรูปภาพให้ชัดเจน เพื่อง่ายต่อการพกพา และจดจำ

4. สามารถปรับระยะเวลาของการทำโปรแกรม จาก 8 สัปดาห์ เป็น 4 สัปดาห์ได้ หากการทำโปรแกรมในสัปดาห์ 5,6,7,8 ไม่ได้มีการจัดกระทำกิจกรรมกับกลุ่มทดลอง และลดจำนวนครั้งในการนัดพบกับกลุ่มตัวอย่างจาก 3 ครั้ง เป็น 2 ครั้ง เพราะการพบครั้งที่ 3 เป็นเพียงการนัดมาเพื่อประเมินผลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหลังทำกิจกรรม เพื่อลดการรบกวนกลุ่มทดลองและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบผู้วิจัยในแต่ละครั้ง

5. การประเมินแบบกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแบบสัมภาษณ์สนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สามารถใช้เป็นการสัมภาษณ์กลุ่มทดลองทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2 ได้ เพื่อลดการรบกวนกลุ่มทดลองและลดจำนวนครั้งในการมาพบผู้วิจัย

เพื่อทำแบบกำกับการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยหากคะแนนในการทำแบบสัมภาษณ์ไม่เป็นไปตามเกณฑ์แล้ว ผู้วิจัยจึงขออนัดพบกลุ่มทดลองเพื่อทบทวนโปรแกรมซ้ำเป็นรายบุคคล ไม่จำเป็นต้องนัดพบกลุ่มทดลองทั้งหมด เพื่อประเมินแบบกำกับการทดลองในระหว่างการให้โปรแกรม

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง จากนั้นนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่โรคต้อหิน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 3 ราย โดยมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจเนื้อหาที่สอน และสนใจสื่อการสอนได้ดี ภายหลังจากทดลองสอน ผู้วิจัยแจกคู่มือ และตรวจสอบความเข้าใจของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษา และความน่าสนใจของคู่มือ กลุ่มตัวอย่างประเมินเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ดี จึงนำไปใช้จริง

**2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)** ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและได้แก้ไขปรับปรุง ไปหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุโรคต้อหินที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่วิจัยจำนวน 20 คน แล้วนำข้อมูลมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยแต่ละข้อคำถามจะต้องให้มามีค่าที่ยอมรับได้ตั้งแต่ .70 ขึ้นไป (Nunnally, 1978 อ้างใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2550) โดยผลการตรวจสอบเที่ยงของแบบสอบถามสามารถสรุปได้ดังนี้

แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน ได้ค่าความเที่ยง = 0.84

แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ค่าความเที่ยง = 0.76

แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ค่าความเที่ยง = 0.81

### การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ที่คลินิกโรคต้อหิน แผนกผู้ป่วยนอกโรคจักษุของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน คือ

### ขั้นตอนที่ 1 : ขั้นตอนเตรียมการ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1) ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม รวบรวมและจัดเตรียมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนจากครอบครัว และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2) ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอความเห็นชอบให้เก็บข้อมูลวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย หลังจากมีมติรับรองให้เก็บข้อมูลวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล

3) เมื่อได้หนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยนำหนังสืออนุมัติ และหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ยื่นเสนอแก่หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกโรคทางจักษุ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

4) ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการจับคู่ (Matched pair) โดยให้แต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม (Mann, 2001) ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (วีระ อิงคภาสกร และคณะ, 2545)

5) กระบวนการขอความยินยอม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการดำเนินการศึกษาวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### ขั้นตอนที่ 2 : ขั้นตอนดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

#### กลุ่มควบคุม

1) ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินกลุ่มควบคุมที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคต้อหิน แผนกผู้ป่วยนอกโรคทางจักษุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย

2) หลังจากได้รับความร่วมมือและยินยอมจากผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินกลุ่มควบคุมแล้ว ผู้วิจัยจึงสอบถามข้อมูลและเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถาม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน โดยผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่ออธิบายเมื่อ ผู้สูงอายุสงสัยและไม่เข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามและ ทำการนัดผู้สูงอายุอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อขอความร่วมมือให้กลุ่มควบคุมประเมินแบบสอบถาม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน โดยในระยะเวลา 4 สัปดาห์ก่อนวันที่ผู้วิจัยนัด ผู้สูงอายุโรคต้อหินกลุ่มควบคุมมารับการตรวจตามแพทย์นัดตามปกติ โดยกลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่ม ควบคุมจะได้รับคำแนะนำจากพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยนอกตามปกติ

### กลุ่มทดลอง

1) ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินกลุ่มทดลองที่เข้ารับการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอกโรคทางจักษุ แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการทดลอง และ ขอความร่วมมือในการวิจัย สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย

2) หลังจากได้รับความร่วมมือและยินยอมจากผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินกลุ่มทดลองแล้ว ผู้วิจัยจึงสอบถามข้อมูลและเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถาม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน โดยผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่ออธิบายเมื่อ ผู้สูงอายุสงสัยและไม่เข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม

3) ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะและการสนับสนุนจาก ครอบครัวกับผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินกลุ่มทดลอง ซึ่งมีขั้นตอนกิจกรรมเป็นกลุ่มดังนี้

### สัปดาห์ที่ 1

1. การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน วัตถุประสงค์ คือ สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถ ของตนเอง จัดกิจกรรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนโดยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินเข้าร่วมเป็นรายกลุ่ม มี กิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 1.1** การประเมินทางสภาพสรีรวิทยาและการกระตุ้นทางอารมณ์ โดย ผู้วิจัยประเมินและเตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างทั้งด้านร่างกายจิตใจ โดยประเมินจากระดับ ความดันตา และสังเกตความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม จากการสังเกตสีหน้า ท่าทางและความ ร่วมมือในการทำกิจกรรม สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ด้วยการผ่อนคลาย จัดสถานที่ให้เหมาะสมต่อ การปฏิบัติกิจกรรม จัดมุมให้กลุ่มตัวอย่างและญาติหรือผู้ดูแลนั่งสมาธิร่วมกันเพื่อเตรียมความพร้อม ด้านจิตใจก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุอภิปรายเพื่อวิเคราะห์ พฤติกรรม ปัญหา

อุปสรรค และผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งระบายความรู้สึกในกลุ่มโดยผู้วิจัยรับฟัง ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจ

**กิจกรรมที่ 1.2** การให้คำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง โดยผู้วิจัยพูดชักจูงให้กำลังใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานอาหาร การรับประทานยาและการหยุดยา การขจัดความเครียด การส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ การออกกำลังที่เหมาะสมในผู้สูงอายุและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อรอบดวงตาในกลุ่มตัวอย่างและญาติหรือผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุโรคต้อหินเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ใน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการขจัดความเครียด ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ก่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งผู้วิจัยให้คำแนะนำ กล่าวชื่นชมและให้กำลังใจขณะที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม

**กิจกรรมที่ 1.3** การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยในการให้ความรู้ผู้วิจัยใช้ภาพพลิกและคู่มือที่เกี่ยวกับโรคต้อหินและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคต้อหินเป็นสื่อในการนำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์แก่ผู้ป่วยสูงอายุ รวมทั้งการแจกคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคต้อหินและแผ่นซีดีบันทึกวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคต้อหินและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ

**กิจกรรมที่ 1.4** ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยสาธิตการหยุดตาและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อรอบดวงตา จัดให้กลุ่มตัวอย่างจับคู่กับสมาชิกในครอบครัวฝึกทักษะการหยุดตาและออกกำลังกายตาอย่างถูกวิธีเพื่อประสบการณ์สำเร็จด้วยตนเอง

**2. การสนับสนุนจากครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ**  
วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินและสมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับการสนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินและสมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม มีกิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 2.1** ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้สูงอายุโรคต้อหินและสมาชิกในครอบครัวเข้าใจถึงความสำคัญของการสนับสนุนจากครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

**กิจกรรมที่ 2.2** ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินและสมาชิกในครอบครัวถึงแนวทางการสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้าน คือ

2.2.1 ด้านอารมณ์ โดยให้สมาชิกในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ ห่วงใย ว่างใจ และรับฟังความคิดเห็นขณะที่ผู้สูงอายุโรคต่อหิน เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับการยอมรับ และมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.2.2 ด้านการประเมินค่า โดยให้สมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลย้อนกลับ เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถนำไปประเมินพฤติกรรมของตนเอง

2.2.3 ด้านข้อมูลข่าวสาร โดยให้สมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูล คำแนะนำ เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อเป็นแนวทางในการ แก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน

2.2.4 ด้านทรัพยากร โดยให้สมาชิกในครอบครัวให้การช่วยเหลือ ผู้สูงอายุโรคต่อหินให้ได้รับสิ่งของ หรือบริการต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ ได้แก่ การจัดเตรียมอุปกรณ์การหยอดตาให้แก่ผู้สูงอายุ การพาผู้สูงอายุมาตรวจตามนัด ของแพทย์

### สัปดาห์ที่ 2-3

3. การกระตุ้นเตือนการปฏิบัติ วัตถุประสงค์ คือ สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการ ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่ออยู่ที่บ้าน กระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุโรคต่อหินมีการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนที่ถูกต้องเหมาะสม ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยในการสนับสนุน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อหิน โดยผู้วิจัยติดตามกระตุ้นเตือนการปฏิบัติของ ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ภายหลังผู้ป่วยสูงอายุ เข้ารับโปรแกรม โดยเป็นการสอบถามถึงปัญหา และอุปสรรค ให้คำแนะนำและให้กำลังใจในการ ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และในสัปดาห์ที่ 2 ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการ สนับสนุนจากครอบครัวโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินทางโทรศัพท์โดยใช้แบบสัมภาษณ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินในการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการประเมิน

โดยหากพบว่าผู้สูงอายุไม่ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง คือ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80 ผู้วิจัยจะนัดกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 3 เพื่อทบทวนเนื้อหาสั้นๆอีกครั้ง แล้ววัดผลใหม่อีก ครั้งจนกระทั่งกลุ่มทดลองผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิก ในครอบครัวสอบถามข้อสงสัย และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพ



เมื่ออยู่ที่บ้าน เพื่อติดตามความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยในระหว่างที่ผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน สมาชิกในครอบครัว ญาติหรือผู้ดูแล มีส่วนช่วยในการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านทรัพยากร หลังจากนั้นทำการนัดผู้สูงอายุอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อขอความร่วมมือให้กลุ่มทดลองประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน โดยในระยะเวลา 4 สัปดาห์ก่อนวันที่ผู้วิจัยนัด ผู้สูงอายุโรคต้อหินกลุ่มทดลองมารับการตรวจตามแพทย์นัดตามปกติ โดยกลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองจะได้รับคำแนะนำจากพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยนอกตามปกติ

### ขั้นตอนที่ 3 : ขั้นตอนการประเมินผล (สัปดาห์ที่ 4)

**กลุ่มควบคุม** ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินกลุ่มควบคุม พูดคุย ซักถามอาการทั่วไปเกี่ยวกับโรคต้อหิน หลังจากนั้นขอความร่วมมือผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินกลุ่มควบคุมประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มควบคุมที่ให้ความร่วมมือในงานวิจัย

**กลุ่มทดลอง** ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 4 มีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อทบทวนความรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อเป็นโรคต้อหิน และติดตามประเมินผลกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับต้อหินและแนวทางการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ อภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ถามตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพโรคต้อหิน หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการประเมินผล โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง เพื่อประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินของกลุ่มทดลอง รวมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองที่ให้ความร่วมมือในงานวิจัยสำเร็จไปได้ด้วยดี

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical Package for Social Science / Personal Computer Plus) ซึ่งผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคไตหิ้น ก่อน-หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยผู้ป่วยสูงอายุโรคไตหิ้น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม กับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำการพยาบาลปกติ โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติ Repeated Measures ANOVA



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ขั้นตอนการดำเนินการ



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน โดยจัดกลุ่มตัวอย่าง 30 คนแรกเข้ากลุ่มควบคุม และจับกลุ่มตัวอย่าง 30 คนหลังเข้ากลุ่มทดลอง โดยจับคู่ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนกันตามที่กำหนด ผลการวิจัยเสนอตามลำดับดังนี้คือ

**ส่วนที่ 1** เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน ก่อน-หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว

**ส่วนที่ 2** เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม กับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำการพยาบาลปกติ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ส่วนที่ 1** เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรค  
 ต้อหิน ก่อน-หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว  
**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วย  
 สูงอายุโรคต้อหินกลุ่มทดลอง จำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t
	Mean	SD	Mean	SD		
1. การมาพบแพทย์ตามนัด	3.67	.48	3.77	.43	29	.90
2. การหยุดตาตรงขนาดยา ตรง เวลาตามแพทย์สั่ง	3.10	.31	3.67	.48	29	6.16*
3. การซักถามและขอคำแนะนำจาก แพทย์ หรือพยาบาล เมื่อท่านมีข้อ สงสัย เกี่ยวกับวิธีการดูแลส่งเสริม สุขภาพเมื่อเป็นโรคต้อหิน	2.41	.57	3.14	.35	28	8.57*
4. การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่	3.30	.95	3.73	.45	29	3.79*
5. การติดตามผลของการตรวจ ระดับความดันในลูกตา	3.07	.37	3.63	.49	29	6.16*
6. การตรวจรักษากับแพทย์เมื่อมี อาการผิดปกติ	3.23	.43	3.70	.47	29	5.04*
7. การรายงานให้แพทย์ให้แพทย์/ พยาบาลทราบ เมื่อมีอาการผิดปกติ	3.13	.35	3.70	.47	29	6.16*
8. การสังเกตอาการผิดปกติ ตลอดจนอาการเปลี่ยนแปลงของ การมองเห็น	2.97	.41	3.40	.498	29	4.71*
<b>ผลรวมด้านความรับผิดชอบต่อ สุขภาพ</b>	<b>24.90</b>	<b>1.65</b>	<b>28.73</b>	<b>1.72</b>	<b>29</b>	<b>15.09*</b>

ตารางที่ 3 (ต่อ)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t
	Mean	SD	Mean	SD		
9. การรับประทานอาหารที่มีกาก และเส้นใย เช่น ผัก ผลไม้	2.63	.61	3.53	.51	29	10.26*
10. การรับประทาน ผัก ผลไม้ ที่มี สีส้ม เช่น ผักใบเขียว แครอท มะเขือ เทศ ส้ม เป็นต้น	2.57	.63	3.50	.51	29	9.82*
11. การหลีกเลี่ยงการรับประทาน อาหารรสจัด	2.50	.78	3.13	.63	29	4.83*
12. การรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ได้แก่ เนื้อสัตว์ ข้าว แป้ง น้ำ ตาล ไขมัน ผักและผลไม้	2.60	.62	3.23	.43	29	6.24*
13. การรับประทานอาหารเช้าและ เคี้ยวให้ละเอียด	3.07	.25	3.13	.35	29	1.44
14. การรับประทานอาหารปริมาณ เหมาะสม ไม่อึดเกินไป	3.13	.35	3.23	.43	29	1.80
15. การหลีกเลี่ยงการรับประทาน อาหารทอดหรืออาหารที่ปรุงด้วย กะทิ	2.17	.38	3.10	.40	29	14.00*
16. การหลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.03	.93	3.60	.498	29	4.01*
17. การหลีกเลี่ยงการดื่มชา หรือ กาแฟ	1.90	.92	3.30	.70	29	9.96*
18. การดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว	3.70	.47	3.90	.31	29	2.69*

ตารางที่ 3 (ต่อ)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t
	Mean	SD	Mean	SD		
19. การรับประทานอาหารในแต่ละวันครบ 3 มื้อ	3.67	.55	3.93	.25	29	2.80*
<b>ผลรวมด้านด้านการส่งเสริมโภชนาการ</b>	<b>30.97</b>	<b>2.08</b>	<b>37.60</b>	<b>2.39</b>	<b>29</b>	<b>14.71*</b>
20. การออกกำลังกายโดยการเดิน/หรือฝึกกายบริหารสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที	1.67	.55	3.17	.53	29	10.02*
21. การไม่ยกของหนักหรือออกแรงมาก	3.18	.55	3.54	.58	27	3.87*
22. การทำงานอดิเรกที่มีการเคลื่อนไหว เช่น รดน้ำต้นไม้ เดินรำ เดินเล่น เป็นต้น	2.13	.50	3.20	.41	29	10.02*
23. การอบอุ่นร่างกายครั้งละ 5-10 นาที ก่อนออกกำลังกายจริง	1.43	.73	3.20	.41	29	11.84*
24. การผ่อนคลายการออกกำลังกายลงทีละน้อยเมื่อสิ้นสุดการออกกำลังกาย ไม่หยุดในทันที	1.80	.76	3.20	.41	29	8.57*
25. การออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมอื่นๆที่ทำให้รู้สึกเหนื่อย	1.87	.78	3.10	.31	29	7.53*
26. การหยุดการออกกำลังกายทันทีเมื่อรู้สึกใจสั่น เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย	3.23	1.22	3.83	.38	29	3.27*
27. การหลีกเลี่ยงการใช้เวลาส่วนหนึ่งในการทำกิจกรรมที่ใช้แรงกายมากเกินไป	3.77	.50	3.90	.31	29	2.11*

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t
	Mean	SD	Mean	SD		
28. การหลีกเลี่ยงออกกำลังกายที่ ต้องห้อยศีรษะต่ำเป็นเวลานาน	3.97	.18	4.00	.00	29	1.00
<b>ผลรวมด้านกิจกรรมการออกกำลังกาย</b>	23.10	2.96	31.10	2.02	29	12.84*
29. การค้นหาสาเหตุและแก้ไขโดย ใช้เหตุผล	2.47	.50	2.77	.43	29	3.525*
30. การพักผ่อนนอนหลับในตอน กลางคืน	2.90	.60	3.27	.45	29	4.097*
31. การผ่อนคลายความเครียด เช่น หางานที่ชอบทำหรือผ่อนคลาย เข้าออกซั้ๆหรือนั่งสมาธิ	1.93	.74	3.00	.37	29	6.440*
32. การไม่หมกมุ่นอยู่กับปัญหาที่ ไม่สามารถจะแก้ไขได้	2.83	.38	2.97	.77	29	.941
33. การระบายความทุกข์ ความไม่ สบายใจกับบุคคลที่ไว้วางใจรับรู้ไม่ เก็บไว้คนเดียว	2.30	.54	3.03	.18	29	7.712*
34. การทำจิตใจสบายๆ หรือไม่ โมโหง่าย	2.77	.50	3.20	.41	29	4.709*
35. การมองโลก เหตุการณ์และ ผู้อื่นในแง่ดี	2.97	.18	3.33	.48	29	4.097*
36. การให้กำลังใจตนเองในการ ดูแลสุขภาพ	2.67	.48	3.43	.50	29	5.769*
<b>ผลรวมด้านการขจัดความเครียด</b>	20.83	1.15	25.00	1.66	29	12.16*



ตารางที่ 3 (ต่อ)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t
	Mean	SD	Mean	SD		
37. การแสวงหาความสุขและความสงบในชีวิตโดย ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การสวดมนต์ อ่านหนังสือธรรมะ เพื่อเป็นกำลังใจในการดำเนินชีวิต	1.97	.56	3.00	.37	29	9.20*
38. การฝึกจิตใจให้เข้มแข็งเพื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต	2.70	.47	3.13	.35	29	4.71*
39. การยอมรับความเจ็บปวดเป็นเรื่องธรรมชาติไม่มีใครหลีกเลี่ยงได้	2.73	.45	3.23	.43	29	5.39*
40. การมีความพอใจและมีความสุขกับชีวิตปัจจุบัน	2.80	.41	3.33	.48	29	5.76*
41. การเผชิญกับโรคต่อหินถึงแม้ว่าต้องเป็นตลอดชีวิต	2.77	.63	3.43	.57	29	5.14*
<b>ผลรวมด้านการส่งเสริมจิตวิญญาณ</b>	12.97	1.61	16.13	1.59	29	9.33*
42. การพูดคุยเกี่ยวกับโรคต่อหินกับคู่สมรส/บุตร/หลาน	2.13	.35	3.07	.37	29	11.37*
43. การยอมรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคต่อหินของบุคคลอื่น	2.47	.57	3.10	.48	29	6.24*
44. การปรึกษาปัญหา หรือเรื่องกังวลกับเพื่อนๆโรคต่อหินด้วยกันหรือบุคลากรทางสุขภาพ	2.10	.40	3.23	.43	29	17.95*

ตารางที่ 3 (ต่อ)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t
	Mean	SD	Mean	SD		
45. การปรึกษาหารือหรือให้ คำแนะนำกับสมาชิกในครอบครัว เมื่อเขาต้องการ	2.50	.51	2.97	.18	29	5.04*
46. การซักถามหรือขอคำแนะนำ เกี่ยวกับโรคต่อหินจากญาติ/เพื่อน	2.00	.53	3.10	.48	29	11.00*
47. การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของ ชุมชนหรือสังคม	1.73	.58	2.63	.49	29	6.92*
<b>ผลรวมด้านการส่งเสริม สัมพันธภาพ</b>	12.93	1.96	18.10	1.73	29	16.23*

\* P &lt; .05

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคสูงอายุโรค  
ต่อหิน หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวมีค่าเฉลี่ย  
คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและ  
การสนับสนุนจากครอบครัวในทุกข้อ และในทุกด้านของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุ  
โรคต่อหิน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหลังได้รับ  
โปรแกรมสูงสุด คือ การหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องห้อยศีรษะต่ำเป็นเวลานานคะแนนเฉลี่ย  
เท่ากับ 4.00 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมต่ำสุด คือ การเข้าร่วม  
กิจกรรมต่างๆ ของชุมชนหรือสังคม คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.63

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อน-หลัง ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว จำแนกเป็นรายด้าน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	24.90	1.65	28.73	1.72	29	15.09*
การส่งเสริมโภชนาการ	30.97	2.08	37.60	2.39	29	14.71*
กิจกรรมการออกกำลังกาย	23.10	2.96	31.10	2.02	29	12.84*
การขจัดความเครียด	20.83	1.15	25.00	1.66	29	12.16*
การส่งเสริมจิตวิญญาณ	12.97	1.61	16.13	1.59	29	9.33*
การส่งเสริมสัมพันธภาพ	12.93	1.96	18.10	1.73	29	16.23*
รวมทั้ง 6 ด้าน	125.70	6.80	156.67	7.38	29	20.74*

\*  $P < .05$

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว เท่ากับ 125.70 คะแนน คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว เท่ากับ 156.67 คะแนน เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ Paired t-test พบว่าคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ส่วนที่ 2** เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรค  
 ต้อหิน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว กับ  
 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

**ตารางที่ 5** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย  
 สูงอายุโรคต้อหินกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อน-หลังการทดลอง

พฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
ความรับผิดชอบต่อ สุขภาพ	24.90	1.65	28.73	1.72	25.07	1.98	25.13	1.93
การส่งเสริม โภชนาการ	30.97	2.08	37.60	2.39	30.73	2.82	31.63	4.34
กิจกรรมการออก กำลังกาย	23.10	2.96	31.10	2.02	23.53	2.70	23.80	2.11
การจัดความเครียด	20.83	1.15	25.00	1.66	22.33	1.71	22.33	1.73
การส่งเสริมจิต วิญญาณ	12.97	1.61	16.13	1.59	14.20	.89	14.17	.79
การส่งเสริม สัมพันธภาพ	12.93	1.96	18.10	1.73	14.57	1.76	14.97	1.63
รวมทั้ง 6 ด้าน	125.70	6.80	156.67	7.378	130.43	7.61	132.03	6.94

จากตารางที่ 5 พบว่าเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาพรวม  
 และรายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินในกลุ่ม  
 ทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวสูงกว่า  
 กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

ความแปรปรวน	df	SS	ms	F	p-value
<b>ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ</b>					
ภายในกลุ่ม	1	114.08	114.08	228.02	.000
ระหว่างกลุ่ม	1	88.41	88.41	14.37	.000
ภายในกลุ่ม*ระหว่างกลุ่ม	1	106.41	106.41	212.69	.000
ความคลาดเคลื่อน	58	29.02	.50		
<b>การส่งเสริมโภชนาการ</b>					
ภายในกลุ่ม	1	425.63	425.63	85.47	.000
ระหว่างกลุ่ม	1	288.30	288.30	21.49	.000
ภายในกลุ่ม*ระหว่างกลุ่ม	1	246.53	246.53	49.51	.000
ความคลาดเคลื่อน	58	288.83	4.98		
<b>กิจกรรมการออกกำลังกาย</b>					
ภายในกลุ่ม	1	512.53	512.53	136.40	.000
ระหว่างกลุ่ม	1	353.63	353.63	41.38	.000
ภายในกลุ่ม*ระหว่างกลุ่ม	1	448.53	448.53	119.37	.000
ความคลาดเคลื่อน	58	217.93	3.76		
<b>การขจัดความเครียด</b>					
ภายในกลุ่ม	1	130.21	130.21	145.00	.000
ระหว่างกลุ่ม	1	10.21	10.21	2.49	.120
ภายในกลุ่ม*ระหว่างกลุ่ม	1	130.21	130.21	145.00	.000
ความคลาดเคลื่อน	58	52.08	.90		

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ความแปรปรวน	df	SS	ms	F	p-value
<b>การส่งเสริมจิตวิญญาณ</b>					
ภายในกลุ่ม	1	73.63	73.63	81.24	.000
ระหว่างกลุ่ม	1	4.03	4.03	1.71	.196
ภายในกลุ่ม*ระหว่างกลุ่ม	1	76.80	76.80	84.74	.000
ความคลาดเคลื่อน	58	52.57	.91		
<b>การส่งเสริมสัมพันธภาพ</b>					
ภายในกลุ่ม	1	232.41	232.41	251.10	.000
ระหว่างกลุ่ม	1	16.88	16.88	3.145	.081
ภายในกลุ่ม*ระหว่างกลุ่ม	1	170.41	170.41	184.11	.000
ความคลาดเคลื่อน	58	53.68	.93		
<b>รวมทั้ง 6 ด้าน</b>					
ภายในกลุ่ม	1	7954.41	7954.41	382.84	.000
ระหว่างกลุ่ม	1	2970.08	2970.08	35.96	.000
ภายในกลุ่ม*ระหว่างกลุ่ม	1	6468.01	6468.01	311.30	.000
ความคลาดเคลื่อน	58	1205.08	20.78		

จากตารางที่ 6 เมื่อนำคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินในภาพรวม และในทุกด้านในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ มาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Repeated Measures ANOVA พบว่าคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทุกด้านและโดยรวมของผู้ป่วยสูงอายุต่อหินในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest Control Group Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานของการวิจัย

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหินที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหิน อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคต้อหิน แผนกผู้ป่วยนอกโรคจักษุของโรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์ จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ต่อไปนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. เป็นผู้ที่สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจ และสื่อสารภาษาไทยได้
3. ได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์เป็นโรคต้อหินและได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา หรือ หยอดตาเพื่อควบคุมระดับความดันตา
4. ยินยอมเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
5. ไม่มีโรคแทรกซ้อน เช่น ตาบอดสองข้าง, ไม่มีหูตึง, ไม่มีประวัติของโรคจิตและโรคประสาท
6. มีที่อยู่ที่แน่นอนที่สามารถติดต่อโดยการโทรศัพท์ที่บ้านได้
7. อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวที่มีคุณสมบัติดังนี้
  - 7.3 เป็นผู้ดูแลหลัก
  - 7.4 สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาได้ ยินยอมและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

### เกณฑ์สำหรับผู้สูงอายุที่คัดออกจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคต้อหินที่ไม่สามารถมาตรวจตาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคจักษุของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้
2. ผู้สูงอายุโรคต้อหินที่เจ็บป่วยร้ายแรง กระทั่งหนักที่เป็นอันตรายมากจนไม่สามารถมาตรวจตาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคจักษุของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบเชิงกึ่งทดลองมีการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมการได้มาซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่มีมาก่อน จากผลการศึกษา ชนิษฐา คุณสว่าง (2544) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน ปฐมภูมิุมเปิดโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี เนื่องจากเป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกัน โดยแทนค่าในสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันสำหรับการทดสอบแบบทางเดียว (อรุณ จิรวัดณ์กุล, 2547) เนื่องจากเป็นสูตรที่



สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ดังนั้น  $\alpha = 0.05$  และกำหนดอำนาจในการทดสอบ ที่ 99 % ความแม่นยำ = 0.01 ซึ่งจะทำให้ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา กลุ่มละ 29 คน รวมขนาดตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด 58 คน โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยต่อหินจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอความเห็นชอบให้เก็บข้อมูลวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย หลังจากมีมติรับรองให้เก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล และเมื่อได้หนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยยื่นเสนอแก่หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกโรคทางจักษุ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการจับคู่ (Matched pair) โดยให้แต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม (Mann, 2001) ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (วีระ อิงคภาสกร และคณะ, 2545)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ประเภท คือ

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ข้อมูลประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน รายได้เฉพาะผู้สูงอายุ สิทธิค่ารักษาพยาบาล การอาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว การช่วยเหลือทางการเงิน บุคคลที่ดูแลขณะเจ็บป่วย และจำนวนของสมาชิกในครอบครัว

**ส่วนที่ 2. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา** ข้อมูลประกอบด้วย โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคต่อหิน การวินิจฉัยโรคต่อหิน ระดับการมองเห็น ระดับความดันตา กลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาโรคต่อหิน กลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคอื่นๆ

### **ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน**

ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินเรื้อรัง ของ สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์ (2542) ที่สร้างจากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้ทดสอบความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.89 โดยวัดเป็นความถี่ในการปฏิบัติ แบบสัมภาษณ์ มีข้อความทั้งหมด 45 ข้อ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและเพิ่มคำถามเป็น 47 ข้อ เพื่อให้ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินมากขึ้น โดยประกอบด้วย คำถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งหมด 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมการออกกำลังกาย ภาวะโภชนาการ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การจัดการความเครียด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

#### **2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง**

ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว โดยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง (Bandura, 1997) ร่วมกับกรอบแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) และการกระตุ้นเตือนเป็นกลวิธีหนึ่งที่ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นสิ่งชี้แนะที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พึงปรารถนา (ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, 2540) ผู้วิจัยจึงได้นำการกระตุ้นเตือนโดยการใช้โทรศัพท์มาเป็นกิจกรรมหนึ่งในการสร้างเป็นโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว ในการจัดกิจกรรมซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย

2.1 แผนการสอนเรื่อง ต่อหินและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหินซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องกับโรคต่อหิน และคัดเลือกเนื้อหาที่เหมาะสม ประกอบด้วยเนื้อหาการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ป่วยโรคต่อหิน

#### **2.3 สื่อการสอน ได้แก่**

2.2.1 ตัวแบบสัญลักษณ์ภาพลึกลับและวีดิทัศน์ เรื่อง ต่อหินและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหิน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสาร บทความที่เกี่ยวข้องกับโรคต่อหิน และคัดเลือกเนื้อหาที่เหมาะสม

2.2.2 สื่อประกอบการสาธิตการหยอดตา ได้แก่ อุปกรณ์ที่ใช้หยอดตา

2.3 คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน ผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยการค้นคว้าศึกษาจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการให้ความรู้ ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้คือ ความรู้เกี่ยวกับโรค การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานอาหาร การรับประทานยาและการหยุดยา การขจัดความเครียด การส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ การออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ โดยจัดทำรูปเล่ม สะดวกและง่ายในการพกพา เนื้อหากระชับ อ่านเข้าใจง่าย สามารถนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินได้

### 3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง (Bandura, 1997) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ เพื่อประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ใน 6 ด้าน ดังนี้ คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการขจัดความเครียดด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านสัมพันธภาพกับบุคคล ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

3.2 แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ วาสนา ฟุงฟู (2548) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือเท่ากับ 0.863 และเป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินกลุ่มผู้สูงอายุโรคต่อหิน ใช้แนวความคิดของ House (1981) ในการสร้างเครื่องมือ ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านทรัพยากร ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

### การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ที่คลินิกโรคต่อหิน แผนกผู้ป่วยนอกโรคจักษุของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอความเห็นชอบให้เก็บข้อมูลวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย หลังจากมีมติรับรองให้เก็บข้อมูลวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตพื้นที่  
 รับผิดชอบของโรงพยาบาล เมื่อได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูล จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดย  
 ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และเลือกกลุ่ม  
 ตัวอย่างโดยวิธีการจับคู่ (Matched pair) โดยให้แต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันมากที่สุด  
 เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม (Mann, 2001) ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา  
 รายได้ โรคประจำตัว ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (วีระ อิงคภาสกร และคณะ,  
 2545) จากนั้นดำเนินการเข้าสู่กระบวนการขอความยินยอม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำ  
 ตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการดำเนินการศึกษาวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และให้  
 กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

**กลุ่มควบคุม** ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถาม  
 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน โดยผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่ออธิบายเมื่อ  
 ผู้สูงอายุสงสัยและไม่เข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามและ  
 ทำการนัดผู้สูงอายุอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อขอความร่วมมือให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถาม  
 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน โดยในระยะเวลา 4 สัปดาห์ก่อนวันที่ผู้วิจัยนัด  
 กลุ่มควบคุมมารับการตรวจตามแพทย์นัดตามปกติ โดยกลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมจะได้รับ  
 คำแนะนำจากพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยนอกตามปกติ

**กลุ่มทดลอง** ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับโรค  
 และการรักษา และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน โดยผู้วิจัย  
 อยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่ออธิบายเมื่อผู้สูงอายุสงสัยและไม่เข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความ  
 สมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะและการ  
 สนับสนุนทางสังคมจากผู้วิจัย ซึ่งมีขั้นตอนกิจกรรมเป็นกลุ่ม โดยเป็นการให้ความรู้ในการส่งเสริม  
 พฤติกรรมสุขภาพและการสนับสนุนจากครอบครัวกับผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน และสมาชิกใน  
 ครอบครัว เรียนรู้ผ่านตัวแบบสัญลักษณ์ คือ ภาพพลิกและวีดิทัศน์ ร่วมกับการทดลองฝึกปฏิบัติใน  
 สัปดาห์ที่ 1 หลังจากนั้นติดตามกระตุ้นเตือนการปฏิบัติโดยการโทรศัพท์เยี่ยมในสัปดาห์ที่ 2 และ 3  
 พร้อมทั้งประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองและการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวทางโทรศัพท์ใน  
 สัปดาห์ที่ 2 หลังจากนั้นในสัปดาห์ที่ 4 นับจากวันเริ่มโปรแกรม ผู้วิจัยประเมินแบบสอบถาม  
 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์  
 ของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลสถิติ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical Package for Social Science / Personal Computer Plus) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน ก่อน-หลัง ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test และเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม กับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำการพยาบาลปกติ โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติ Repeated Measures ANOVA ซึ่งผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

## สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว
2. ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

**สมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 1** พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว เท่ากับ 125.70 คะแนน (อยู่ในระดับปานกลาง) คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว เท่ากับ 156.67 คะแนน (อยู่ในระดับสูง) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ Paired t-test พบว่าคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน หลังจากผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินมีการรับรู้ความสามารถสูง จากการวิเคราะห์คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะและการสนับสนุนจากครอบครัวพบว่า มีระดับคะแนนอยู่ในระดับสูง

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมสูงสุด คือ การหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องห้อยศีรษะต่ำเป็นเวลานาน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 ซึ่งเป็นผลจาก ผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินมีการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมออกกำลังกายที่ต้องห้อยศีรษะต่ำเป็นเวลานานจำนวนมากเนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าการออกกำลังกายที่ต้องห้อยศีรษะต่ำเป็นเวลานานเป็นพฤติกรรมที่ไม่ควรปฏิบัติในผู้ป่วยสูงอายุ เพราะการห้อยศีรษะต่ำเป็นเวลานานนอกจากมีผลต่อระดับความดันตาแล้ว ยังทำให้ผู้สูงอายุหลายคนมีอาการหน้ามืดและเวียนโดยมีผลกับผู้สูงอายุโดยตรง ดังนั้นจึงเป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุมีการหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติมากที่สุด และเมื่อพิจารณา คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุด คือ การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของชุมชนหรือสังคม คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.63 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินมีพฤติกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของชุมชนหรือสังคมค่อนข้างต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของชุมชนหรือสังคมต่ำ อาจเป็นเพราะวัยผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายทางสังคมลดน้อยลง ประกอบกับความสามารถในการมองเห็นที่น้อยลงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินส่วนมาก มีการแยกตัวและขาดความเชื่อมั่นในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (รจิต ตูจินดา และคณะ, 2544) จึงมีพฤติกรรมการ

เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของชุมชนหรือสังคมต่ำ และเมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหีนมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวในทุกข้อ และในทุกด้านของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอธิบายได้ว่าผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม ส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ทางความคิดและความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) ที่เน้นการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง Bandura (1997) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลในการจัดการ หรือกระทำพฤติกรรมในแบบที่จะทำให้ประสบความสำเร็จ บุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับว่าตนเองรับรู้ความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น (Bandura, 1997) และสอดคล้องกับการศึกษาการวิจัยของ กัตติกา ธนะขำว้าง (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ พบว่าการรับรู้สมรรถนะและการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหีนเรื้อรัง (สุชาติดา ภัทรมงคลฤทธิ์, 2542) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนในด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยต่อหีนเรื้อรัง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนคือความเชื่อมั่นหรือการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งให้เป็นผลสำเร็จเป็นแรงผลักดันภายในตัวบุคคล เป็นตัวชี้้นำให้บุคคลมีความพยายาม กระตือรือร้นที่จะทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จมากขึ้น (Bandura, 1997) การรับรู้เหล่านี้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางทัศนคติ ความรู้สึก เกิดแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหีน ตั้งใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งการคาดหวังต่อประโยชน์ที่ได้รับจะเป็นผลบวกต่อจิตใจ และเป็นแรงเสริมที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยบุคคลสำคัญ ครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์มีอิทธิพลต่อการเพิ่มหรือลดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่

มีการช่วยเหลือกันด้านต่างๆ ทำให้เกิดความรัก ความผูกพัน ความเอาใจใส่ ซึ่งทำให้เกิดการไว้วางใจ

เนื่องจากมนุษย์ต้องมีการพึ่งพาอาศัยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญคือ ครอบครัว (Pender, 1996) จากการศึกษาที่มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นลูกหลานของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน ให้การสนับสนุนทั้งทางด้านความรักใคร่ผูกพัน การเอาใจใส่ดูแล โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แนะให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจในบทบาทการเป็นผู้สนับสนุนผู้สูงอายุโรคต่อหิน ทำให้ผู้สูงอายุเองรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว รับรู้ถึงการมีคุณค่าของตนเอง สามารถลดความวิตกกังวล เกิดกำลังใจที่จะดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัว ยังมีส่วนร่วมในการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเรื่องของโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่าง ต่อเนื่อง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมระดับความดันตาให้ปกติ เนื่องจากผู้ป่วยโรคต่อหินเกิดการรับรู้ที่โรคนี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ก่อให้เกิดความวิตกกังวล กลัว อีกทั้งมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย การใช้สมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนด้านภาวะร่างกายและอารมณ์ จึงนับว่ามีความสำคัญและควรส่งเสริมเป็นอันดับแรก ซึ่งจะก่อให้เกิดผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และมีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ เมื่อเกิดความพร้อมแล้วจึงเริ่มต้นใช้แหล่งสนับสนุนต่อมาคือการชักจูงด้วยคำพูด ช่วยให้ผู้สูงอายุเห็นถึงประโยชน์และเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

การรับรู้สมรรถนะของตนเองทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้น แม้ว่าเมื่ออุปสรรคเกิดขึ้น และการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญในการจูงใจในการปฏิบัติ และเป็นแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนเพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรม ดังนั้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อเป็นต่อหิน เป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน การที่บุคคลมีการรับรู้ที่ตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติ ย่อมก่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อเป็นโรคต่อหินได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และต่อเนืองซึ่งสอดคล้องกับ จีรพร แอชตัน (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



อีกทั้งการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ภายหลังผู้สูงอายุได้รับการให้ความรู้และการทดลองปฏิบัติสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ เป็นการสร้างแหล่งสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดกำลังใจ มีคุณค่าในตนเอง มีความพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของปิยาณี ณ นคร (2548) ที่ศึกษาถึงรูปแบบการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาในผู้สูงอายุ ด้วยวิธีการติดตามผลและกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการส่งเสริมภาวะสุขภาพตาทางโทรศัพท์ พบว่า ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกซาบซึ้งในความห่วงใยจากผู้วิจัย รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ไม่ถูกทอดทิ้ง เพิ่มความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย และเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

นอกจากนี้การติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ยังทำให้ผู้วิจัยทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติมได้ ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาหรือป้องกันความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นตามได้ การให้คำแนะนำและมีการติดตามผลจะเป็นการเน้นให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติ ทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามที่ได้รับคำแนะนำ และการที่ผู้วิจัยได้แจกคู่มือการปฏิบัติตัวกับผู้สูงอายุและแผ่นซีดีบันทึกวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคต้อหินและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ได้ทบทวนความรู้เมื่ออยู่ที่บ้านและฝึกปฏิบัติตามคู่มือ จะช่วยให้เกิดการคงอยู่ของสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปแล้ว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและต่อการรักษา นำไปสู่การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะเห็นได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้ มีอิทธิพลต่อการ ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ทั้งในเรื่องความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การรับประทานยา การหยุดตา การมาตรวจตามนัด การเดินออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อลายและระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายดีขึ้น อีกทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านอื่นอีก เช่น การควบคุมอาหาร และการควบคุมความเครียด เป็นต้น เมื่อผู้สูงอายุสามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของโรคได้ ก็จะทำให้การมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขต่อไป

**สมมุติฐานของการวิจัยข้อที่ 2** พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาพรวม และรายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ และเมื่อนำคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินในภาพรวม และในทุกด้านในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ มาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีทางสถิติ Repeated Measures ANOVA เปรียบเทียบค่าความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน พบว่าคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งอธิบายได้ว่า รูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว ที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ทางด้านความคิดและความรู้สึกเฉพาะต่อพฤติกรรม โดยอาศัยกระบวนการให้ความรู้ที่เน้นถึงประโยชน์ หรืออุปสรรคของพฤติกรรม ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจ รับรู้ถึงความสามารถของตนเอง ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Bandura (1997) อธิบายว่า การที่มนุษย์จะรับเอาพฤติกรรมใดไว้ขึ้นอยู่กับปัจจัยสองประการคือการรับรู้ความสามารถของตน (Efficacy expectations) หมายถึง ความมั่นใจของบุคคลว่าจะสามารถแสดงพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม และความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectations) หมายถึง การคาดคะเนของบุคคลว่า ถ้าทำพฤติกรรมนั้นแล้ว จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนคาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรม

โดยผู้วิจัยส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนให้กลุ่มทดลองตามโปรแกรมที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา เพื่อให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่าง ๆ (Bandura, 1997) 4 แหล่งดังนี้ การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ (Emotional arousal) การพูดชักจูง (Verbal persuasion) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Enactive mastery experience) การสังเกต "ตัวแบบ" (Model) หรือการสังเกตประสบการณ์ (Vicarious experience) จากโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ประกอบด้วย การพูดชักจูงให้กำลังใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยในการให้ความรู้ ผู้วิจัยใช้ภาพพลิกและการดูวีดีทัศน์เกี่ยวกับโรคต่อหินและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคต่อหินเป็นสื่อในการนำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์แก่ผู้ป่วยสูงอายุ และการกระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็จ โดยให้ผู้สูงอายุทดลองฝึกปฏิบัติการหยุดตาและการบริหารดวงตาด้วยตนเองจะช่วยส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลง รวมถึงการสนับสนุนติดตามทางโทรศัพท์ยังเป็นการกระตุ้นเตือนและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสอบถามข้อมูลที่ยังสงสัยเพิ่มเติมได้ รวมถึงการให้คนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการสนับสนุนทางสังคมใน 4 ด้าน ตามแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ได้แก่ การสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้สูงอายุโรคต่อหิน มีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เหมาะสม และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ในขณะที่รูปแบบของการพยาบาลตามปกติ เป็นการให้ความรู้ คำแนะนำทั่วไปในเรื่องการรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสม การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา เป็นการให้ความรู้ในภาพรวมมิได้เจาะเจาะจงหรือเน้นการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถ ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินประสบปัญหาต่างๆ จะขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ ผู้สูงอายุไม่มีโอกาสได้วิเคราะห์หรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น อีกทั้งยังไม่ได้มีการมุ่งเน้นให้เห็นถึงประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการขจัดอุปสรรคต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิต รวมถึงไม่มีการเน้นให้ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการให้ความรู้และคำแนะนำโดยทั่วไปอาจจะยังไม่เพียงพอต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความคิดและความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผลการศึกษาสนับสนุนแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง Bandura (1997) ซึ่งถือได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลและการคงอยู่ของพฤติกรรมมากกว่าทฤษฎีอื่นๆ และเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการทำนายพฤติกรรมเพื่อให้เกิดพฤติกรรมทาง

สุขภาพ (Bandura, 1997) ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ให้การสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ทำให้ผู้สูงอายุโรคต่อหินได้ประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อม กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุโรคต่อหินมีความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และการส่งเสริมภาวะสุขภาพที่เหมาะสม มีการรับรู้ประโยชน์และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองแล้ว ย่อมทำให้อุปสรรคต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลง อีกทั้งการได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจจากครอบครัวและพยาบาล จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

จากเหตุผลข้างต้น สรุปได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความคิดและความรู้สึกเฉพาะต่อพฤติกรรม โดยการจูงใจให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ที่เหมาะสม มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนทางด้านสังคมของผู้ดูแล ยังช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ง่ายขึ้น ดังนั้นโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากสังคมในการศึกษาคั้งนี้ สามารถนำไปปรับใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ด้านการรับมือต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ การจัดการกับความเครียด การพัฒนาจิตวิญญาณ และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค สามารถควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขต่อไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

#### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวมาประยุกต์ใช้ในการดูแลและส่งเสริมผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน เนื่องจากเป็นโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจาก

ครอบครัวที่สามารถทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความเข้าใจในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และประโยชน์ที่จะได้รับจากการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว ตลอดจนการสนับสนุนติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความมั่นใจ นอกจากนี้ยังช่วยให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง สำหรับการนำไปประกอบการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวนี้ไปประยุกต์ใช้พยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพควรมีการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ เพื่อให้การดูแลและส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นไปอย่างมีคุณภาพ เช่น การเตรียมความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว การจัดทำสื่อ และคู่มือในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้การนำไปใช้ก่อให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุด

## 2. ด้านการบริหารทางการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาลให้การสนับสนุนในการนำไปประกอบไปใช้ โดยการนำไปประกอบการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวนี้ไปทบทวนและประยุกต์ใช้ให้มีความเหมาะสมตามแต่ละบริบทและพื้นที่ เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพในการบริการตามแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพ นอกจากนี้ควรสนับสนุนเกี่ยวกับบุคลากรเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคต่อหิน รวมทั้งให้การสนับสนุนในด้านงบประมาณ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้การบริการด้านการพยาบาลมีคุณภาพ

## 3. ด้านการศึกษาพยาบาล

เป็นแนวทางในการเรียนการสอนสำหรับใช้เกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นให้นักศึกษาได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มดังกล่าวสามารถจัดการกับโรคและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับโรค ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพ โดยสามารถนำไปประกอบจากการศึกษานี้ไปเป็นตัวอย่างในการวิเคราะห์และนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคอื่นๆ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้เฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น เช่น ระยะเวลาของการดำเนินโรค ระดับการมองเห็น การทดสอบความรู้ ความเข้าใจ และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนในการวิจัยที่มีความเฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น อันจะทำให้สามารถนำผลการวิจัยไปใช้กับกลุ่มที่มีปัญหาการ

ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจง และเพื่อใช้ในการพัฒนาโปรแกรมหรือสื่อที่ช่วยในการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพและมีความเฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินในด้านที่เป็นปัญหามากที่สุด

2. การกำกับการทดลอง ควรกำกับการทดลองหลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมทันที และในช่วงระหว่างการได้รับโปรแกรม เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยให้กับกลุ่มทดลอง และอาจใช้เป็นรูปแบบของการเยี่ยมบ้านร่วมด้วย เพื่อติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

3. ควรปรับสื่อการสอนที่ไม่ต้องใช้สายตาในการอ่านมากเกินไปอาจเป็นสื่อการสอนแบบใช้เทปเสียง เพื่อใช้เป็นโปรแกรมที่ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง

4. การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน ทำให้เกิดความจำกัดในแง่การนำผลการวิจัยไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคตาอื่นๆ ดังนั้นหากจะนำโปรแกรมไปใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่นที่อาจมีคุณสมบัตินอกเหนือจากที่กล่าวมา หรือนำผลการวิจัยไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะแตกต่างกันไป ผู้ที่จะใช้โปรแกรมจะต้องมีการปรับเปลี่ยนโปรแกรมให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับลักษณะของผู้สูงอายุในแต่ละบริบทที่อาจแตกต่างกันไป

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

กระทรวงสาธารณสุข คณะทำงานโครงการป้องกันตาบอดและควบคุมสายตาทึบ. รายงานการสำรวจสภาวะตาบอดจากต้อกระจกและความครอบคลุมของการให้บริการ. ลำปาง: กิจเสรีการพิมพ์, 2539.

กรเกล้า สวัสดิ์สนีย์. ความพิการทางการมองเห็นและการฟื้นฟูสมรรถภาพ. วารสารพยาบาลศาสตร์ 24,2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2549): 4-11.

กัตติกา ธนะขว้าง. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : การวิเคราะห์ห่อภิมาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552.

ชนิษฐา คุณสว่าง. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหินปฐมภูมิมุมเปิดโรงพยาบาลพหลพล พยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.

จงภักดี พร้อมเพ็ญบุญ. โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลลำพูน. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.

จริยวัตร คมพัยค์ษ์. แรงสนับสนุนทางสังคม มโนทัศน์และการนำไปใช้. วารสารพยาบาลศาสตร์ 6,2 (2531): 20-24.

จิตร์รักษ์ วิเศษศิลป์พานนท์ และ ดวงพร เขียวชาญธนกิจ. ระบาดวิทยาของต้อหินมุมเปิด. จักษุสาธารณสุข 3 (มกราคม-มิถุนายน 2542): 1-10.

จิรพร แอชตัน. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550.

ชลธิชา พรทิพย์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพศึกษา ภาควิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2549.

- ชวลี โขษิตทาภิวัฒน์. **ปัจจัยคัดสรร ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพในผู้ป่วย โรคต่อหินเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- ชูศักดิ์ เวชแพทย์. **สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ศุภนิชการพิมพ์, 2538.
- ชูรียา ชนีย์. **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกด้วยคลื่นเสียงของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2547.
- ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงษ์. **ญาติกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย**. วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย 22,2 (2540): 110-115.
- นิภา วัฒนเวคิน. **โรคต่อหินกับการดูแลตนเอง**. งามาธิบัติพยาบาลสาร 6,3 (กันยายน-ธันวาคม 2543): 222-230.
- นภาพร พรมคำขาว. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2541.
- น้ำเพชร หล่อตระกูล. **การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.
- บังเอิญ แพ้รุ่งสกุล. **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550.
- ปราณี ทัพพะเราะ. **คู่มือยา**. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: N P Press Limited Partnership, 2551.
- ปิยानी ณ นคร. **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตาในผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.



- พิกุล ตินามาส. **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550.
- พิมพ์กา ปัญญาใหญ่. **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550.
- เพ็ญศรี สํารามเวทย์. **ปัจจัยเสี่ยงของการเป็นโรคต้อหิน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาวิทยาการระบาด มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- มธุรส จันทร์แสงสี. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
- มัลลิกา มัติโก. **การดูแลสุขภาพตนเองที่ตนเองทางสังคมวัฒนธรรม.** กรุงเทพฯ: ศูนย์นโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- ยุพดี รัตตะรังสี. **การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุทางจักษุวิทยา.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.
- ยุพิน ลีละชัยกุล. **การรักษาต้อหินโดยการฉายยา.** กรุงเทพมหานคร : กอไม่การพิมพ์, 2550.
- รจิต ตูจันดา และคนอื่นๆ. **การศึกษามาตรการการคัดกรอง และความชุกของโรคต้อหินในผู้สูงอายุ.** ทุนอุดหนุนการวิจัยประเภทแผนงานวิจัย เรื่อง”แผนงานวิจัยเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ” (ปี พ.ศ.2540-2542) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2544.
- รุจา ภูไพบูลย์. **การพยาบาลครอบครัว แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: วีเจ พรีนติ้ง, 2541.
- ราชบัณฑิตยสถาน. **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน.** กรุงเทพฯ: สยามศิลป์การพิมพ์, 2542.
- ฉวีวรรณ อุณนาภิรักษ์ และ ปิยาณี คล้ายนิล. **การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในประเทศไทย.** วารสารพดมาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 8,3 (กรกฎาคม-กันยายน 2550): 33-45.

- วาสนา ฟุ้งฟู. **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อ**  
**หिन.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในวัยสูงอายุ ปัญหาและการแก้ไข. **สาร**  
**สภากาพยาบาล 11,3 (2539): 31-52.**
- วีระ อิงคภาสกร และคนอื่นๆ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาของ  
 ผู้สูงอายุ. **วารสารจักษุสาธารณสุข 16,2 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2545): 1-38.**
- วัลลดา เล้ากอบกุล. **การประยุกต์แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์เพื่อ**  
**ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน.** วิทยานิพนธ์ปริญญา  
 มหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
- ศศิธร อินทยุง, สลักจิต ศรีมงคล และมิตรวรา สิงห์ทอง. **การศึกษาเปรียบเทียบผลของการ**  
**สอนโดยใช้สื่อการสอนกับการสอนตามปกติในผู้ป่วยโรคต่อหिन.** ทุสนับสนุนการ  
 วิจัย. มุลินธิแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2537.
- ศิริมา วงศ์แหลมทอง. **ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุข**  
**ภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต  
 สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.
- ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการร่วมกันป้องกันโรคร่วมกับ  
 กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิง  
 ตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
- สกาวรัตน์ คุณาวิศรุต. ต่อหिनกับคอมพิวเตอร์. **Health Today 5,49 (2542): 90-91.**
- สกาวรัตน์ คุณาวิศรุต. การคัดกรองต่อหिनเรื้อรัง. **จักษุสาธารณสุข 15 (กรกฎาคม – ธันวาคม**  
**2544) : 179-182.**
- สมโภชน์ เตียมสุภาษิต. **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม.** พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรง  
 พิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
- สุกัญญา ศรีสง่า. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการ  
 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองและผลการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหिनชนิดปฐมภูมิ.  
**วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 17,2 (พฤษภาคม-กันยายน 2550): 128-138.**
- สุจินดา ริมศรีทอง , อรุณี โรจนเพ็ญกุล และ ชวลี โสมชิตทาภิวัฒน์. การศึกษาความรู้และความ  
 ร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคต่อหिन. **วารสารพยาบาล 42 (กรกฎาคม –**

กันยายน 2536): 233-242.

สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์. การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อหินเรื้อรัง.

วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

สุดใจ วราพันธ์. การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคต่อหินชนิดปฐมภูมิ ศึกษากรณี

เฉพาะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และรามธิบดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต.

สาขาวิชาชีวสถิติ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. **หลักสำคัญของเพศศาสตร์ผู้สูงอายุ.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์

แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

สุรศักดิ์ อธิคมานนท์. การประยุกต์แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อ

เสริมสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.

วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

สุรรัตน์ วัจนะออม. **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎี**

**ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่**

**ได้รับการสลายต่อกระดูกด้วยคลื่นความถี่สูงและใส่เลนส์แก้วตาเทียม ณ**

**วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญา

มหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.

สิริพัชร รัตแพทย์. **ผลกระทบด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยต่อหินชนิดเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์

ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.

สำนักพัฒนาวิชาการแพทยกรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ**

**คนพิการทางการแพทย์ฝ่ายกาย.** กรุงเทพฯ: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย

จำกัด, 2547.

อังคณา เมธีไตรรัตน์ และระจิต ตูจันดา. โรคต่อหิน. ใน วณิชา ชื่นกองแก้ว และอภิชาติ

สิงคาลวณิช (บรรณาธิการ), **จักษุวิทยา,** หน้า 272 – 291. กรุงเทพมหานคร : ศิริวัฒนา

อินเตอร์พริ้นท์ , 2550.

อารี สุจิมันต์สกุล. ผู้สูงอายุกับการมองเห็น. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 17,3 (2542): 5-15.

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

อภิชาติ สิงคลาวณิช และญาติ เจียมไชยศรี. **จักรวิทยา**. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง, 2540.

อรุณ จิรวัดน์กุล. **ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาธรรม, 2547.

### ภาษาอังกฤษ

- Alexander, K.L. **The lippicotte mannual of primary eye care**. Philadelphia: J.B. Lippicott, 1995.
- Ashbum, F.S.et.al. Compliance with ocular therapy. **Survey of ophthalmology** 24,4 (1980): 237-248.
- Bandura, A. **Self – efficacy: The exercise of control**. New York: W. H. Freeman and company, 1997.
- Bulletin of the Health Organization. **Glaucoma is the second leading cause of Blindness globally**. [online]. (November 2004), 2004. Available from [http://whqlibdoc.who.int/bullentin/2004/vol82No11/bullentin\\_200482\\_\(11\)\\_844851.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bullentin/2004/vol82No11/bullentin_200482_(11)_844851.pdf) [2008, July 19]
- Carroll, L. D. The importance of self-efficacy expectations in elderly patients recovering from coronary artery bypass surgery. **Heart & Lung** 24(1) (1995): 50-59.
- Cowdin, M. R., et al. Impact of Visual Field Loss on Health-Related Quality of Life in Glaucoma The Los Angeles Latino Eye Study. **The American Academy of Ophthalmology** 115,6 (June 2008): 941-948.
- Donmez, L., Gokkoca, Z., and Dedeoglu, N. Disability and its effects on quality of life among older people living in Antalya city center, Turkey. **Archives of Gerontology and Geriatrics** 40 ( 2005): 213-223.
- Fleury, J. An exploration of the role of social networks in cardiovascular risk reduction. **Heart & Lung** 22 (1993): 134-144.
- Freeman, E. E., et al. Glaucoma and Quality of Life The Salisbury Eye Evaluation. **The American Academy of Ophthalmology** 115,2 (February 2008): 233-238.

- Glasspool, M. **Eye : their problems and threathments**. Singapore: P. G. Plublishing, 1984.
- Grossman, M. and Swartwout, G. **Natural eye care**. United States of America: Keats Publishing, 1999.
- House, J. S. **Work stress and social support**. New Jersey: Prentice Hall, 1981.
- Johnson, J. Stress, social support and health frontier elders. **Journal of Gerontological Nursing** 24,5 (1998): 29-35.
- Kanbara, S., et al. Social support, self-efficacy and psychological stress responses among outpatients with diabetes in Yogyakarta, Indonesia. **Diabetes research and clinical practice** 80 (2008): 56-62.
- Kasikci, M. K. and Alberto, J. Family support, perceived self-efficacy and self-care behaviour of Turkish patient with chronic obstructive pulmonary disease. **Journal of Clinical Nursing** (2006): 1468-1478.
- Keeling, D. I., Price, P. E., Jones, E., and Harding, K. G. Social support: Some Pragmatic implications for health care professionals. **Journal of Advanced Nursing** 23,1 (1996): 76-81.
- Lulekenotte, A.G. **Gerontology Nursing**. St.Louis: Mosby-Year Book, 1996.
- Martin, B. J., et al. Ocular hypotention after exercise. **Investigative Ophthalmology** (35) (1994): 191-195.
- Martin, Y. M., et al. Relationship of health behavior theories with self-efficacy among insufficiently active hypertensive African-American women. **Patient Education and Counseling** 72 (2008): 137-145.
- Mann, P. S. **Introductory Statistics**. 4<sup>th</sup>ed. New York: John Wiley and Sons, 2001.
- Murray, R. B., and Zentner, J. P. **Nursing assessment and health promoting strategies through the life span**. U.S.A.: Appleton&Lange, 1993.
- Pappa, C., et al. Psychiatric manifestations and personality traits associated with compliance with glaucoma treatment. **Journal of Psychosomatic Research** 61 (2006): 609-617.

- Pender, N.J. **Health promoting in nursing practice**. 2<sup>nd</sup> ed. Connecticut: Appletion & Lange, 1987.
- Pender, N.J. **Health promoting in nursing practice**. 3<sup>rd</sup> ed. Connecticut: Appletion & Lange, 1996.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., and Parson, M. A. **Health promotion in nursing practice**. 5<sup>th</sup> ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2006.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. **Nursing research : Principles and methods**. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1999.
- Quigley, H. A. Number of people with glaucoma worldwide. **Br J Ophthalmol** 80 (1996): 389 -393.
- Resnikoff, S., et al. Global data on visual impairment in the year 2002. **Bull World Health Organ** 82 (December 2004): 844-851.
- Twaddle, A.C. **Sickness Behavior and the sick Role**. Massachusetts: Scheukman publishing, 1981.
- Wilson, M.R. **Glaucoma: Epidemiology and Risk Factors**. In Higginbothan, E. J. & Lee, D. A. (Eds) **Management of Difficult Glaucoma**. Boston: Blackwell Scientific Publication, 1994.
- Wortman, C. B., and Conway, T. The role of social support in adaptation and recovery from physical illness. **Social support and health** (1985): 281-298.
- Zimmerman, T.S. and Zalta, A.H. Facilitating patient compliance in glaucoma therapy. **Survey of ophthalmology** 28,3 (1983): 252-258.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ศูนย์วิทยพัทยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคไตฮิน

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

พญ.วิศนี ตันติเสวี

ผศ.ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ

ผศ.ดร.ขวัญใจ อำนาคสัตยเชื้อ

นางสาวบุบผา พวงมาลี

ผศ.ชาลีนีย์ ไชษิตทาภิวัฒน์

สถานที่ทำงาน

อาจารย์จักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านต้อหิน

อาจารย์จักษุแพทย์ภาควิชาจักษุวิทยา

คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรม

สุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ

อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการ

พยาบาลผู้สูงอายุ

อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการ

พยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

พยาบาลผู้ชำนาญการดูแลผู้ป่วยโรคไตฮิน

หัวหน้าหอผู้ป่วยตึกจุมภฏพงษ์บริพัตรชั้น 3

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแล

ผู้ป่วยโรคไตฮิน

หัวหน้างานการพยาบาลจักษุ โสิต ศอนาสึก

วิทยา ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทย

ศาสตร์ โรงพยาบาล รามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

ส่วนที่ 3. แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว ประกอบด้วย แผนดำเนินการตามโปรแกรมเรื่องการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต้อหิน แผนการสอนเรื่องต้อหินและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน วัสดุทัศนการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์เรื่องต้อหินและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน ภาพพลิกประกอบการสอนเรื่องต้อหินและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินและครอบครัว

### 3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.2 แบบสอบถามสัมภาษณ์สนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

วันที่บันทึกข้อมูล.....

## แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างหรือกาเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ( ) ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส  
( ) โสด ( ) คู่ ( ) แยกกันอยู่  
( ) หม้าย ( ) หย่า
4. จบการศึกษาชั้นสูงสุดจากชั้นใด  
( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) ต่ำกว่าประถมศึกษา  
( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา  
( ) อนุปริญญา ( ) ปริญญาตรี  
( ) สูงกว่าปริญญาตรี ( ) อื่นๆ ระบุ.....
5. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพ  
( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) เกษตรกรรม  
( ) ค้าขาย ( ) รับจ้าง  
( ) ข้าราชการบำนาญ ( ) อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้ (ทั้งครอบครัว).....บาท/เดือน  
รายได้ (เฉพาะผู้สูงอายุ).....บาท/เดือน
7. สิทธิการรักษาพยาบาล  
( ) ข้าราชการบำนาญ/บุตรรับราชการ ( ) เสียค่ารักษาเอง  
( ) สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ( ) อื่นๆ ระบุ.....
8. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร  
( ) อยู่คนเดียว ( ) อยู่กับคู่สมรส เพียง 2 คน  
( ) อยู่กับคู่สมรส บุตรหลานและญาติ ( ) อาศัยอยู่กับญาติ

9. ท่านได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากใคร

- ( ) ไม่มี (ดูแลตนเอง)                      ( ) สามี/ภรรยา  
( ) บุตรหลาน                                      ( ) รัฐบาล  
( ) อื่นๆ ระบุ.....

10. บุคคลที่ดูแลท่านขณะเจ็บป่วย

- ( ) สามี – ภรรยา                                  ( ) บุตร – ธิดา  
( ) หลาน    ( ) ญาติ  
( ) อื่นๆ ระบุ.....

11. ครอบครัวของท่านมีสมาชิกจำนวนเท่าไร

- ( ) ท่านเพียงคนเดียว                              ( ) จำนวน 2 คน  
( ) จำนวน 3-5 คน                                  ( ) มากกว่า 5 คน



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา (ผู้วิจัยบันทึกจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย)

1. โรคประจำตัว

( ) ไม่มี

( ) มี ระบุ.....

2. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคต่อหิน.....ปี

3. ระดับการมองเห็น.....

4. ระดับความดันตา.....มิลลิเมตรปรอท

5. ยารักษาโรคต่อหินที่ได้รับ

ชนิด	ขนาด	เวลา
1.		
2.		
3.		

6. ยารักษาโรคอื่นๆ

( ) ไม่มี

( ) มี

ชนิด	ขนาด	เวลา
1.		
2.		
3.		

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็น การสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต้อหิน โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องว่างทางขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยท่านเลือกเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ มีเกณฑ์ในการตอบคำถาม ดังนี้

- สม่ำเสมอ หมายถึง มีพฤติกรรมหรือปฏิบัตินั้นอย่างต่อเนื่อง  
 ค่อนข้างบ่อย หมายถึง มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติอย่างไม่ต่อเนื่องแต่ค่อนข้างบ่อย  
 นานๆครั้ง หมายถึง มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นค่อนข้างน้อย  
 ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆเลย

ข้อความ	สม่ำเสมอ	ค่อนข้างบ่อย	นานๆครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1. ท่านมาพบแพทย์ตามนัด 2. ท่านหยุดตาตรงเวลาตามแพทย์สั่ง 3. ท่านซักถามข้อมูลจากแพทย์ หรือพยาบาลเกี่ยวกับวิธีการดูแลส่งเสริมสุขภาพเมื่อเป็นโรคต้อหิน เพื่อให้มีสุขภาพดี . . . . . . 47. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของชุมชนหรือสังคม				

**ตัวอย่าง**  
**แผนการดำเนินการ โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว**  
**จัดกิจกรรมทั้งหมด 4 สัปดาห์**

.....  
**กิจกรรมครั้งที่ 1**

**แนวคิด**

โรคต้อหินเป็นโรคทางตาที่จัดว่าเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งที่ได้บ่อยในผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุของการตาบอดที่ไม่สามารถกลับมามองเห็นได้ มีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านบทบาทหน้าที่ ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคต้อหินเป็นสิ่งที่สำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จะทำให้สามารถควบคุมความดันตา ลดภาวะแทรกซ้อนและชะลออาการของโรคไม่ให้เกิดความรุนแรงมากขึ้น.....

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม** หลังจากเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสามารถ

1. บอกอาการ และการเจ็บป่วยของโรคต้อหินได้
2. บอกความสำคัญและความจำเป็นของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้
3. บอกถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมได้
4. บอกถึงการสังเกตอาการผิดปกติ ของโรคต้อหินได้
5. ....

**สถานที่** คลินิกโรคต้อหิน แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**ระยะเวลา** 1 ชั่วโมง

**ขั้นตอนการจัดกิจกรรม**

1. สร้างสัมพันธภาพโดยให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตัว ทักทาย และเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มทักทายและพูดคุย เพื่อสร้างความคุ้นเคยและเป็นกันเอง (5 นาที)
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมครั้งที่ 1 (10 นาที)
3. อภิปรายตามแผนการสอนเรื่อง ต้อหินและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคต้อหิน ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคต้อหิน ความสำคัญและความจำเป็นของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง พฤติกรรมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (20 นาที)
4. ....

**การประเมินผล** ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความสนใจ.....



## ตัวอย่าง

### แผนการสอนเรื่อง ต้อหินและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคต้อหิน

วิธีการสอน	การบรรยาย อภิปราย และซักถาม
ผู้สอน	นางสาว หทัยกาญจน์ เชาวกิจ
ผู้เรียน	ผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน จำนวน.....คน
สถานที่	คลินิกโรคต้อหิน แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- วัตถุประสงค์** เมื่อฟังการบรรยายประกอบสื่อแล้ว ผู้สูงอายุสามารถ
1. ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ และการเจ็บป่วย
  2. ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญและความจำเป็นของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง
  3. ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานอาหาร การรับประทานยาและการหยอดตา การขจัดความเครียด การส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ การออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุและการออกกำลังกายตา
  4. ผู้สูงอายุมีความรู้ในการป้องกันความดันตาสูง

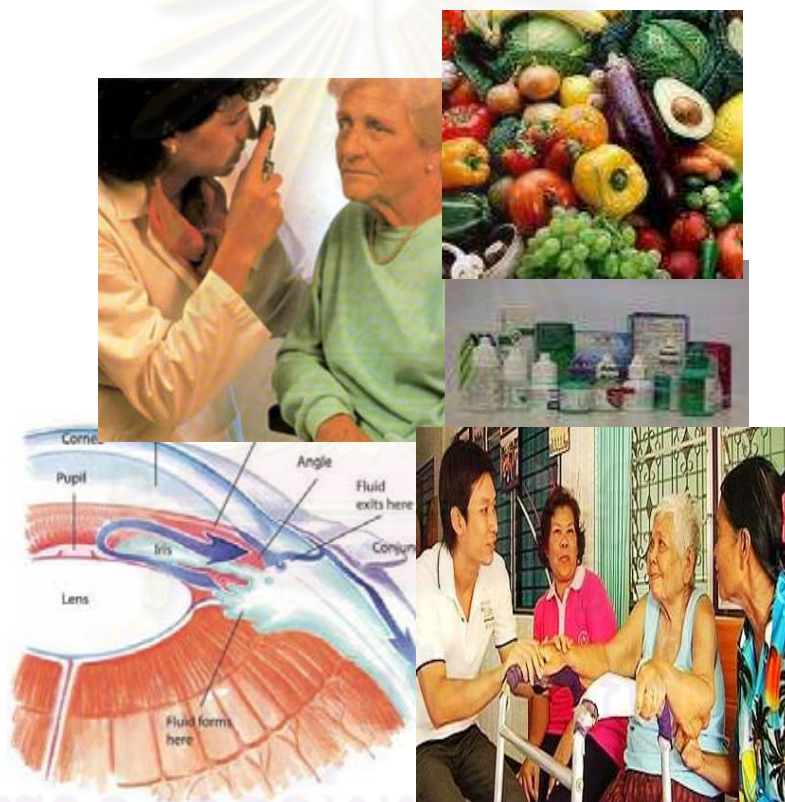
วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>เพื่อสร้างสัมพันธภาพและนำเข้าสู่เนื้อหาที่จะให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุต่อไป</p> <p>ผู้สูงอายุบอกความหมายของโรคต้อหินได้</p>	<p>ชั้นการสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย</p> <p>ชั้นสู่บทเรียน</p> <p>ความหมายของต้อหิน</p> <p>ต้อหินเป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากความดันตาสูงขึ้นจนทำให้มีการเปลี่ยนแปลงและทำลายขั้วประสาทตาจากนั้นทำให้มีผลทำให้เกิดการสูญเสียของลานสายตา.....</p>	<p>ชั้นสร้างสัมพันธภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้วิจัยแนะนำตัวเองและเชิญชวนผู้สูงอายุแนะนำตัวเอง</li> <li>- ชักถามความรู้เดิมของผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคต้อหิน</li> <li>- กล่าวคำชมเชยเมื่อผู้สูงอายุตอบได้ถูกต้อง</li> <li>- บรรยายเกี่ยวกับความหมายของโรคต้อหิน</li> </ul>	<p>สื่อการสอน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ภาพพลิกประกอบการสอน เรื่อง ต้อหินและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคต้อหิน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จากการสังเกตพฤติกรรม ทำทางความสนใจของผู้สูงอายุ และความร่วมมือ แสดงความคิดเห็น โดยการมองเห็น สบตา พักหน้ารับและการตอบคำถาม เป็นต้น</li> <li>- ผู้สูงอายุสามารถบอกถึงความหมายของโรคต้อหินได้</li> </ul>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>ผู้สูงอายุบอกสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคต้อหินได้</p> <p>ผู้สูงอายุบอกความสำคัญและความจำเป็นของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง</p>	<p>สาเหตุของการเกิดโรคต้อหิน เป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุแน่นอน แต่ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ได้แก่</p> <p>1. พันธุกรรม ผู้ที่มีญาติใกล้ชิด บิดามารดา เป็นต้อหินจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมกกว่าคนปกติ.....</p> <p>โรคต้อหินเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและมีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และเป็นการควบคุมความดันตาไม่ให้สูง ลดภาวะแทรกซ้อน และความรุนแรงของโรคได้</p>	<p>-บรรยาย พร้อมทั้งซักถามย้อนกลับเป็นระยะในระหว่างการบรรยายเพื่อทดสอบความเข้าใจของผู้สูงอายุและเพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดความสนใจ ไม่เกิดความเบื่อหน่ายในการฟังการบรรยาย</p>		<p>-ผู้สูงอายุสามารถบอกถึงสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคได้</p> <p>-ผู้สูงอายุบอกความสำคัญและความจำเป็นของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องได้</p>

ตัวอย่าง

## คู่มือ

การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับ  
ผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินและครอบครัว



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

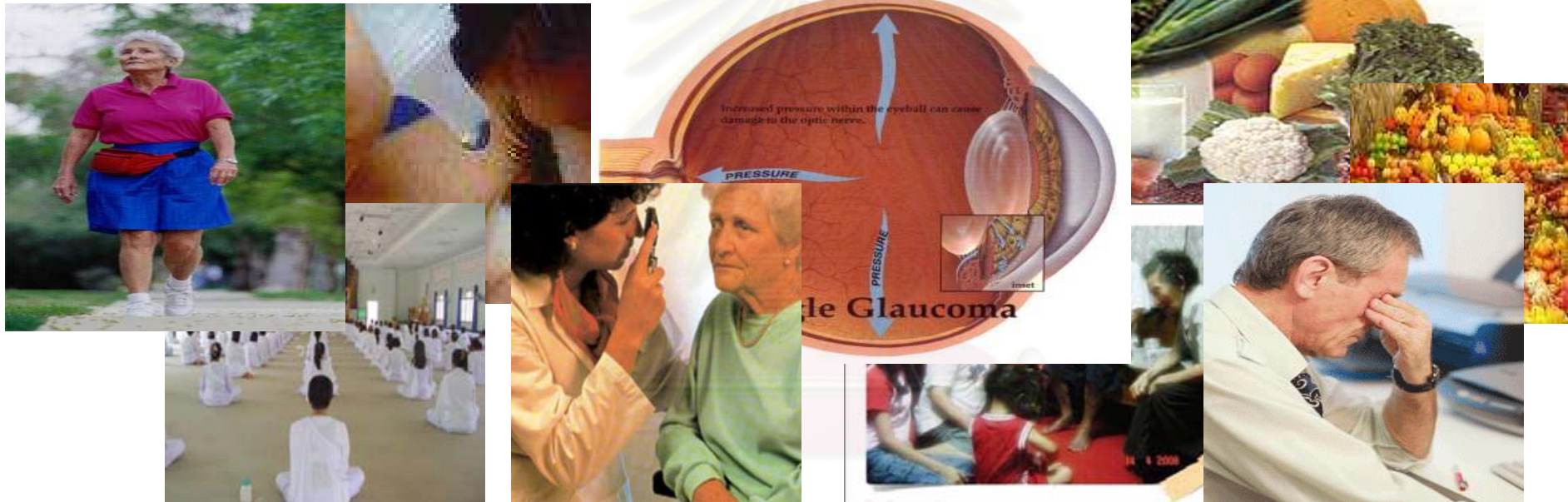
FACULTY OF NURSING  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## สารบัญ

	หน้า
คำนำ	
โรคต้อหิน	1
สาเหตุ	3
ปัจจัยเสี่ยงของโรคต้อหิน	4
ชนิดของโรคต้อหิน	8
อาการของโรคต้อหิน	11
การรักษาโรคต้อหิน	13
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	14
การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยสูงอายุต้อหิน	16
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	16
การส่งเสริมโภชนาการ	26
กิจกรรมการออกกำลังกาย	28
การจัดความเครียด	39
การส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ	40
การส่งเสริมด้านสัมพันธภาพ	41
แนวทางการสนับสนุนของครอบครัวในการส่งเสริมให้ผู้ป่วย สูงอายุโรคต้อหินปฏิบัติ	43
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	
บทสรุป	48

## ตัวอย่าง

ภาพพลิกประกอบการสอนเรื่อง “ต้อหินและการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน”  
ต้อหินและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน



จัดทำโดย นางสาวหทัยกาญจน์ เชาวกิจ  
อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(ขนาดจริง 30 X 42 เซนติเมตร)

**ตัวอย่าง**  
**บทสคริปต์สื่อวีดิทัศน์การเสนอตัวแบบสัญลักษณ์**  
**เรื่อง “ต้อหินและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน”**

ลำดับ ภาพ	ถ่ายภาพ	เสียง
1.	- ภาพดวงตา  - ภาพผู้สูงอายุชายและหญิง	บรรยาย: ดวงตาเป็นอวัยวะที่สำคัญยิ่งอย่างหนึ่งของร่างกาย เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ดวงตาจะค่อยๆ เสื่อมสภาพลงไป หากไม่ระวังรักษาสุขภาพของดวงตา ก็อาจก่อให้เกิดปัญหาหรือความผิดปกติขึ้นได้ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุซึ่งมักประสบปัญหาเกี่ยวกับโรคต้ออยู่เสมอ ดังนั้น การมีความรู้เกี่ยวกับโรคตา และการดูแลสุขภาพตา จะสามารถป้องกันการสูญเสียดวงตาอย่างถาวรได้ โรคตาที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุของการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคต้อหิน
2	- ภาพอักษรที่บอคำว่า“ต้อหิน”	บรรยาย: โรคต้อหิน คือ ภาวะที่มีการทำลายประสาทตา ซึ่งสัมพันธ์กับความดันลูกตาสูง ..... ..... .....

## ตัวอย่าง

## แบบกำกับการทดลอง

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อหินในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างทางขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยท่านเลือกเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

มั่นใจมาก หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆได้อย่างสม่ำเสมอ หรือสามารถปฏิบัติได้สำเร็จทุกครั้ง

มั่นใจปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆได้เกือบทุกครั้ง

ไม่ค่อยมั่นใจ หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆได้น้อยครั้ง หรือสามารถปฏิบัติได้นานๆครั้ง

ไม่มั่นใจ หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นว่าไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆได้เลย

ข้อความ	มั่นใจมาก	มั่นใจปานกลาง	ไม่ค่อยมั่นใจ	ไม่มั่นใจ
1. ท่านสามารถหยุดยาได้ครบตามคำแนะนำของแพทย์ทุกครั้งและหยุดยาตรงเวลา				
2. ....				
3. ....				
4. ....				
18. ท่านสามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมต่างๆของชุมชนหรือสังคม				



## ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินในการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง ข้อความด้านล่างต่อไปนี้จะบรรยายเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสมาชิก  
ในครอบครัว และบุคคลที่ใกล้ชิดที่ท่าน โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างทาง  
ขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยท่านเลือกเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ คำตอบมี  
ให้เลือก 4 ระดับดังนี้

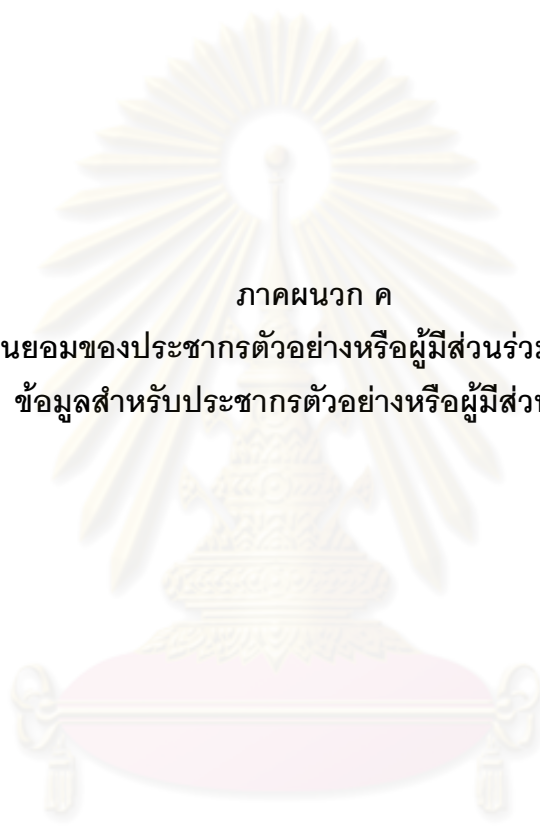
มาก หมายถึง ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนหรือมีความรู้สึกตามข้อความนั้นมาก

ปานกลางหมายถึง ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนหรือมีความรู้สึกตามข้อความนั้นปานกลาง

น้อย หมายถึง ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนหรือมีความรู้สึกตามข้อความนั้นน้อย

ไม่เคยได้รับหมายถึง ผู้ตอบไม่ได้รับการสนับสนุนหรือไม่มีความรู้สึกตามข้อความนั้นมาก

การสนับสนุนทางสังคม	ความรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคม				
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ได้รับ	ผู้วิจัย
1. สมาชิกในครอบครัวให้ความ ความนับถือยกย่องท่าน					
2. ....					
3. ....					
4. ....					
14. สมาชิกในครอบครัวให้ การช่วยเหลือจัดเตรียม อาหารให้แก่ท่าน					



ภาคผนวก ค

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตัวอย่าง**  
**เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย**  
**(Consent form)**

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางจากครอบครัวต่อ  
 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่  
 ..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม  
 และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบ  
 ยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา  
 ของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้ง  
 ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและ  
 โอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ  
 ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ผู้เข้าร่วมวิจัยจะ  
 ได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และจะได้รับการชดเชยจากวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้ง  
 เหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้า  
 จะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อ  
 ได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการ  
 วิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้อง  
 กระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วม  
 การศึกษาที่ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของ  
 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัย เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการใช้สิทธิ์ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการรวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคต ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม  
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของกรวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย  
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

## ตัวอย่าง

## ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant information Sheet)

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว  
ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน

**ชื่อผู้วิจัย** นางสาวหทัยกาญจน์ เชาวกิจ

(ที่ทำงาน) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

(ที่บ้าน) 202/57 หมู่ 4 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กทม. 10210

โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 02-256-4144

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08-3756-6632 E-mail: hataikarn\_c@hotmail .com

**ที่ปรึกษาโครงการวิจัย** รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน
2. จุดประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางจากครอบครัวและเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ที่ผู้วิจัยคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย ในการตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล ลงในแบบสอบถาม จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ
4. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้

ความเป็นมาของโครงการ

ต่อหินเป็นโรคทางตาที่จัดว่าเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ .....

- รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้สูงอายุจะได้รับการปฏิบัติ
1. กลุ่มที่ 1.....
  2. กลุ่มที่ 2.....

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวหทัยกาญจน์ เชาวกิจ เกิดวันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2524 สถานที่เกิดจังหวัด กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษา ระดับพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย เมื่อปี พ.ศ. 2546 ศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2550-ปัจจุบัน ประสบการณ์ทำงาน ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยจักษุกรรม ตึกจุมภฏพงษ์บริพัตร ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จังหวัดกรุงเทพมหานคร โทร. 02-2564144 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546-ปัจจุบัน



ศูนย์วิทยพัชร์พยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย